



HAL
open science

Réseaux de santé et travail en coordination : quelle place pour les médecins généralistes de l'Hérault ?

Sofia Taverne

► To cite this version:

Sofia Taverne. Réseaux de santé et travail en coordination : quelle place pour les médecins généralistes de l'Hérault ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02733211

HAL Id: dumas-02733211

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02733211>

Submitted on 12 Jun 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sofia Taverne

Le 26 février 2019

TITRE

**Réseaux de santé et travail en coordination :
Quelle place pour les médecins généralistes de l'Hérault ?**

Directeur de thèse : Dr Jacques RAMBAUD

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Pr David GENEVIEVE

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS

Dr Jacques RAMBAUD

Membre invité : Dr Julie VERNET

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sofia Taverne

Le 26 février 2019

TITRE

**Réseaux de santé et travail en coordination :
Quelle place pour les médecins généralistes de l'Hérault ?**

Directeur de thèse : Dr Jacques RAMBAUD

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Pr David GENEVIEVE

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS

Dr Jacques RAMBAUD

Membre invité : Dr Julie VERNET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORiot Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

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

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

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

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

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

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

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

Remerciements

Aux membres du jury

A Monsieur le professeur Amouyal, professeur des universités de médecine générale, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance. Merci pour votre disponibilité.

A Monsieur le professeur David Geneviève, professeur des universités de génétique clinique et président du réseau Maladies Rares Méditerranée, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

A Madame le docteur Béatrice Folco-Lognos, maître de conférences des universités de médecine générale, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le docteur Jacques Rambaud, docteur en médecine générale, directeur de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, et d'avoir trouvé de l'intérêt au sujet. Merci d'avoir été présent pour répondre à mes questions et pour le temps consacré à la relecture et aux corrections.

A Madame le docteur Julie Vernet, docteur en médecine, médecin régulateur du réseau Maladies Rares Méditerranée. Merci d'être venu à ma rencontre pour discuter du sujet de ma thèse et de vous y être intéressée.

Aux professionnels rencontrés durant mon internat

Au service du MIG1 de Perpignan, merci d'avoir su nous faire devenir des internes, en nous laissant progressivement notre autonomie. Merci à mes deux premières co-internes Sarah et Stéphanie, d'avoir été débutantes avec moi, d'avoir partagé les premiers doutes, d'avoir cherché ensemble les diagnostics et traitements de nos premiers patients, toujours dans la bonne humeur.

Au service des urgences de Carcassonne, merci de m'avoir presque fait aimer les urgences, et de m'avoir permis de faire mon baptême d'hélicoptère. Merci à mes co-internes Florence, Agnès, Marina, Maïlis et Redha.

Au service de Pédiatrie de Nîmes, d'avoir confirmé mon goût pour la pédiatrie et à mes co-internes, Pauline B, Omar, Lucile, Charlotte, Louise-Anne, Emeline, Soumia, Julie, Pauline P, Romain, Coline, Fanny.

A mes Maitres de stage Dr Nathalie Loreau-Courthial et Dr Sophie Chevalier, de m'avoir conforté dans mon choix de la médecine générale, de m'avoir fait confiance assez rapidement et de m'avoir donné de l'autonomie.

Au service d'addictologie du Grau Du Roi, merci de m'avoir permis de travailler avec vue sur la mer. A la meilleure ambiance de travail sur mes 3 ans d'internat grâce au Dr Stéphanie Pelletier, Dr Régis Alarcon, Dr Julie Bernard, à l'équipe paramédicale et à mes co-internes Sarah, Camille, Laure-Hélène, et Renaud avec qui une vraie complicité est née.

Au service de l'HAD, merci à toute l'équipe médicale et paramédicale de m'avoir inspiré mon sujet de thèse et au Dr Jérôme Servent pour sa bienveillance.

Aux médecins généralistes ayant acceptés de me recevoir sur leurs temps de travail pour ma thèse.

A ma famille

Tout d'abord à mes parents, vous avez toujours été là pour nous trois, merci de votre amour inconditionnel. Merci d'avoir cru en moi pendant mes deux premières années de médecine et d'avoir serré les fesses jusqu'à la fin !

Merci maman d'avoir consacré ta vie pour nous. A toutes tes petites attentions : de m'avoir permis de mettre les pieds sous la table sans rien faire pendant mes deux premières années de médecine, d'être venue t'asseoir sur mon lit pour discuter de tout et de rien pendant mes révisions, de me donner les doggy-bag du weekend (sachant que certains aller râler...). Je crois que je ne te le dis pas assez : GRACIAS.

Merci papa d'avoir été notre quatrième partenaire de jeux durant notre jeune enfance. Tu es probablement celui qui a toujours réussi à trouver les mots pour me faire garder le moral et me permettre d'y croire jusqu'au bout et ne pas lâcher pendant la première année de médecine. Tel un coach sportif ! C'est en partie grâce à toi si je suis médecin, je peux même dire aujourd'hui Docteur ! MERCI !

A mes frères, Nico et David, toujours prêts à faire équipe contre moi ! Nico, tu m'as fait voyager et découvrir des villes : Ankara et ses loukoums, Bruxelles et ses bières, Strasbourg et son marché de Noël et Lille pour sa pluie, à quand la prochaine destination ? David, tu m'apprends les nouvelles expressions des « djeuns » et je n'ai pas oublié le petit mot d'encouragement que tu m'as glissé sous la porte de ma chambre avant le concours. Même si je vous embête, je vous charrie (parfois), je vous aime.

A Dady, au grand père français le plus formidable et le plus cultivé. Merci de m'avoir accueilli pendant une semaine chez toi pendant mes révisions de première année et merci d'avoir pris le temps de lire et corriger ma thèse. Merci pour ta générosité sans limite. Je sais que tu l'attends depuis un moment cette thèse !

A l'Abuela, por tu flan de huevos el mas rico del mundo y el porto con las torijas. Por tu cariño durante nuestras vacaciones maravillosas en España. Y gracias à ti, sere la mas guapa con mi vestido de novia.

A mes beaux-parents, Annie et Michel, merci de m'avoir accepté à bras ouverts et pour votre sympathie, au beau-frère Maxime et sa petite famille Laura, Enzo et Noa, pour les barbecues en Normandie. Merci de ne pas m'en vouloir de faire rester Florian dans le sud ! A ma belle-cousine Sabrina et sa petite famille Kaled, Rayhan et Jade pour toutes les soirées chez vous à Montpellier et les autres à venir.

Aux amis

Tout d'abord à ma Cteam, qui a rendu la P1 bien moins dure. On s'est fait notre bulle avec nos histoires, nos potins, nos déjeuners au RU, notre cahier rose. Il y en avait toujours une pour remotiver la troupe. A ma Céline, ma témoin, je pourrais te redire ce que je t'ai déjà dit lors de mon discours à ton mariage. Toujours de bonne humeur, motivée, non prise de tête et fidèle en amitié. L'une de mes plus belles rencontres ! Guillaume a de la chance de t'avoir trouvé et je sais pourquoi il t'a passé la bague au doigt. Anne So, la belle blonde du groupe qui ne le sait toujours pas... toujours là pour les autres, une vraie amie sur qui je peux compter. Carole, toujours pétillante et la plus gourmande que je connaisse. Maud, celle qui a le plus changé de coupe/couleur de cheveux mais toujours sincère en amitié. Diane, la réunionnaise du groupe avec la tête sur les épaules. Ayu, l'artiste, la fofolle, avec qui on ne sait jamais à quoi s'attendre.

A Laurine, mon amie de longue date, coéquipière à la GRS, voisine, confidente... On a eu des parcours bien différents et pourtant tu es restée mon amie. Pas besoin de s'écrire tous les jours pour savoir qu'on tient l'une à l'autre. Longue vie à notre amitié !

A mes amis de l'internat :

A Camille, d'abord ma colloque, puis Cupidon, et surtout une amitié qui dure depuis Perpignan. Le 12 juillet c'est un peu grâce à toi ! Je n'ai pas pu te choisir comme témoin (nombre restreint

oblige), mais tu seras ma demoiselle d'honneur et donc ma conseillère en image et celle de Flo je crois ! Et à ta moitié Guillaume avec qui tout paraît simple !

A Manue pour tes pâtisseries gourmandes, pour les repas hebdomadaires à Nîmes que tu as initié, les balades, les rencontres sportives (même si tu oses ne pas supporter le MHRC...).

A Sarah, celle avec qui j'ai partagé la moitié de mes stages (3/6 !), toujours partante pour boire des mojitos en écoutant du Céline Dion aux Coulisses l'hivers ou à la Pampa l'été.

A Florence, avec qui on a découvert la vie de château et la vie de campagne le temps d'une journée !

A Agnès, pour sa diffusion d'amour à volonté !

A Michaël, on a partagé pas mal de chose depuis Perpignan, on est allé au ski, on a fait des soirées, des crémaillères. Toujours motivé pour aller boire une bière et nous raconter tes aventures, avec rebondissements ! Je sais qu'il y en aura encore beaucoup d'autres à partager !

A Omar ma « chipie » préférée, le seul à avoir le record de faux plans et toujours des amis, c'est du talent de chipie ça ! Probablement parce qu'on ne s'ennuie jamais avec toi.

Et tous les autres Floriane, Martin, Robin, Edwige, Laurie, Brice, sans qui l'internat n'aurait pas été pareil. A Agathe, merci de ne pas avoir ramené Florian chez lui lors d'une soirée !

A mes amis de l'externat : aux manades, les soirées internes, les férias de Nîmes, les repas, les potins, les remontages de moral après les concours blancs. A Marion, celle qui a le plus dansé à mes coté aux soirées, chez qui j'ai le plus squatter pour parler de tout et de rien et goûter tes bons petits plats. A Lucile, qui m'a fait aimer Nîmes, avec qui j'ai mangé des pizzas de chez Marco devant Grey's Anatomy (oui oui assume). A Axel, mon partenaire de Rock and Roll. A Thibaut, qui aime mes potins. A Maud, l'artiste du groupe, l'imprévisible. A Marie, pour notre voyage à Cuba, l'un des plus beau.

A mes amis du Lycée, Línnea, Ilan, Elodie, Amélie, Clémentine, avec qui on garde encore contact malgré les années qui passent.

A Florian, avec qui je ne vois plus ma vie sans. J'ai mis du temps à te trouver mais ce fut comme une évidence. Pour tout ce que tu m'apportes : joie, bonheur, râleries, réconfort, protection, mariage, râleries, soutien, voyages, rangement, souvenirs, râleries, caramel au beurre salé, projets, AMOUR...

« Plus que tout et jusqu'à l'infinie ! ».

Table des matières

I.	Introduction.....	18
A.	Avènement des réseaux de santé	18
1.	Contexte d'émergence	18
2.	Définition et objectifs.....	23
3.	Principaux réseaux en France.....	25
B.	Evaluation des réseaux de santé	28
C.	Réseaux de santé au niveau régional avec le Résod'Oc.....	28
1.	Résod'Oc : définition et rôle.....	28
2.	Secteur géographique	29
3.	Adhérents	29
D.	Place et rôle du médecin traitant.....	30
E.	Problématique.....	31
II.	Matériel et méthode	33
A.	Choix de la méthode.....	33
B.	Constitution de l'échantillon	33
C.	Réalisation des entretiens.....	33
D.	Guide d'entretien	33
E.	Méthode d'analyse.....	34
III.	Résultats.....	35
A.	Caractéristiques de la population	35
B.	Définition des réseaux de santé par les médecins généralistes.....	36
1.	Difficulté à définir un réseau	36
2.	Réseau formel	36
3.	Réseau informel	37
4.	Cartographie.....	37
C.	Connaissances des réseaux de santé par les médecins généralistes.....	38
1.	Connaissance.....	38

2.	Méconnaissance	39
3.	Compréhension	40
4.	Cartographie.....	40
D.	Circonstances d'utilisation ou non d'un réseau de santé	41
1.	Utilisation	41
2.	Non utilisation	43
3.	Cartographie.....	44
E.	Rôle et place du médecin généraliste	45
1.	Travail du médecin généraliste avec le réseau	45
2.	Lien entre médecins généralistes et le patient au sein du réseau	46
3.	Réseau dépendant.....	47
4.	Cartographie.....	47
F.	Apport du réseau.....	48
1.	Pour le médecin généraliste.....	48
2.	Pour le patient.....	49
3.	Cartographie.....	50
G.	Réseau de santé et l'ambulatorie.....	51
1.	Adapté	51
2.	Non adapté	51
3.	Médecin du réseau dépendant	51
4.	Cartographie.....	52
H.	Attentes des médecins généralistes de la part des réseaux	53
1.	Envers les médecins généralistes	53
2.	Envers leurs patients	54
3.	Envers les réseaux de santé	54
4.	Cartographie.....	55
IV.	Discussion.....	56
A.	Limites	56

1.	Liées à la méthode.....	56
2.	Liées au thème de l'étude	57
B.	Discussion des résultats	57
1.	Lisibilité et visibilité des réseaux de santé	57
2.	Place et rôle du médecin généraliste	58
3.	Apports et attentes des médecins généralistes	60
V.	Conclusion	61
VI.	Bibliographie.....	64
VII.	Annexes	66
A.	Questionnaire d'entretien.....	66
B.	Serment d'Hippocrate	67
C.	Permis d'imprimer.....	68

Liste des Abréviations

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HAD : Hospitalisation A Domicile

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MG : Médecin généraliste

RS : Réseau de santé

RSC : Réseaux de Soins de Coordination

RSS : Réseau Sanitaire Spécialisé

SIDA : Syndrome Immunodéficience acquise

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

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

I. Introduction

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, accentuée par l'allongement de vie, implique l'intervention de plusieurs spécialités complémentaires qui sont indispensables à la prise en charge des patients. Face à ce besoin de coordination, les réseaux de santé apparaissent comme une solution organisationnelle pour pallier les insuffisances d'un système de santé jugé trop rigide et cloisonné (1).

A. Avènement des réseaux de santé

1. Contexte d'émergence

Les réseaux de santé ont constitué une évolution organisationnelle en matière de santé publique. Ils ont été créés par des professionnels militants ou des associations de malades. Ils ont d'abord été des expériences de terrain puis ils ont été progressivement soutenus par l'Etat et légalisés à partir des années 1990 (2) (3) (4).

a) La tuberculose et les dispensaires

L'idée de coordonner les soins est ancienne et certains disent que la lutte contre la tuberculose fut la première expérience française en matière de réseaux. La création de dispensaires permettait de rassembler des professionnels de disciplines différentes. Ils assuraient à la fois un travail de surveillance épidémiologique, de diagnostic et d'isolement des personnes malades et contagieuses. Ces dispensaires sont considérés comme pivot d'un réseau de lutte contre la tuberculose (3).

La tuberculose tuait 150 000 personnes par an et il n'existait aucun traitement actif. On prend conscience du risque de contamination en 1914 alors que 65 000 soldats ont été réformés. Une loi est votée pour ouvrir des dispensaires dans les grandes villes. Ces dispensaires, se caractérisaient par :

- Des médecins et infirmières travaillant conjointement avec l'hôpital public ;
- L'isolement des patients ainsi qu'un traitement dans les sanatoriums ou dans les hôpitaux avec des lits spécialisés ;
- Une prophylaxie avec des visites d'infirmières au domicile et une surveillance épidémiologique.

On peut voir un début de travail sous forme de réseau avec une prise en charge requérant une coopération des différents soignants. Ces réseaux sont alors un dispositif marginal et éphémère, qui disparaît avec la suppression du danger. Ainsi, les réseaux tuberculose disparaissent suite à la découverte de la streptomycine en 1946.

b) La création de la sécurité sociale

Le système de santé est marqué en 1945 par la création de la sécurité sociale (5). Une séparation va s'instaurer entre le soin et la prévention. Les prestations par l'assurance maladie vont se situer uniquement dans le domaine du soin (actes techniques). Le reste, comme la prévention, relève du domaine de la santé publique, de l'Etat, des collectivités locales et de l'hôpital publique.

c) Les réseaux sanitaires spécialisés

Des expériences similaires s'ensuivent. On voit la mise en place de réseaux sanitaires spécialisés (RSS) créés par des administrations locales, les DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), pour la prise en charge de ce que l'on nomme les « fléaux sociaux » : l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, la maladie mentale, les maladies vénériennes et le dépistage des cancers. Ces réseaux ne sont pas financés par l'assurance maladie. Ils ont donc des financements faibles. Le développement de ces structures s'avère très limité dans le temps, en raison de la faiblesse des moyens qui leur sont dédiés (3).

d) Création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

La réforme hospitalière de 1958 (6) crée les CHU associant les hôpitaux et les facultés. L'établissement est alors structuré selon trois axes : le soin, la formation et la recherche. Cette réforme a instauré une coupure nette entre la ville et l'hôpital, en favorisant un approfondissement scientifique de la médecine hospitalière.

e) Les réseaux économiques

En 1983, les contraintes budgétaires amènent à la création des Réseaux de soins Coordonnés (RSC). La loi du 19 janvier 1983 encourage la création des réseaux de soins voulant s'inspirer de l'exemple des Etats-Unis. Ce modèle propose que le réseau fixe librement le prix annuel et que l'assurance maladie verse chaque année à l'adhérent un forfait annuel d'un montant fixe, quel que soit le RSC. Le but était la réduction des coûts. Seule une dizaine de tentatives de RSC ont vu le jour à cette période en France (3).

f) *L'apparition du SIDA : réseaux ville-hôpital*

Avec l'apparition du SIDA (Syndrome Immunodéficience Acquise) dans les années 80, les professionnels sont confrontés à une pathologie émergente, aux problématiques multiples, donc à l'échec thérapeutique. Cette nouvelle pathologie inquiète les pouvoirs publics, tant en termes de santé publique que de finances publiques. À ces éléments bien connus s'ajoute l'incapacité du système de santé à apporter une réponse adaptée, rapide et satisfaisante aux patients infectés par le VIH (Virus Immunodéficient Humain). On se confronte à une multitude d'interlocuteurs, à l'absence de coordination entre le champ clinique et le champ social et à l'absence de continuité entre le champ hospitalier et le champ ambulatoire. Ce constat, maintes fois établi pour d'autres populations, comme les personnes âgées, trouve un écho avec cette nouvelle pathologie. Plusieurs associations de patients tel qu'AIDES, ActUp, brisent le silence (2) (4).

La nécessité de réhabiliter la prévention (le seul traitement du SIDA reste le préservatif) devient primordiale.

En 1991 et 1994, apparaissent les premières circulaires concernant la mise en place des réseaux ville-hôpital pour les patients atteints du SIDA.

La première circulaire (DH/DGS n°612) du 4 juin 1991 définit le réseau ville-hôpital de la manière suivante :

*« La notion de réseau traduit le fonctionnement d'une **organisation collective** entre plusieurs partenaires, professionnels ou volontaires juridiquement indépendants et aptes à apporter sur les plans **préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques**, les ressources complémentaires requises pour un patient. Par lui-même, un réseau n'a pas la faculté de générer les ressources ou de donner naissance à de nouveaux acteurs. Il **valorise** l'usage de ces ressources ou l'emploi de ces intervenants **en favorisant leur relation et leur coordination** au bénéfice d'une population donnée ».*

Dans la même idée, la loi du 31 juillet 1991 incite les établissements de soins « à *participer en **collaboration** avec les **médecins traitants** et les **services sociaux** et **médico-sociaux** à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade* ».

Les réseaux ville-hôpital concernaient alors principalement les problèmes générés par le SIDA et par extension par la toxicomanie. Ils se sont ouverts, par la suite, à d'autres pathologies : hépatite C, soins palliatifs, alcool, diabète, cancer...

L'assurance maladie participe avec l'Etat au développement de ces réseaux.

Les ordonnances du 24 avril 1996 prennent acte de l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines (dépendance, maladies chroniques, prévention...) et de la nécessité d'un décloisonnement du système de santé. Elles ont permis d'officialiser les réseaux en définissant leurs objectifs et en donnant un cadre légal. Elles préconisent l'essor de réseaux expérimentaux et médico-sociaux, permettant une prise en charge globale des patients.

Les ordonnances proposent ainsi deux catégories :

1. D'une part en formalisant et en réglementant « **les réseaux de soins** » dits du **code de la santé publique**. Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 (7):

« Les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins (...), ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. »

Ces réseaux sont des réseaux ville-hôpital. Ils sont aussi appelés « Réseaux hospitaliers / Réseaux de soins » et sont agréés par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

2. D'autre part, en offrant la possibilité de mettre en place des formes nouvelles de prise en charge globale, sanitaire et surtout financière avec les « **réseaux de soins expérimentaux** » dits du **code de la sécurité sociale**, connues sous le nom de « **réseaux SOUBIE** ». Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 (8) :

« Pendant une durée de cinq ans (...) des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir (...) des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. »

Il est prévu trois actions expérimentales :

- Les *filières de soins expérimentales* organisées par les médecins généralistes : le but est d'améliorer la qualité du suivi du patient et l'accès du patient au système de soins.

- Les *réseaux de soins expérimentaux* pour la prise en charge globale des patients atteints de maladies lourdes ou chroniques : le but est de favoriser la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Si l'organisation est la même que celle des réseaux de soins du code de la santé publique, les réseaux de soins expérimentaux du code de la sécurité sociale ont leur propre mode de financement.
- Tout autre dispositif répondant aux objectifs.

h) Evolution jusqu'à une définition officielle

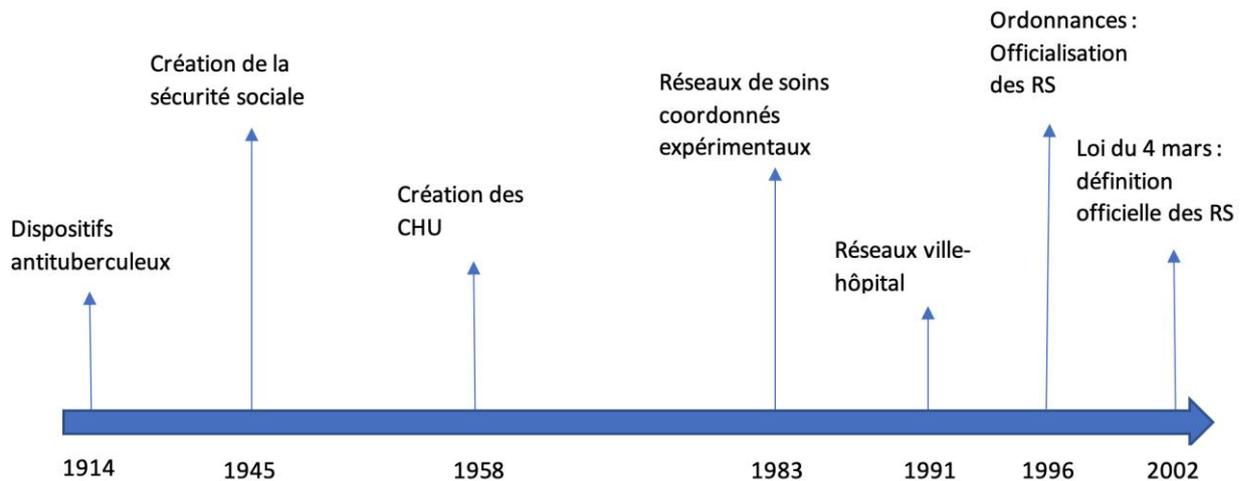
En 1998, la Coordination nationale des réseaux note que le réseau permet « *d'harmoniser le parcours d'une personne entre la ville et l'hôpital et de développer une politique d'éducation de la population à l'utilisation du système de distribution des soins* ».

En 1999 l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé) indique pour sa part « *qu'un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné... L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de malades volontaires ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé* » (9).

En 2001 c'est la fin des réseaux dits SOUBIE par la loi du 21 décembre 2001.

Avec la loi du 4 mars 2002 les réseaux de soins vont définitivement s'inscrire dans le système de soins en lui donnant une définition officielle et unique. Elle apporte l'harmonisation en regroupant au sein d'une même désignation l'ensemble des « réseaux de santé ».

En 2015 il a été recensé 565 réseaux de santé en France (10).



Les réseaux se sont développés à partir de problématiques concrètes. Leur développement est dû aux défaillances d'un système de santé cloisonné, face au besoin d'un traitement global de certains malades.

2. Définition et objectifs

a) Définition

Depuis la loi du 4 mars 2002 (11) les réseaux de santé ont une définition officielle (code de santé publique L6321-1) :

« Les réseaux de santé ont pour objet de **favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité** des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines **populations, pathologies ou activités sanitaires**. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de **l'éducation à la santé**, de la **prévention**, du **diagnostic** que des **soins**. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de **qualité** ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat. ».

b) Objectifs

Les réseaux de santé ont pour objectif d'assurer une meilleure orientation du patient en favorisant la coordination, la continuité des soins et en incitant la délivrance de soins de proximité et de qualité. Ils ont pour vocation d'établir des relations de coopération entre professionnels de santé. Ils aident ainsi au décloisonnement du système de santé et à une prise en charge globale du patient.

L'objectif principal des réseaux de santé est donc d'instaurer un travail en coordination. Il se définit comme « *une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi.* » (12). Il vise ainsi à articuler les ressources disponibles sur un territoire donné, sans se substituer à l'activité des prescripteurs de soins ni à pallier les dysfonctionnements organisationnels existants.

Il existe d'autres acteurs qui intègrent une activité de coordination des soins de proximité, notamment les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les maisons de santé, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)... mais ce ne sont pas des réseaux de santé.

c) Financements

En 1999, la Création d'un Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) permet de financer l'organisation et les actions des réseaux. Les ressources du fond proviennent de l'assurance maladie qui sont fixées annuellement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale.

En 2002, la loi de financement de la sécurité sociale introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale, *articles L. 162-43 à L. 162-46*, qui créent une enveloppe financière spécifiquement dédiée aux réseaux. Le montant de cette Dotations Nationales de Développement des Réseaux (DNDR) est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel (8). Néanmoins, la loi ne limite pas les sources de financement à cette seule dotation. Les réseaux de santé peuvent également bénéficier de subventions de l'État, de subventions des collectivités territoriales et de subventions de l'assurance maladie.

En 2007, un décret (13) introduit par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) met en place le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) qui fusionne le FAQSV et la DNDR. Ce fonds a vocation de financer les réseaux de santé, mais aussi des actions concourant à l'amélioration de la permanence des soins.

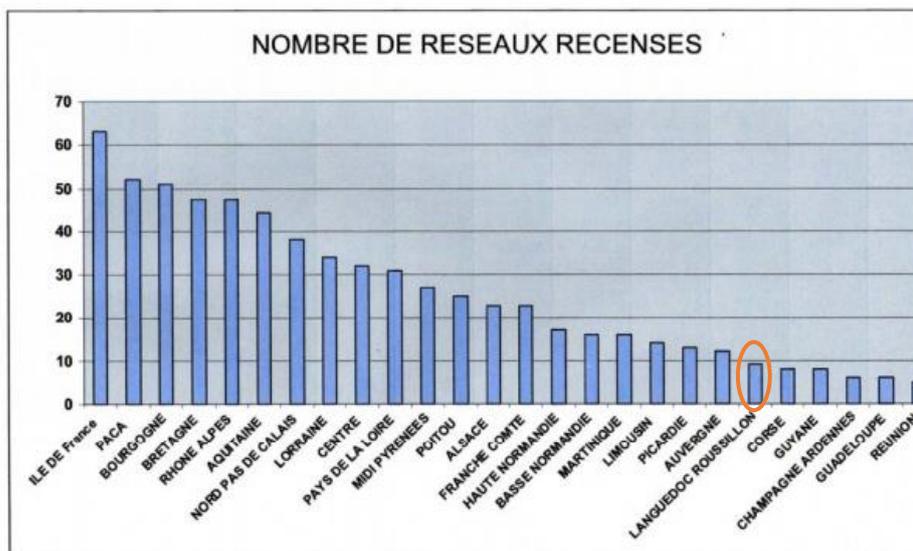
Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.

3. Principaux réseaux en France

Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIQCS en 2011. Ils prennent en charge entre cent cinquante mille et deux cent mille personnes. Ces réseaux sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire (12).

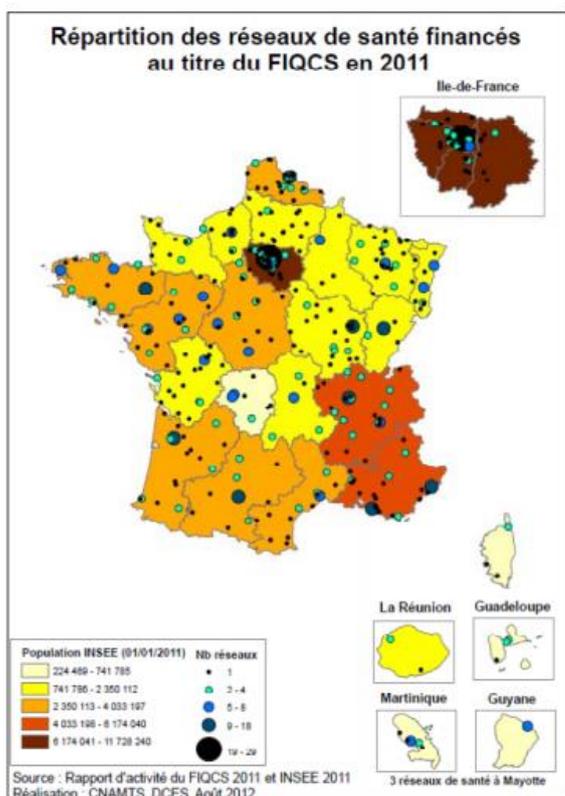
En 2007 :

Répartition des réseaux de santé recensés par région



Source : FIQCS, 2007, p. 9

En 2011, d'après le rapport d'activité du FIQS, plus de la moitié des réseaux se répartissent sur 8 régions : Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine, Bourgogne et Pays de la Loire. Ces 8 régions représentent 55% des réseaux (14).



Les thématiques des réseaux les plus retrouvées en nombre sont : gérontologie, soins palliatifs, cancérologie, diabétologie, périnatalité, prise en charge des adolescents, addictologie et handicap (14) :

Thèmes regroupés	Projets	
	Nombre de projets	%
Gérontologie	124	17%
Soins Palliatifs	98	14%
Diabétologie	70	10%
Cancérologie ⁽¹⁾	64	9%
Périnatalité ⁽¹⁾	52	7%
Handicap	42	6%
Prise en charge des adolescents	41	6%
Addictologie	40	6%

Répartition des réseaux par thème, FICS 2011

a) *Les « réseaux de gérontologie »*

Ils sont les premiers acteurs en nombre. Depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (15), la prise en charge des problèmes de santé liés au grand âge est un enjeu de santé publique majeur.

Le vieillissement de la population pose des questions en termes de qualité de vie et de l'augmentation des dépenses de santé, fortement corrélées aux hospitalisations des personnes âgées. C'est ainsi qu'une expérience pilote de réseau gérontologique (réseaux SOUBIE) a été menée en 1983 à Lubersac. Cette expérience, reposant sur la coordination de professionnels libéraux, de professionnels hospitaliers et de la MSA (Mutualité Sociale Agricole). L'objectif était alors de retarder l'hospitalisation des personnes âgées par une meilleure coordination de la prise en charge à domicile, assurée par la médecine de ville, et non dans le cadre d'un pilotage hospitalier classique de type HAD (Hospitalisation A Domicile) ou SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile). Depuis cette expérience les réseaux de gérontologie se sont développés (16).

b) *Les « réseaux de soins palliatifs »*

Ils se sont, pour la plupart, développés entre les années 1999 et 2004 en relation avec la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (17). Selon cette loi, « *toute personne malade dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* ». La possibilité de délivrer des soins palliatifs « à domicile », indiquée à l'Article 5 de la loi, s'est heurtée aux modalités conventionnelles du secteur libéral, inadaptées à ce type de patients et de prise en charge. Les réseaux de santé ont apporté une réponse grâce à la coordination des soignants, des professionnels sociaux, des psychologues, voire des associations de bénévoles. Les réseaux de soins palliatifs permettent aux patients en fin de vie de rester à domicile, le plus longtemps possible, dans des conditions de qualité (18).

c) *Les « réseaux cancer »*

Ils ont été fondés pour la plupart à partir du concept de « réunion de concertation pluridisciplinaire » permettant aux intervenants médicaux (chimiothérapeutes, radiothérapeutes, chirurgiens) d'harmoniser le traitement et le parcours du patient durant la phase aiguë du traitement. Depuis la nouvelle définition des réseaux de santé (loi du 4 mars 2002) et le lancement du « plan Cancer », le 24 mars 2003 (19), cette approche a subi plusieurs

modulations : les réseaux cancer visent désormais à organiser le parcours du patient tout au long de sa maladie, entre les différents acteurs et structures qui composent un réseau (médecin traitant, hospitaliers, infirmières, psychologues, intervenants sociaux, etc.). La Mission interministérielle de lutte contre le cancer a souligné « *le travail réalisé par les réseaux pour formaliser des organisations de concertation et de coordination* » et elle conclut sur la nécessité d'organiser autour du patient l'ensemble des métiers et des structures des intervenants « *en système cohérent de santé et de recours* » (18).

B. Evaluation des réseaux de santé

L'évaluation des réseaux de santé constitue une condition indispensable à l'accréditation des réseaux de santé, prévue par la loi du 4 mars 2002 (20).

Les principes généraux et les bases méthodologiques de l'évaluation des réseaux de santé ont été posés par l'ANAES sur plusieurs années (9) (21) (22). Le cadre réglementaire des réseaux de santé et leurs principales obligations en matière d'évaluation ont été définis et des outils concrets pour l'évaluation ont été mis en place (13).

Les pouvoirs publics engagent des travaux en vue de renforcer la coordination des acteurs de soins et donc à faire évoluer les réseaux de santé. Ils sortent en 2012 un guide méthodologique (12) avec des recommandations générales sur les orientations stratégiques relatives à l'organisation, le contenu de la fonction d'appui à la coordination et à l'évolution des réseaux de santé.

Ils donnent un premier bilan contrasté, en retrouvant une forte hétérogénéité des différents réseaux, en raison de leur spécialisation par pathologie ou par population. Le panorama des réseaux de santé est très éclaté. On retrouve parfois un non-respect des objectifs initiaux : Ils proposent une expertise de type hospitalière non adaptée à l'ambulatoire, réalisent des soins à la place des prescripteurs eux-mêmes (du médecin traitant par exemple), compliquent la prise en charge par le nombre d'interlocuteurs.

C. Réseaux de santé au niveau régional avec le Résod'Oc

1. Résod'Oc : définition et rôle (23)

« Le collectif Résod'Oc **regroupe** et **fedère** depuis décembre 2014 des réseaux de santé territoriaux et régionaux. La volonté de ce regroupement est de rendre plus **lisible** l'existence

des réseaux sur le territoire, de **faciliter** et d'**optimiser** leur fonctionnement afin de valoriser l'appui à la **coordination** des professionnels de santé et l'accompagnement des usagers ».

Le collectif permet :

- D'associer au niveau de l'ancienne région « Languedoc-Roussillon » l'ensemble des réseaux de santé ;
- De faciliter le fonctionnement des réseaux aux niveaux administratifs, juridiques, des ressources humaines et comptables ;
- De promouvoir les principes, valeurs, expertises et les actions menées par les réseaux auprès des usagers, des professionnels de santé et des autres partenaires ;
- De promouvoir la mise en œuvre d'une démarche de la qualité et de la gestion des risques ;
- De favoriser la rencontre des membres, le partage d'expérience, ainsi que le développement des réseaux de santé et structures partenaires sur la région ;
- De mettre en œuvre toutes opérations de communication à destination des usagers, des professionnels de santé et des financeurs ;
- De rechercher et formaliser tous partenariats utiles aux membres du Collectif et au Collectif lui-même ;
- De préserver les droits et intérêts des membres du Collectif et notamment leur identité, légitimité et indépendance.

2. Secteur géographique

Le collectif Résod'OC est composé de réseaux et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé, situés sur le territoire Occitanie EST (ancien Languedoc Roussillon).

3. Adhérents

Le territoire de « l'ex Languedoc-Roussillon » compte 19 réseaux de santé adhérents.

Il y a 8 réseaux régionaux :

- Un réseau sur la périnatalité et les enfants vulnérables qui est **Naitre et Grandir en Languedoc Roussillon** ;
- Un réseau sur les maladies rares de méditerranée avec le réseau **maladies rares de méditerranée** ;

- Un réseau sur les plaies et cicatrisation avec **cicat-LR** ;
- Trois réseaux portant sur les maladies chroniques avec notamment **Air+R** pour les maladies respiratoires, **onco-LR** pour la cancérologie, **hépatite LR** et **AEHV** (association pour l'étude des hépatites virales LR) pour les hépatites ;
- Et **Chroneduc-LR** (mise en dormance de l'activité à l'été 2017).

S'ajoutent à ces 8 réseaux régionaux 11 réseaux territoriaux :

- Un réseau pour l'obésité infantile qui est **Croque Santé** autour de Béziers ;
- Un réseau pour le diabète de type 2 avec **Audiab** autour de Narbonne ;
- Six réseaux pour les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur qui sont répartis dans le Languedoc Roussillon avec le réseau de **soins palliatifs 66**, le réseau de **soins palliatifs Béziers Agde Hauts Cantons**, le réseau de soins palliatifs **SPHERE** (Montpellier), **ROADS** (Réseau Ouest Audois pour la Douleur et les Soins palliatifs), le réseau **GAIA 34** (Bassin de Thau) et le réseau de **soins palliatifs Nîmois** ;
- Deux réseaux pour la gérontologie avec le réseau de **gérontologie de la Moyenne et Haute Vallée de l'Aude** et le réseau de **gérontologie du Conflent** ;
- Ainsi que le réseaux **RESEDA** (association pour la coordination des réseaux de santé du bassin alésien).

Depuis la création du collectif le nombre d'adhérents augmente.

D. Place et rôle du médecin traitant

La WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) définit en 2002 le rôle du médecin traitant. Il doit utiliser de façon efficiente, les ressources du système de santé, par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités (24).

La loi du 13 août 2004, attribue au médecin généraliste un rôle pivot dans l'organisation du système de soins, en assurant le dépistage, la prévention, le diagnostic et le traitement. Il est au centre de la coordination des soins, avec la responsabilité « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* » (25). Elle incite les patients à demander un avis préalable à leur médecin généraliste avant de consulter un spécialiste. Avec notamment deux grands changements. D'une part les assurés de plus de 16 ans sont invités à choisir et à déclarer à leurs caisses d'assurance maladie leur « médecin traitant »,

chargé d'organiser le parcours de soins coordonné du patient. D'autre part, le médecin prescrira autant que de besoin, la consultation d'un autre médecin (généraliste, spécialiste). Ainsi, les assurés de plus de 16 ans consultant un spécialiste sans être adressés par le médecin généraliste auront le taux de remboursement par l'assurance maladie plus faible et le spécialiste pourra pratiquer des dépassements d'honoraires.

La loi confie au médecin traitant un rôle de pilotage du parcours de soins du patient.

La plupart du temps, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système est donc directement fournie par le médecin généraliste ou l'équipe de premier recours, qui connaissent l'histoire du patient, son environnement, sa situation sociale. Pour les patients en situation complexe ayant besoin d'une diversité d'intervenants, le médecin généraliste peut avoir besoin d'un soutien. Lui permettant de gagner du temps, de mieux apprécier la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires, afin de garantir un parcours efficace (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions). Ce besoin a été identifié dans le cas de la prise en charge des personnes âgées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) (26). Il juge nécessaire de mettre à disposition du médecin généraliste un « appui fonctionnel ». Les réseaux de santé permettent cet appui fonctionnel.

E. Problématique

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations (gérontologie, périnatalité, précarité), pour des pathologies spécifiques (diabète, cancer, obésité...), des soins de support (douleur, soins palliatifs...) ou encore des comportements à risque (addiction : toxicomanie, sevrage tabac, alcool).

La loi place le médecin généraliste au centre de la coordination des soins. Elle confère donc au médecin généraliste un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours.

Le médecin généraliste est en première ligne pour orienter son patient. Et peut être à même d'utiliser un réseau de santé. Comme le montre l'enquête de l'Observatoire régional de santé du Nord-Pas-de-Calais, menée en 1997 auprès de médecins libéraux et rapporté par l'ANAES (9) (27), 37 % des médecins se considéraient comme faisant partie d'un réseau. 50 % des médecins avaient des attentes vis-à-vis des réseaux. Cependant les études montrent un bilan contrasté. Il

est peut-être difficile au médecin généraliste de trouver sa place. Le médecin généraliste se sent-il toujours pivot dans l'organisation de soins de son patient quand il entre dans un réseau de soin ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'attente et les motivations des médecins généralistes de l'Hérault à l'utilisation des réseaux de santé et de comprendre les freins.

II. Matériel et méthode

A. Choix de la méthode

L'étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en face à face avec une analyse thématique a été choisie pour explorer au mieux le vécu et la représentation des médecins généralistes par l'utilisation des réseaux de santé.

Le choix des entretiens individuels semi-directifs a été fait dans le but de laisser la libre expression aux médecins généralistes. (28)

B. Constitution de l'échantillon

Les médecins devaient être ou avoir été installés dans un cabinet médical dans l'Hérault. Ils ont été recrutés dans mon entourage et par téléphone ou par mail pour la prise d'un rendez-vous afin d'effectuer l'entretien face à face au cabinet de chaque médecin.

Chaque médecin a été caractérisé par son âge, son sexe, sa date d'installation, sa formation et son mode d'exercice.

C. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins en face à face. Les entretiens ont tous commencé dans un premier temps par une introduction portant sur la présentation de l'étude. Il était rappelé par l'interviewer l'anonymisation des propos recueillis. L'enregistrement audio a été réalisé à l'aide d'un téléphone portable après accord préalable des médecins. Le guide d'entretien était posé sur la table face à l'interviewé. Les entretiens ont été réalisés de février à juillet 2018.

Les entretiens durent entre 7min35 et 28min05 soit une moyenne de 17 minutes.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Nous avons obtenu la saturation des données au 10^{ème} entretien, le 11^{ème} entretien étant déjà programmé, il a été réalisé et nous a permis de confirmer la saturation des données.

D. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été conçu avec des questions ouvertes dans le but de laisser la libre expression aux médecins généralistes ainsi que des relances afin de couvrir les différents thèmes

choisis. Il a été modifié suite aux deux premiers entretiens afin de l'adapter au mieux à la problématique.

E. Méthode d'analyse

Les entretiens ont tous été retranscrits intégralement avec les verbatims via un logiciel Word.

Une analyse thématique a été réalisée avec recueil des thèmes par thématisation.

Une cartographie a été faite avec le logiciel Xmind pour chaque analyse de relevé de thèmes.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population

	AGE	SEXE	MODE D'EXERCICE	LIEU D'EXECICE	DIPLOME
M1	43 ans	Femme	Cabinet seule	Ville	
M2	40 ans	Femme	Cabinet de groupe (2)	Semi-rural	- Médecin pompier - DU gériatrie
M3	39 ans	Femme	Cabinet de groupe (2)	Ville	- DU de gynécologie - Urgences adulte
M4	41 ans	Femme	Cabinet de groupe (2)	Semi rural	
M5	49 ans	Homme	Maison de santé	Rural	- Urgences adulte
M6	35 ans	Homme	Cabinet de groupe (3)	Semi-rural	- DU palliatif - DU pédiatrie
M7	32 ans	Femme	Cabinet de groupe (4)	Semi-rural	- DU pédiatrie - DU infectiologie - DU gynécologie - DU nutrition
M8	Refus de communiquer	Femme	Cabinet de groupe (2)	Semi-rural	- Formation d'homéopathie
M9	41 ans	Femme	Maison de santé	Rural	- DU gynécologie non validé - Mission sur l'antibio vigilance avec l'ARS
M10	40 ans	Femme	Cabinet de groupe (2)	Semi-rural	- DU gynécologie
M11	43 ans	Femme	Cabinet de groupe (4)	Ville	

B. Définition des réseaux de santé par les médecins généralistes

1. Difficulté à définir un réseau

Pour certains médecins la définition des réseaux de santé n'est pas évidente « *C'est compliqué ce que c'est un réseau de santé* » (M8); et parfois il y a confusion avec les autres organismes de coordination « *surtout l'HAD organisé par l'hôpital* » (M1); « *je travaille avec Episodes qui me semble être un réseau de toxicomanie* » (M5).

En demandant de définir le réseau de santé la plupart des médecins généralistes font spontanément la différence entre deux types de réseau de santé : le réseau de santé formel et le réseau de santé informel. « *Ça dépend il y a le réseau de santé formel ou le réseau de santé informel* » (M3).

2. Réseau formel

a) Une structure

Les médecins généralistes considèrent un réseau de santé « formel » quand il y a une institution regroupant plusieurs intervenants « *C'est un groupe de médecins réunis qui regroupe différents intervenants sur un même pool* » (M3) « *Formel c'est quelque chose d'institutionnalisé plutôt (...) avec une structure qui coordonne tout ça (...) Pour qu'on parle de réseaux, pour moi, il faut qu'il ait une structure* » (M6).

b) Intervenants pluridisciplinaires

Ils considèrent aussi qu'un réseau permet la réunion de plusieurs professionnels de santé qui collaborent dans un même objectif, sur un même sujet « *C'est un réseau de professionnels médicaux et paramédicaux qui collaborent dans un même but* » (M7); « *C'est un maillage qui permet de travailler en lien avec différents professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou pas médecins, paramédicaux* » (M9).

c) Objectifs

Pour les médecins généralistes le réseau a pour but de coordonner les différents intervenants « *C'est quelque chose qu'on mettrait à disposition pour relier les professionnels les uns entre eux* » (M5); « *il y a un organisme qui coordonne les différents intervenants : médecins généralistes,*

paramédicaux, milieux hospitaliers si besoin. Pour qu'on parle de réseau pour moi il faut qu'il ait une structure qui coordonne » (M6).

Dont faciliter le lien entre hôpital et ville « Son rôle c'est de faire des liens plus faciles entre hôpital, spécialistes. Faire un lien hôpital ville. » (M8).

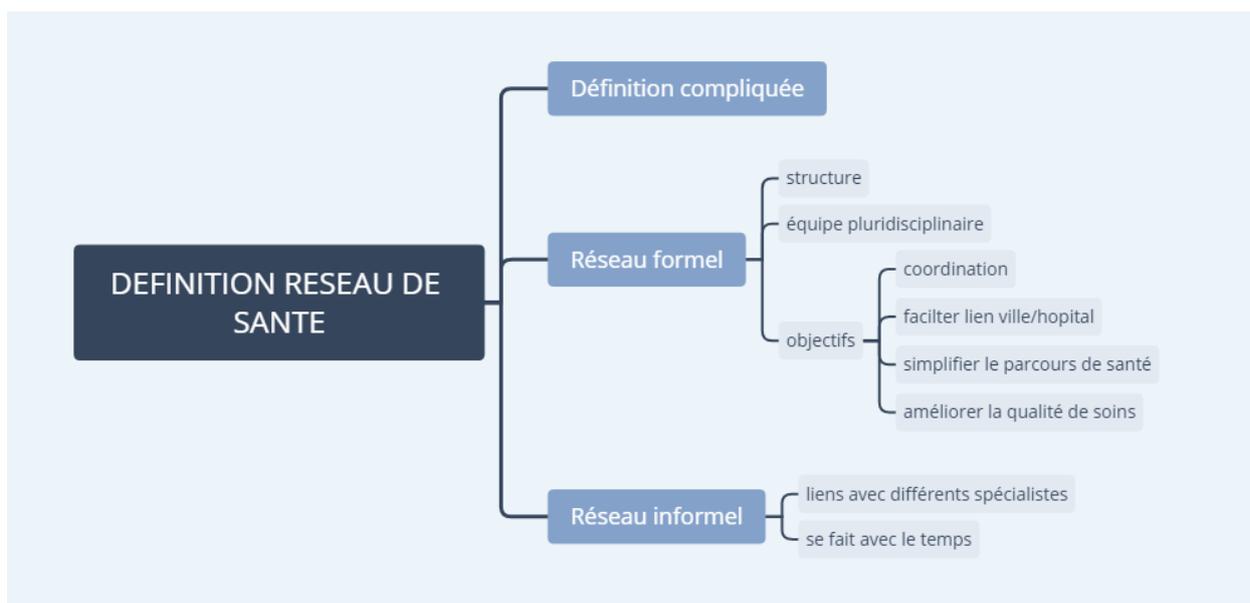
C'est aussi un moyen de simplifier le parcours de santé « Leur rôle c'est de simplifier le parcours pour les patients et pour nous aussi, de nous simplifier la vie tout simplement des fois » (M3) ; « Leur rôle c'est faciliter la prise en charge des patients » (M4) ; « Pour avoir des trucs fléchés sur l'obésité, la dépression, diabète tout ça » (M5).

Et il permet aussi d'améliorer la qualité des soins « d'améliorer leur qualité de soins, de vie, de prise en charge globale du patient. » (M4) ; « Pour l'optimisation de la prise en charge du patient » (M9).

3. Réseau informel

Pour les médecins il existe aussi des réseaux informels « moi j'ai mon réseau (informel) » (M8) qui sont le lien qu'ils ont créé avec les différents confrères au cours de leur exercice « Un réseau de santé informel, c'est ce qu'on a tous plus ou moins, c'est les liens qu'on tisse avec les confrères médecins ou paramédicaux, avec qui on a l'habitude de travailler et qu'on va pouvoir adresser les patients, qu'on va pouvoir avoir un avis, appeler pour avoir un rendez-vous rapidement » (M6).

4. Cartographie



C. Connaissances des réseaux de santé par les médecins généralistes

1. Connaissance

a) Par la formation

Certains médecins généralistes interrogés ont connu des réseaux de santé lors de leur formation, que ce soit lors de leurs études de médecine « *Pour plaie et cicatrisation j'ai connu à travers les études* » (M3).

Ou lors des formations au cours de leurs carrières, comme par des diplômes universitaires (DU) « *Naitre et grandir je le connais grâce au DU de pédiatrie que je suis en train de faire. Sinon je n'aurais pas connu* » (M6); « *j'avais été contactée du fait de mes DU (...) je pense que c'est comme ça que j'avais reçu les informations* » (M7).

b) Par les confrères

La plupart des médecins disent avoir connaissance des réseaux par le « bouche à l'oreille », par le biais de leurs confrères « *J'en ai entendu parler par d'autres professionnels qui ont déjà eu affaire à ces réseaux* » (M10).

Soit tout simplement parce qu'ils connaissent les intervenants des réseaux « *Tout d'abord, j'ai des amis qui y travaillent, notamment une dans les maladies rares qui est en train de se monter donc c'est assez récent, après très souvent parce qu'il y a des médecins que je connais qui en font partie* » (M3).

Soit par l'intermédiaire des spécialistes « *parfois à travers les spécialistes qui les connaissent forcément, qui nous le notent dans leurs courriers et puis on se renseigne et on voit* » (M3); « *Si je cherche un réseau et que je ne sais pas (...) je crois que ce que je ferais en priorité, c'est appeler un spécialiste qui a de forte chance d'être en lien avec eux* » (M6); « *Par les spécialistes ou les réunions FMC* » (M8).

Soit grâce à leurs collègues médecins généralistes « *On se le dit entre collègues, (...) c'est comme ça au fils du temps* » (M3); « *Par l'intermédiaire de mon associé Dr M qui m'a dit que dans cette situation il y a ça qui existe (...), aussi on a eu un remplaçant qui travaillait dans cette structure donc j'avais entendu un peu* » (M4); « *Je demande à mes confrères qui sont installés dans le cabinet* » (M7).

c) Par les structures médicales

Les médecins généralistes racontent avoir eu connaissance parfois par l'intermédiaire des structures médicales tels que les Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) « Pour tout ce qui est palliatif c'est souvent la première fois, c'est plutôt à travers les EHPADs qu'on apprend » (M3) ; « Plaie et cicat' j'ai connu car des infirmières l'utilisaient dans un EHPAD et se sont mises en rapport avec ça. » (M4).

Ou des hôpitaux « En générale c'est quand un patient est à l'hôpital, qu'il est en demande d'une démarche de soin » (M2) ; « Parfois suite à une hospitalisation comme les soins palliatifs » (M9).

d) Par les paramédicaux

Les médecins généralistes disent aussi être sollicité par les infirmières « C'est les infirmières qui m'en parlent » (M1).

e) Par les patients

Beaucoup plus rarement c'est parfois par l'intermédiaire des patients « Demande du patient parfois pour plaie et cicatrisation, ça va être des patients qui ont eu l'habitude, je reprends le dossier, ils ont eu l'habitude de faire appel » (M3).

f) Par documentation

Un seul des médecins interrogés dit avoir reçu une brochure avec les différents réseaux existants « Il me semble que j'ai une brochure avec les réseaux que j'ai mise quelque part mais je sais plus où d'ailleurs... mais j'ai trouvé ça très intéressant » (M5). « Je n'ai jamais reçu des documentations, des flyers ou autres sur des réseaux directement » (M6).

2. Méconnaissance

La plupart des médecins disent ne pas bien connaître les réseaux existants « Il y a beaucoup de réseaux qu'on ne connaît pas » (M1) ; « Il y a des réseaux que je pense je ne connais pas » (M6).

D'après les médecins ils ne reçoivent pas l'information « Il manque, on n'a pas de truc clair sur les réseaux, on a le livret du CHU, on a pas mal de choses quand même mais on n'a pas un truc clair sur les réseaux. Donc vous voyez j'en découvre. » (M3) ; « Je n'en connais pas des millions moi aussi (...). Peut-être que les hospitaliers sont bien au courant de ça mais après en libéral beaucoup moins. » (M10).

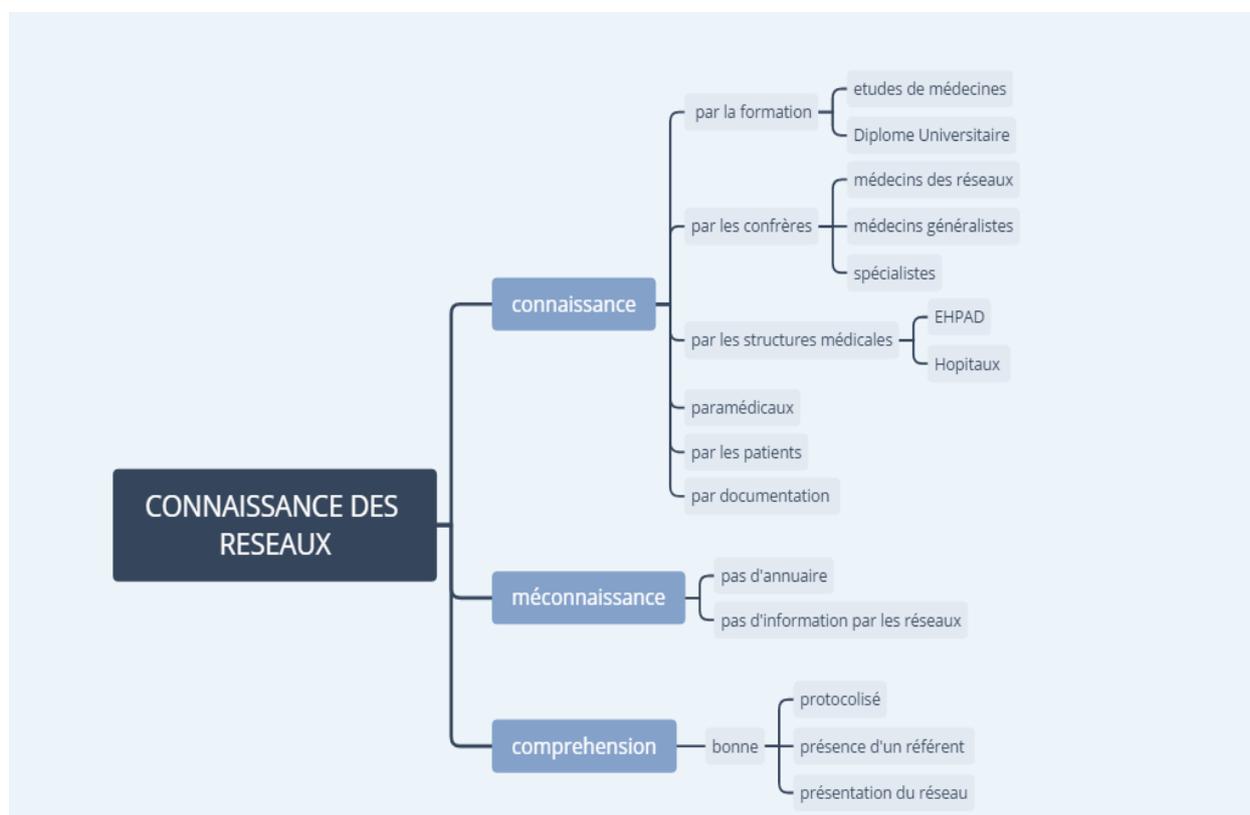
3. Compréhension

Pour les médecins il n'y a pas de souci de compréhension avec le mode de travail des réseaux de santé, ils trouvent que c'est assez protocoles « Bonne compréhension de leur rôle c'est très protocolisé, il faut remplir des formulaires donner son accord ouais c'est très règlementé » (M1) ; « Leur organisation est claire une fois qu'on l'a trouvée, (...). Et puis le mode de fonctionnement même si les objectifs sont différents à chaque fois le mode de fonctionnement est le même, c'est globalement le même principe. » (M6).

Et il y a un réfèrent « Souvent il y a un réfèrent, on l'appelle et puis il gère c'est assez simple. De toute manière si ce n'est pas simple on ne peut pas travailler avec eux » (M5).

Parfois ils viennent se présenter ce qui facilite la lisibilité « Avec ceux avec qui j'ai été amené à travailler c'est plutôt clair, parce que bien souvent, ils sont venus se présenter et du coup ça éclaire pas mal de choses » (M2).

4. Cartographie



D. Circonstances d'utilisation ou non d'un réseau de santé

1. Utilisation

a) Demande du médecin généraliste

Les médecins généralistes disent être souvent les initiateurs de l'utilisation d'un réseau de santé. Quand c'est le cas, ils disent faire appel aux réseaux pour des situations complexes qui peuvent être d'ordre médical, comme les problèmes de fins de vie « *Surtout de mon initiative, c'est dans les fins de vie (...). Concrètement SPHERE ça aide à la mise en place de certains matériels, surtout sur l'Hypnovel, c'est tout con mais je ne peux pas avoir d'Hypnovel en ville et bah oui* » (M4) ; « *Quand c'est compliqué et que je pense que moi toute seule je ne peux pas apporter toutes les solutions* » (M9). Mais aussi des situations complexes d'ordre humain et social « *Demande si situation complexe humainement socialement* » (M3).

Ils font aussi appel lorsqu'ils se retrouvent dans une impasse voire dans l'échec pour la prise en charge d'un patient « *Des patients qui sont au cabinet pour lesquels j'ai déjà fait plusieurs investigations, que j'ai envoyés chez plusieurs spécialistes et puis on ne trouve pas, je vais avoir le réflexe maladie rare (réseau)* » (M3) ; « *Après oui dans l'exemple de plaie et cicatrisation c'était sur des plaies qui ne guérissaient pas avec ce que je faisais et là il fallait des avis plus spécialisés.* » (M10).

Ou lorsqu'ils se retrouvent face à leurs limites des connaissances « *Notamment pour les soins palliatifs, c'est celui qui me vient le plus à l'esprit (...), autant je parlais de pédiatrie ou de gynéco, je suis assez à l'aise, autant en fin de vie ce n'est pas le domaine que je maîtrise le mieux je pense* » (M3) ; « *Pour SPHERE clairement parce que je ne maîtrise pas bien les prescriptions que l'on peut faire en fin de vie (...), c'est vrai que c'est des choses que je maîtrise assez plutôt moins* » (M7).

Ils précisent aussi qu'ils font plus facilement appel à un réseau s'ils ont eu connaissance du réseau en amont « *Déjà quand je connais le réseau* » (M5).

La demande peut se faire aussi lors d'un besoin de prise en charge pluridisciplinaire, ce qui permet de regrouper plusieurs intervenants nécessaires à la prise en charge du patient « *Enfin moi ce qui me paraît intéressant c'est d'avoir une prise en charge multidisciplinaire, (...) oui c'est d'avoir un avis d'un médecin, éventuellement d'un chirurgien, éventuellement des infirmiers... oui ça me paraît très complémentaire, c'est très intéressant à chaque fois.* » (M5).

Ils font appel à un réseau de santé pour le bénéfice du patient, notamment le réseau peut permettre un maintien au domicile « *permet d'éviter de forcément déplacer le patient pour sa*

consultation, c'est pratique. » (M3) ; « *Les réseaux palliatifs pour les fins de vie, notamment ceux qui veulent rester au domicile* » (M10). Il permet aussi une prise en charge adaptée à la problématique du patient « *j'ai envoyé des enfants comme ça chez l'ORL et au final ça s'était mal passé parce que l'enfant bougeait, (...). Et du coup maintenant j'envoie systématiquement à des ORL du réseau (naitre et grandir) en me disant, a priori, normalement avec ceux-là je ne devrais pas avoir de souci* » (M3).

b) Jamais de demande du médecin généraliste

Deux des médecins interrogés disent ne jamais faire la demande d'eux-mêmes car ils préfèrent passer par l'hospitalisation « *Moi je ne me suis pas spécialement trouvé dans le cas personnellement en difficulté au point de solliciter... parce qu'en fait quand on est en difficulté on fait hospitaliser le patient, enfin voilà c'est le plus logique* » (M2) ; « *Pas de demande directe, les situations passent d'abord par l'hôpital c'est plus rapide* » (M6).

c) Demande par un tiers

Les médecins généralistes parfois mettent en place un réseau à la demande d'un tiers « *les patients sont rentrés dans le réseau, adressés là-dedans par un confrère et c'est moi qui ai été contacté par le réseau* » (M6).

Par l'intermédiaire des EHPAD avec le médecin coordinateur « *SPHERE c'est venu au travers les EHPAD, ce n'est pas moi qui vais avoir le réflexe, c'est plutôt les « médecins co » qui vont en parler.* » (M3).

Ou alors à la demande des infirmiers « *Pour ce qui est de plaie et cicatrisation par exemple, ça peut être une demande qui vient des infirmières qui voient le patient tous les jours, alors qu'on voit le patient tous les 15 jours ou tous les mois pour une plaie complexe, et à partir du moment qu'elles se sentent embarrassées par une plaie c'est elles qui sollicitent* » (M2) ; « *Ce n'est pas toujours de ma demande, parfois c'est l'infirmier qui propose avec plaie et cicatrisation* » (M5) ; « *Parfois pour plaie et cicatrisation les infirmiers demandent.* » (M7).

Les patients peuvent aussi rentrer par l'intermédiaire de l'hôpital, suite à une hospitalisation « *SPHERE je crois que c'est l'hôpital qui l'a mis en place avant moi.* » (M1) ; « *Parfois suite à une hospitalisation.* » (M5) ; « *A la sortie d'hôpital, là j'ai un monsieur qui avait un cancer, il y avait un réseau en place aussi mais je ne sais plus le nom...* » (M8). Ou encore suite à une consultation « *je l'ai envoyé en consultation plaie et cicatrisation à l'hôpital en sachant qu'il y avait 9 chances sur 10 pour qu'ils ne le gardent pas, ce que je ne voulais pas d'ailleurs, et qu'il revienne au domicile*

avec le réseau » (M6) ; « notamment une consultation en gériatrie à l'hôpital local de Clermont l'Hérault, je pense que c'était le gériatre qui avait dû solliciter la MAIA » (M7).

Les médecins généralistes disent que c'est rarement une demande du patient « *Ce n'est pas toujours de ma demande, parfois c'est l'infirmier qui propose avec plaie et cicatrisation ou bien les patients » (M1).*

2. Non utilisation

a) Méconnaissance des réseaux

Les médecins généralistes expliquent qu'ils n'utilisent pas les réseaux de santé par méconnaissance « *ne m'en sers pas autant, c'est sûrement par manque de connaissance, qu'est-ce qu'on peut en attendre, il aurait fallu que j'étudie un peu plus la brochure, je l'ai vue, je l'ai mise de côté et je ne l'ai même pas ouverte. J'ai vu qu'il y en avait plein mais oui je pense que c'est vraiment un problème de connaissance. » (M5).*

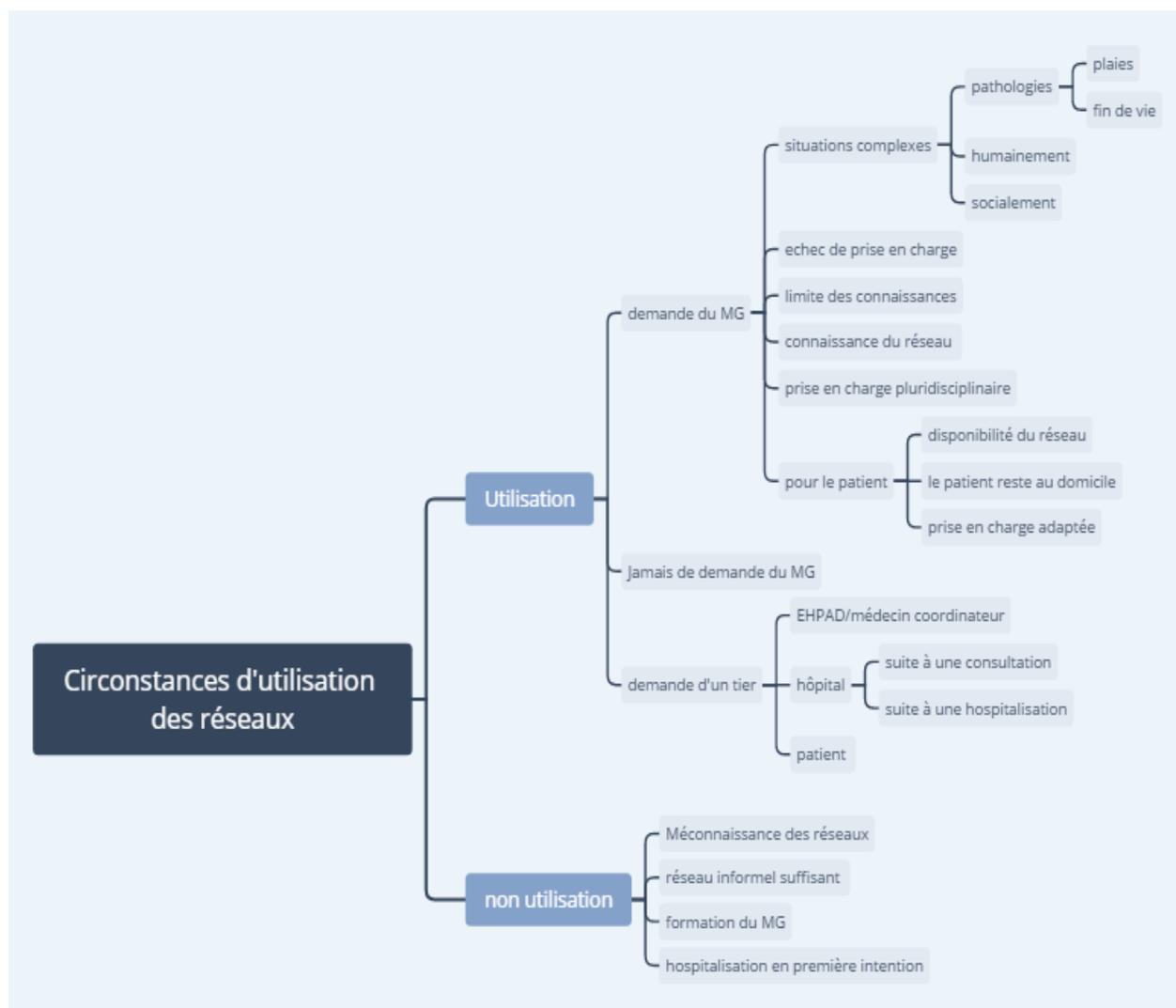
b) Réseau informel suffisant

Certains trouvent que leur réseau informel leur suffit « *J'arrive à appliquer les recettes du réseau avec mon réseau informel. » (M6) ; « Parce que en fait on a tellement l'habitude de se démerder seul sérieux, on a notre réseau à nous » (M8).*

c) Formation/expérience du médecin généraliste

Des médecins jugent que par leur formation ils ne ressentent pas le besoin de faire appel à un réseau de santé « *Je n'ai jamais demandé car je n'en ai pas eu besoin, par mon parcours. » (M6) ; « il y a des fois, je ne vois pas l'intérêt de remettre encore des acteurs, de remettre des trucs parce que parfois je trouve que je m'en sors bien. » (M8).*

3. Cartographie



E. Rôle et place du médecin généraliste

1. Travail du médecin généraliste avec le réseau

a) *En parallèle*

Certains médecins généralistes trouvent qu'il n'y a pas réellement un travail de coordination avec les réseaux « *Ils ont un rôle à côté du notre, on est plus en parallèle que travaillant ensemble, par contre après c'est juste un ressenti (...) J'ai plus la sensation qu'on fait chacun notre travail mais pas ensemble* » (M3).

Certains se sentent même mis de côté « *L'impression d'être la dernière roue du carrosse* » (M3) ; « *je pense que le médecin doit rester au centre du dispositif, ce n'est pas toujours le cas pour des raisons x ou y* » (M4) ; « *Souvent on est trop mis de côté* » (M6).

Et parfois n'avoir qu'un rôle consultatif laissé par le réseau « *c'était presque plus un avis consultatif au milieu, j'étais presque plus nécessaire en fait parce qu'elles (infirmières) avaient pris ça en main avec eux (réseaux) directement* » (M4).

Certains médecins signalent que ce manque de coordination, de la place qui leur est accordée, peut aussi être due aux médecins généralistes par manque de temps « *mais de ma part aussi et le manque de temps* » (M3) ou d'investissement « *ni de mon côté ni du leur* » (M3) ; « *en tant que médecin généraliste on peut être plus ou moins impliqué* » (M6).

b) *En coordination*

D'autres médecins généralistes à l'inverse trouvent que c'est un travail en coordination grâce à leur rôle de pivot dans la prise en charge du patient « *Elle est très correcte, je me considère comme ayant un rôle pivot du soin pour le patient et dans ce rôle de pivot on est sollicité à sa juste mesure* » (M2) ; « *En général ils demandent le plus souvent notre avis, c'est assez central, ils nous impliquent le plus possible même justement quand ce n'est pas moi qui les ai sollicités (...) C'est un travail en coordination.* » (M7) ; « *Il y a un souhait de communication, coordination* » (M9).

c) *Communication*

La plupart du temps la communication se fait par mail, par téléphone ou par courrier « *On communique soit par courrier soit par téléphone ça arrive. Des fois, quand c'est plaie et cicatrisation ça peut être par mail* » (M3) ; « *On communique par mail ou en général j'ai les portables des médecins* » (M4) ; « *On communique sous forme de cahier, de courrier, par téléphone* » (M9).

des fois... » (M9). De temps en temps par des réunions « Pour ce patient à moi en question on a fait une réunion en début d'année avec les infirmiers, le réseau SPHERE et moi, on a pris une heure dans le cabinet pour faire ça. » (M10).

Certains médecins généralistes disent qu'il manque un référent pour communiquer avec un réseau de santé « Et puis on ne sait pas toujours qui est l'intervenant, quel est l'intervenant du jour, on n'a pas de référent ou en tout cas on ne les connaît pas » (M3).

Alors que d'autres à l'inverse disent avoir pu communiquer avec un référent « Souvent il y a un référent, on l'appelle et puis il gère c'est assez simple. » (M5).

Un médecin généraliste s'est exprimé sur ce sujet en mettant en avant le fait que la communication ne soit pas systématique « Je trouve que la communication n'est pas systématique » (M3).

Pour certains médecins généralistes la communication est difficile « pas forcément joignable facilement » (M1) et impersonnelle « Souvent communication par courrier, (...) ça reste impersonnel » (M6).

Alors que pour d'autres elle est au contraire facile « on s'appelle très facilement surtout dans les situations en fin de vie ou ça peut rapidement dégénérer » (M4).

2. Lien entre médecins généralistes et le patient au sein du réseau

a) Pas de perte de vue du patient

Parmi les médecins généralistes interrogés il y a ceux qui n'ont pas la sensation de perdre de vue leurs patients une fois qu'ils sont dans un réseau de santé « Je ne me sens pas dépossédé du patient » (M2) ; « Je n'ai pas l'impression que le patient m'échappe, absolument pas (...) Je suis toujours leur médecin traitant (M3) ; « J'ai l'impression de continuer à suivre mon patient de ne pas le perdre de vue » (M9).

b) Perte de vue du patient

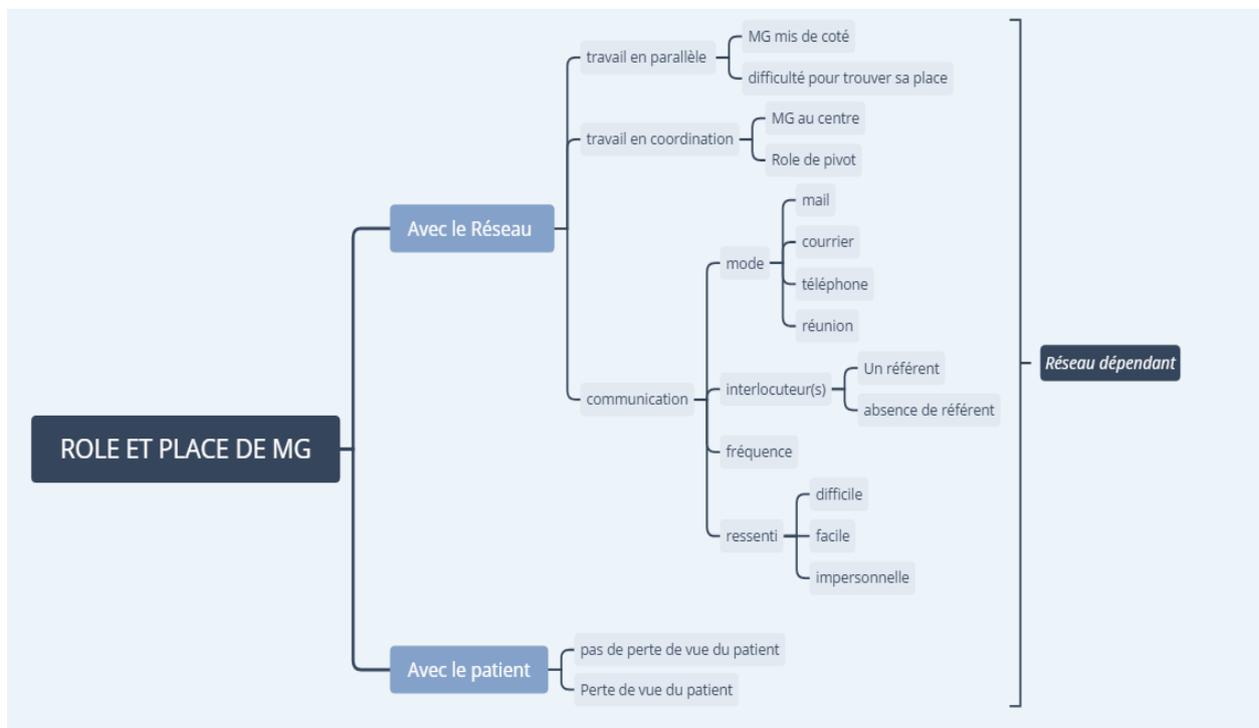
Alors que d'autres au contraire ont l'impression de perdre leurs patients, de ne plus être acteur de leur prise en charge « je ne veux pas généraliser d'avoir des patients qui nous échappent comme ça et du coup ... j'ai eu un cas comme ça pour un patient avec plaie et cicat LR pour une plaie, je leur avais demandé de me tenir au courant de m'envoyer des photos par mail, pouf je

n'ai jamais rien eu » (M6) ; « Il y a une perte du patient mais ce n'est pas forcément à cause du réseau à chaque fois. » (M8).

3. Réseau dépendant

Il est parfois difficile de généraliser pour les médecins car les réseaux de santé sont différents les uns des autres « *C'est très réseau dépendant* » (M6) ; « *Parfois ça se passe super bien parfois on se sent un petit peu à l'écart (...) Je n'aime pas les généralités car en fonction des réseaux c'est différent* » (M8) ; « *C'est difficile de faire une généralité car les réseaux sont très différents les uns des autres* » (M9).

4. Cartographie



F. Apport du réseau

1. Pour le médecin généraliste

a) Une aide médicale

Pour les médecins généralistes un réseau de santé est une aide médicale grâce à un apport de nouvelles connaissances « *Quand moi je suis limité en connaissance, ce qui arrive, les plaies je n'y connais rien du tout par exemple* » (M3) ; « *Une aide dans les domaines dont je ne maîtrise pas complètement le sujet* » (M8) ; « *sur des trucs techniques, j'ai eu des patients avec des pousse-seringues à domicile* » (M10).

Ils reçoivent un avis d'expert « *C'est très pratique c'est des gens qui sont spécialisés* » (M7) ; « *Ça m'apporte une expertise que je n'ai pas forcément, croc santé ça va être la diététicienne qui apporte plein de choses en termes d'information et d'éducation au patient* » (M9).

C'est aussi pour les médecins généralistes un gage de qualité « *Justement cette sorte de label de qualité en étant sure de faire appel à des personnes qui maîtrisent leur sujet* » (M7).

Une aide continue « *C'est un soutien technique, professionnel dans le sens un avis expert mais très régulier. Pas juste quand on envoie à un spécialiste, on a un avis et après il faut redemander si on a des questions, là il y a quelque chose qui se met en place de très continu* » (M3).

b) Une aide psychologique

Ils expriment aussi le fait qu'un réseau de santé peut leurs apporter un soutien psychologique et par se fait une réassurance « *J'ai plus l'impression que c'est rassurant de savoir qu'il y a quelque chose de très suivi de très carré qui s'est mis en place* » (M3) ; « *Psychologique aussi quand même, en particulier dans les fins de vie, pour ne pas nuire, d'être dans la bonne démarche, ça rassure* » (M4) ; « *Alors quand c'est des gros truc lourd cancéreux, ça peut être un soutien* » (M8).

A l'aide d'un travail en équipe « *Mettre quelque chose en place en groupe parce qu'en ville on est très seul* » (M3) ; « *il y a quelqu'un d'autre qui m'aide* » (M5).

c) Une aide logistique

Beaucoup des médecins généralistes trouvent que ça leurs apporte une aide logistique « *Une aide logistique* » (M4) ; « *Parfois ça met des moyens en route qu'on n'a pas forcément, si c'est des trucs qu'on n'a pas en ville que ce soit pharmaceutique ou appareillage* » (M8).

d) *Une aide sur le temps utilisé*

Pour certains médecins généraliste le réseau peut être un gain de temps « *Si c'est un réseau efficace, c'est vraiment un gain de temps concrètement car je suis plus efficace, ils vont prendre en charge certaines choses donc me soulager un petit peu* » (M4) ; « *C'est un gain de temps dans le sens où si nous on essaye de faire tout ça tout seul ça serait hyper chronophage ça c'est sûr.* » (M9).

Pour certains médecins le fait de travailler avec un réseau de santé peut être chronophage mais ce temps passé est bénéfique et nécessaire « *il y a forcément un temps pris pour ça oui il y a des mails et tout, mais un temps perdu ça serait un temps qui n'apporte rien au patient* » (M4) ; « *ça prend du temps aussi parce que justement quand il faut faire une réunion pour parler du patient, ça ne se fait pas en cinq minutes sur un coin de table, donc ça prend du temps aussi mais en même temps c'est des situations qui le nécessitent* » (M7).

2. Pour le patient

a) *Aide médicale*

Le réseau permet une meilleure prise en charge des patients pour les médecins généralistes. Ils disent que c'est avant tout une aide médicale à leur pratique en apportant une qualité sur la prise en charge du patient « *C'est un gain en qualité de soin pour le patient* » (M2) ; « *Le patient est mieux pris en charge* » (M3).

Il permet aussi un maintien au domicile du patient. Le réseau permet d'éviter à leurs patients de multiplier les consultations « *Ça permet de moins aller voir les gens pour certaines choses, ça limite le nombre de visites (...) ça évite d'envoyer le patient à faire je ne sais pas combien d'exams, de le revoir je ne sais pas combien de fois* » (M3) ; « *Multiplier les rendez-vous ça n'apporte rien à personne* » (M7). Il permet aussi d'éviter à leurs patients des passages aux urgences « *Ce qu'on veut toujours éviter s'est d'envoyer aux urgences générales parce que ça va prendre du temps, sur un brancard et tout, quand il est dans un réseau il a un bout de pied dans une structure hospitalière, pas forcément pour une hospitalisation mais pour un examen complémentaire ou un avis spécialisé, ils ont une entrée privilégiée* » (M6).

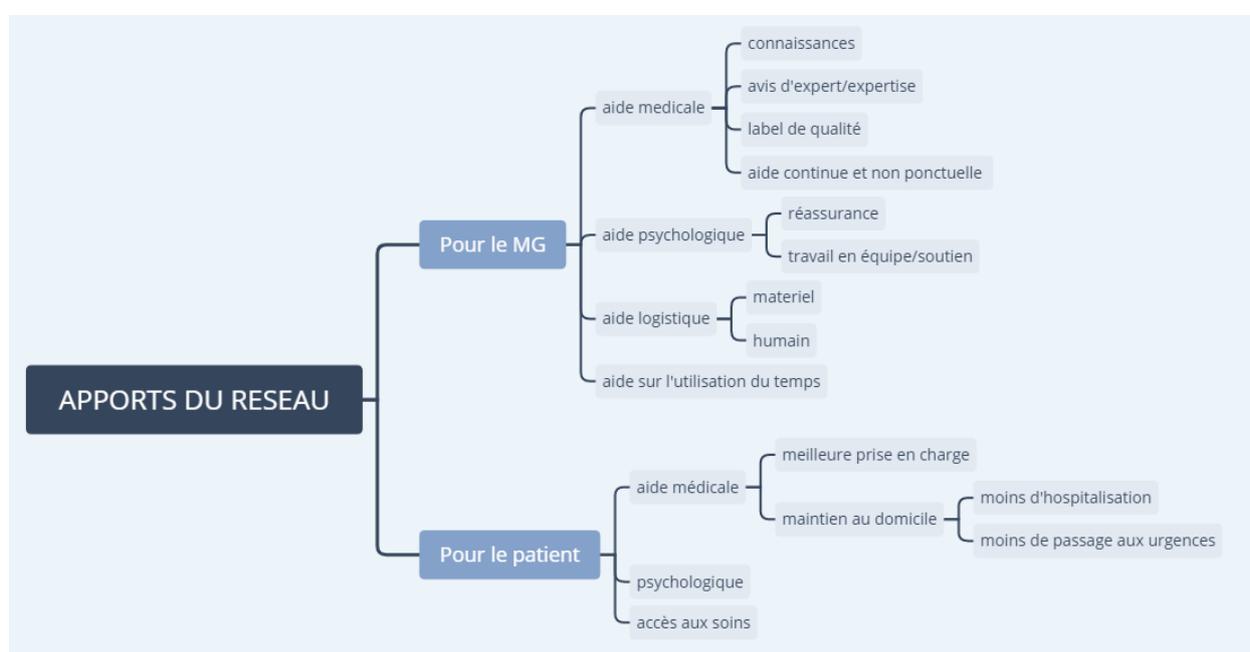
b) Aide psychologique

Le réseau peut être un soutien en plus pour leurs patients « ça les rassure de savoir qu'on s'occupe d'eux, qu'on a fait appel à quelqu'un qui s'y connaît vraiment, ça les rassure énormément » (M3).

c) Un accès aux soins

Un médecin généraliste interrogé a aussi exprimé le fait qu'un réseau peut permettre l'accessibilité à certains spécialistes qui ne sont pas remboursés et auxquels certains patients n'ont pas accès habituellement « pour le réseau SPHERE de soins palliatifs ils ont aussi un psychologue et pour certains patients ça peut être le seul moyen de voir le psychologue car ce n'est pas remboursé (...). Et pour beaucoup de patients ça fait une grosse différence que ce soit remboursé » (M7) ; « je sais que ça peut être plus facile par leurs biais car il y a un psychologue » (M11).

3. Cartographie



G. Réseau de santé et l'ambulatorio

1. Adapté

La plupart des médecins généralistes trouvent que les réseaux de santé sont adaptés à leurs pratiques ambulatoires « *C'est adapté à la pratique ambulatoire, c'est même principalement adapté à la pratique ambulatoire, c'est vraiment les médecins de ville que c'est censé le plus aider* » (M3) ; « *Oui c'est adapté à la pratique ambulatoire* » (M6).

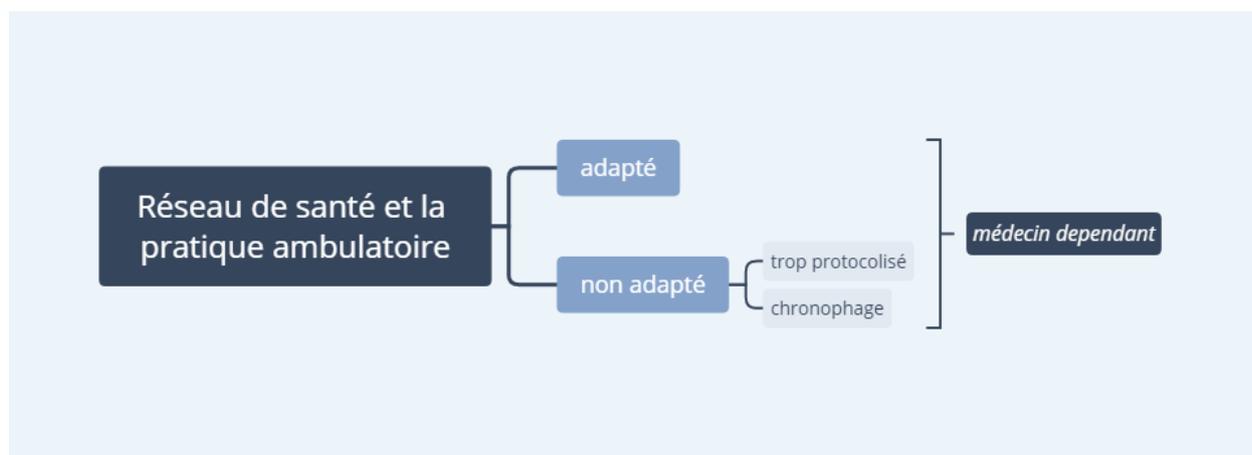
2. Non adapté

Cependant quelques médecins généralistes trouvent les réseaux « trop hospitaliers », non adaptés aux pratiques ambulatoires, en ne prenant pas le patient dans sa globalité « *J'ai l'impression que le réseau reproduit au domicile ce qui se passe en hospitalisation, il s'occupe du problème de pourquoi il est là et tous les autres problèmes qui peuvent exister autour sont mis de côté* » (M6) ; Et en étant trop protocolisés et donc ne s'adaptant pas à l'emploi du temps ambulatoire « *Sur plaie et cicatrisation c'est compliqué sur leur mise en œuvre c'est très protocolisé* » (M10). Et chronophages pour la pratique ambulatoire où le temps passé avec les réseaux n'est pas pris en compte dans leur temps de consultation « *Pour moi ce n'est pas un gain de temps c'est plutôt chronophage* » (M2) ; « *le problème de tous ces réseaux c'est qu'eux, ils sont plutôt hospitaliers donc ils ne comptent peut-être pas trop leur temps, des fois c'est un peu compliqué de s'intégrer dans un emploi du temps libéral.* » (M10).

3. Médecin du réseau dépendant

Les médecins généralistes ont cependant encore du mal à généraliser car les réseaux sont tous différents « *C'est très médecin dépendant, ça dépend du médecin qui est dans le réseau, si c'est un médecin purement hospitalier, vu qu'il n'a jamais eu cette expérience, il ne peut pas comprendre complètement ce que c'est de prendre en charge un patient à domicile, ce n'est pas comme une hospitalisation. Quand c'est un médecin qui a eu une expérience ambulatoire libérale, oui là il n'y a aucun problème ils savent de quoi on parle. C'est médecin enfin intervenant dépendant.* » (M6).

4. Cartographie



H. Attentes des médecins généralistes de la part des réseaux

1. Envers les médecins généralistes

a) Travail en coordination

Les médecins généralistes souhaitent un travail en coordination avec les réseaux de santé et qui leur permette ainsi de trouver leur place et d'être impliqués « *Un réseau, de mon point de vue, ça doit vraiment être un soutien et pas un substitut à notre action (...) je pense qu'il y a un travail à faire sur la coordination* » (M4) ; « *Il faut faire un vrai travail de coordination. Il faut que ce soit un échange. Parce que nous aussi on a nos pratiques, on connaît nos patients, on a notre expérience* » (M8).

b) Être au centre de la prise en charge

Ils souhaitent ainsi rester au centre de la prise en charge de leurs patients « *qu'on soit contacté par le médecin ou infirmière coordinatrice du réseau et qu'on discute de comment on peut travailler ensemble parce que c'est des patients qu'on suit à leur domicile (...) On parle beaucoup dans tout ce qui est média, institutionnel, le ministère de la santé tout ça que le médecin traitant doit rester au centre de la prise en charge, c'est bien des mots, c'est bien quand ça reste des faits* » (M6) ; « *je pense que le médecin doit rester au centre du dispositif (...) J'aimerais être considérée comme au centre, un pilier référent du patient, (...) que le réseaux vient soutenir mais dont il ne vient pas prendre la place* » (M4) ; « *être un acteur, un des acteurs principaux.* » (M8).

c) Apport de connaissance / avis spécialisés

Ils attendent que le réseau leur apporte des avis spécialisés « *Avis supplémentaire par rapport à ma pratique* » (M2) ; « *Cette sorte de label de qualité en étant sûre de faire appel à des personnes qui maîtrisent leur sujet, plutôt que d'envoyer un peu au hasard* » (M7) ; « *Une aide voilà avant tout et quand même de pouvoir échanger avec les professionnels* » (M10).

d) Apport de technicité

Ils attendent que le réseau puisse leur permettre la mise en place de moyens au domicile non réalisable sans leur aide « *C'est surtout la technicité qu'on ne peut pas avoir en ville.* » (M1).

e) *Ne pas être seul / soutien psychologique*

Et en faisant appel à un réseau ils espèrent se sentir moins seuls pour gérer des cas complexes « *De ne pas me retrouver tout seul, de pouvoir faire appel ponctuellement à un avis spécialisé sur une pathologie particulière ou une prise en charge particulière.* » (M5); « *Le travail en équipe et l'expertise de chacun. Soutien psychologique pour les soins palliatifs* » (M9).

f) *Répondre à la question posée*

« *D'apporter la réponse à la question posée* » (M1).

g) *Améliorer les relations ville hôpital*

Un médecin interrogé souhaite que le réseau puisse faciliter les relations ville hôpital « *C'est vrai que tout ce qui est relation ville hôpital c'est vraiment super. (...). On devrait, nous, avoir accès à l'hôpital, eux ils devraient aussi avoir accès... Tout ce qui est rencontre médicale est forcément bénéfique* » (M5).

2. *Envers leurs patients*

Ils attendent aussi du réseau une aide au maintien du patient au domicile « *M'aider à faire en sorte que le patient reste chez lui et que le problème soit réglé en restant à domicile.* » (M6).

3. *Envers les réseaux de santé*

a) *Meilleure communication*

Ils souhaitent une meilleure communication avec le réseau, qu'elle soit orale « *Mieux communiquer avec nous (...) Mieux communiquer en interne, le coup de fil, communication orale plutôt que papier.* (M6) » ; qu'elle soit plus facile, efficace et surtout rapide « *Ce qui est important c'est la facilité de les contacter et le délai de réponse* » (M4) ; « *Nous on a besoin que ça aille vite, j'ai besoin d'avoir le contact, de pouvoir l'appeler, les gens qu'on ne peut pas joindre j'oublie* » (M5).

b) *De mieux les connaître*

Les médecins généralistes souhaitent être mieux informés sur les différents réseaux existants autour d'eux, pour mieux les connaître « *Plus de communication car il y a des réseaux que, je pense, je ne connais pas, alors comment ? Je ne sais pas, (...) mais faire en sorte de toucher tous*

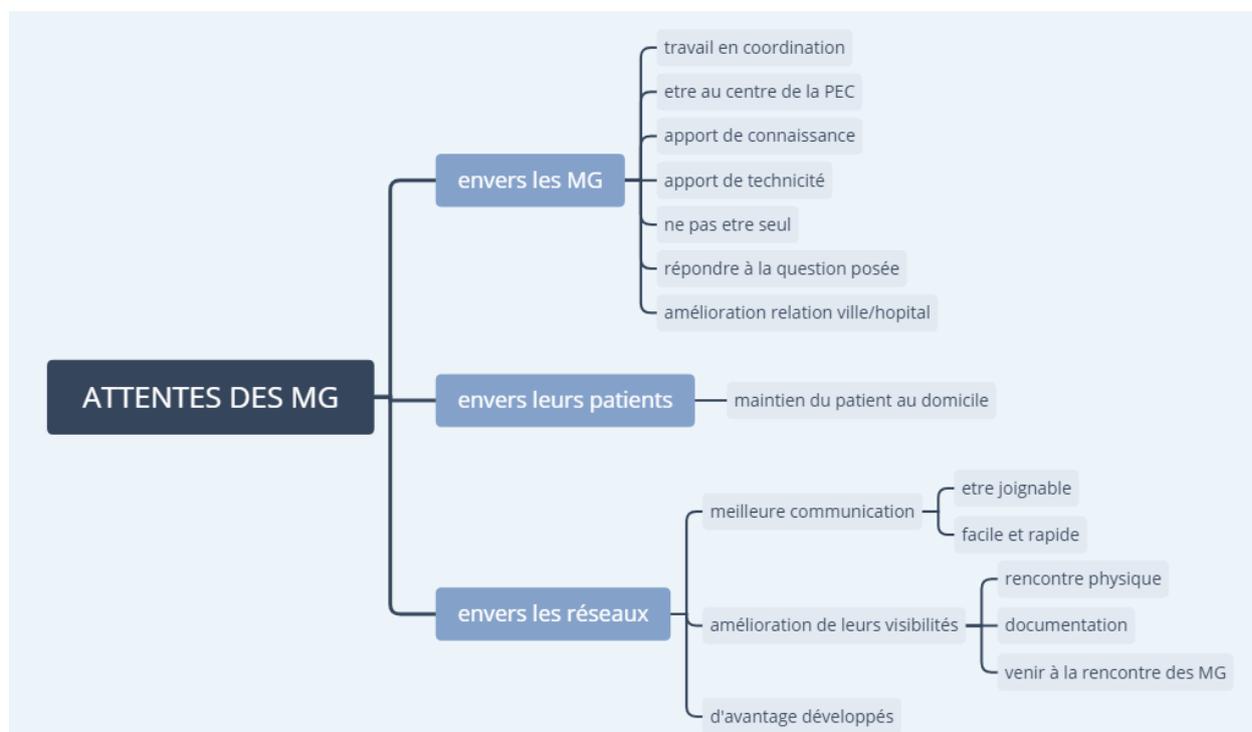
les médecins dans un territoire de soins. » (M6) ; « Se présenter même si c'est ponctuellement » (M8) ; « ce serait peut-être intéressant de savoir qui s'occupe de quoi » (M10).

Ils aimeraient que ce soit les réseaux de santé qui viennent à leur rencontre « Quand c'est les gens qui viennent à nous, c'est quand même pratique » (M3) ; « Il faudrait qu'on se rencontre, il faudrait faire des soirées, se rencontrer, discuter voir comment ça marche, qu'est-ce qu'on peut en tirer. Il devrait y avoir une foire aux réseaux pendant une journée » (M5) ; et ainsi les rencontrer physiquement « De se rencontrer davantage, c'est beaucoup des gens que j'ai par téléphone mais que je n'ai pas forcément rencontrés » (M9).

c) Développer les réseaux

Beaucoup des médecins généralistes expriment l'envie que les réseaux de santé soient davantage développés « Ça demande à être davantage développé (...) Il y a des domaines dans lesquels, à ma connaissance, il n'y a pas de réseaux qui existent pour lesquels ce serait très bien. » (M2).

4. Cartographie



IV. Discussion

A. Limites

1. Liées à la méthode

a) *Biais de sélection*

Nous avons essayé dans cette étude de recruter un panel de médecins généralistes pour avoir une variété de points de vue. Ce fut un recrutement sur la base du volontariat et, de ce fait, les médecins généralistes rencontrés étaient probablement intéressés et avaient donc un minimum de connaissance du sujet. De plus, par le recrutement de l'entourage professionnel, il est possible que certains aient accepté de répondre par sympathie.

Dans cette étude notre population a une moyenne d'âge de 40 ans (sachant qu'un des médecins n'a pas voulu communiquer son âge). Et nous avons 2 hommes pour 9 femmes (soit 82% de femme). En Occitanie la moyenne d'âge des médecins généralistes en 2016 est de 52,2 ans avec une proportion de 46,1% de femme (29). Le fait que ma population ne soit pas représentative de la population générale, en termes d'âge et de sexe, peut s'expliquer par la faible taille de ma population (11 médecins). Les médecins plus jeunes acceptent plus facilement de participer aux entretiens, probablement par sympathie. En effet, le souvenir de leur propre thèse n'est pas si loin et ils se rappellent encore la difficulté d'avoir des réponses. Ils répondent aussi plus facilement peut être par le fait d'être plus intéressés par le sujet. En effet l'officialisation des réseaux de santé date d'il y a 16 ans. On peut imaginer que les médecins plus jeunes ont été plus à même à travailler avec des réseaux de santé.

Les femmes sont aussi plus représentées dans cette étude. On sait que les femmes envisagent l'exercice en groupe à 90% alors que 22% des hommes veulent travailler seuls (30). On peut imaginer que le sujet des réseaux de santé les intéresse davantage que les hommes.

b) *Biais d'interprétation*

L'analyse qualitative est une analyse interprétative et inductive. J'ai réalisé moi-même les entretiens semi-dirigés, leur retranscription et l'analyse. Au vu de ma faible expérience il peut y avoir un biais d'interprétation.

2. Liées au thème de l'étude

Comme précisé par quelques médecins interviewés et dans l'introduction, il est difficile de pouvoir faire des généralités au vu des différences d'organisation ou intervenants (référents) entre les réseaux. La question de cette grande diversité de réseaux a été soulevée plusieurs fois, que ce soit dans une thèse de 2008 (31) « *chaque réseau est structuré en fonction des particularités de son territoire, des ressources médico-sociales disponibles, du passif relationnel des acteurs, des spécificités liées à sa thématique, des moyens alloués, etc.* » ou encore dans le guide méthodologique de 2012 « *En raison de leur spécialisation par pathologie ou par population, le panorama des réseaux de santé est très éclaté* » (12).

De plus il peut exister une confusion avec les autres acteurs intégrant un rôle de coordination comme les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ce que confirme la littérature (32). Cette notion a été soulevée lors de mes deux premiers entretiens, j'ai donc rajouté la question sur la définition du réseau de santé après mes deux premiers entretiens pour pouvoir ensuite rebondir dessus et bien recentrer le sujet d'étude sur les réseaux de santé. Et éviter au mieux ce biais.

B. Discussion des résultats

1. Lisibilité et visibilité des réseaux de santé

La plupart des médecins généralistes interrogés dans notre étude semblent comprendre les objectifs des réseaux de santé comme l'a déjà montré la littérature (33).

La plupart des médecins disent avoir eu connaissance par le « bouche à oreille », par l'intermédiaire des confrères, des paramédicaux ou des structures médicales. Ils disent ne pas avoir eu de documentation, d'annuaire ou encore de rencontre. Ils expriment l'absence de communication par les réseaux. Et par ailleurs ce manque de visibilité est un frein à l'utilisation des réseaux par les médecins généralistes. C'est aussi un frein pour remplir l'un des nombreux rôles du médecin généraliste « orienter ses patients, selon leurs besoins ». Pour cela les médecins doivent connaître les différentes solutions qui peuvent être proposées à leurs patients.

Pourtant, depuis 2017, l'une des actions du Résod'OC est de rendre visibles et lisibles les réseaux de santé pour les professionnels de santé de l'Occitanie EST (ancien Languedoc Roussillon). Il a notamment mis en ligne en Mai 2017 le site internet du collectif regroupant les différents réseaux pour mettre en avant leurs compétences d'appui aux professionnels de santé. En Septembre

2017, il a aussi diffusé un annuaire, qui référence tous les réseaux et leur zone géographique d'intervention, à plus de 2700 médecins généralistes de l'Occitanie Est (23). Cependant un seul médecin a rapporté avoir reçu un annuaire. On peut, peut-être expliquer cela par le fait que si l'on reçoit l'information à un moment où on n'en a pas besoin, on la met de côté et on l'oublie. Les médecins généralistes interrogés disent aussi que les réseaux ne viennent pas à leur rencontre. Résod'OC a organisé depuis juin 2017 deux soirées thématiques pour permettre aux réseaux d'aller à la rencontre des professionnels de santé de premier recours. La première réunion a eu lieu dans le Gard (à Saint Hippolyte du Fort) et la deuxième dans les Pyrénées-Orientales (à Perpignan). Pour rappel, nous n'avons interrogé que des médecins généralistes exerçant dans l'Hérault, ce qui explique pourquoi ils n'ont pas eu accès à ces soirées thématiques (23).

Ces mesures mises en place afin d'améliorer la visibilité des réseaux sont récentes. Les entretiens pour cette étude ont démarré en Mai 2018, ce qui peut expliquer que les actions menées par Résod'OC depuis 2017 n'aient pas encore vu leurs effets sur le terrain. Cependant on peut envisager une amélioration dans les années à venir. Ce qui va dans le sens de la demande des médecins généralistes. Et pourrait diminuer le frein à l'utilisation des réseaux de santé par les médecins généralistes.

La visibilité des réseaux de santé de l'Hérault reste à être améliorée pour les médecins généralistes, mais l'on peut espérer une amélioration dans un avenir proche grâce aux différentes missions organisées par le Résod'Oc.

2. Place et rôle du médecin généraliste

Le ressenti des médecins interrogés sur leur rôle et leur place au sein d'un réseau est assez hétérogène. Il y a ceux qui se sentent mis de côté lorsqu'un réseau de santé se met en place autour d'un patient et, à l'inverse ceux qui se sentent toujours comme « un pivot » dans la prise en charge du patient.

Ces avis contradictoires dans notre étude peuvent s'expliquer par l'hétérogénéité des réseaux de santé comme déjà identifié dans la littérature et cité plus haut (12). Le fait que chaque réseau soit différent, avec son propre mode de fonctionnement, sa propre thématique et que chaque médecin généraliste ait sa propre expérience avec tel ou tel réseau, peut expliquer le fait de ne pas retrouver des résultats homogènes. D'ailleurs dans la littérature il a été mis en avant la

différence de perception des médecins généralistes sur la valeur ajoutée des réseaux, suivant qu'ils avaient déjà travaillé avec un réseau ou non. La perception de valeur ajoutée est moins visible quand le médecin n'a pas eu d'expérience avec un réseau (33) (34).

Le réel déterminant pour les médecins généralistes interrogés, à propos de leur rôle et de leur place au sein d'un réseau, est le travail en coordination. D'ailleurs la coordination est l'un des objectifs principaux des réseaux de santé comme exprimé dans le guide méthodologique (12).

L'absence ou l'insuffisance de coordination pour les médecins généralistes vient surtout d'un manque de communication, parfois trop lente, non adaptée à la pratique ambulatoire et à l'absence de référent retrouvé. Ils se sentent alors shuntés et par conséquent dépossédés de leurs patients. L'ANAES en 2011 lors de l'évaluation des réseaux avait conclu que la fonction de coordination est souvent mal définie au sein des réseaux et entraîne des difficultés de fonctionnement (21).

Cependant ils acceptent volontiers que parfois cela puisse venir d'eux, par le manque de temps pour communiquer et travailler avec le réseau, comme déjà exprimé dans la littérature (35). Cette notion « d'activité collective » a d'ailleurs été caractérisée comme coûteuse en temps et non naturelle. L'engagement des professionnels a été dépeint comme un effort difficile d'après les résultats de l'évaluations des réseaux par l'ANAES de 2011 (21).

La coordination est le pilier principal pour permettre au médecin généraliste de trouver sa place au sein d'un réseau de santé, celle-ci exige une bonne communication et de pouvoir y consacrer du temps. Temps parfois difficile à trouver dans la pratique ambulatoire.

De plus les médecins généralistes qui ont l'habitude de travailler seuls et qui ont créé leur propre réseau dit informel, ont probablement besoin d'un temps d'adaptation à une structure formelle. Il peut y avoir des difficultés à partager la prise en charge du malade : à trouver des logiques communes, à déterminer à qui « appartient » le patient et qui doit décider des soins, à définir les responsabilités dans les soins. Notions qui ont été rapportées dans la littérature (35).

On peut imaginer que cela demande une forte implication de la part du médecin généraliste, voire un changement d'habitude de travail, une adaptation des pratiques et donc du temps.

Le travail en coordination peut demander un temps d'adaptation avec des ajustements pour que tous les intervenants y trouvent leur place.

3. Apports et attentes des médecins généralistes

Quelques médecins disent ne rien attendre des réseaux de santé car ils ont leurs réseaux informels qui permettent déjà de rassurer le patient, de partager des décisions ou des responsabilités, de déléguer ce qui sort du champ des compétences comme cité dans la littérature (36).

Cependant la plupart des médecins soulignent l'aide apportée par les réseaux de santé. En effet les réseaux de santé leur apportent des connaissances médicales avec un avis « d'expert » ; un travail en équipe et ainsi, par la même occasion, un soutien psychologique dans leur travail ; et permettent de faciliter le maintien au domicile du patient. Ces différents apports sont retrouvés aussi dans ce qu'attendent les médecins généralistes des réseaux, ce qui est un bon point. Car on peut dire que les réseaux répondent donc aux attentes des médecins généralistes pour ces aspects.

A l'inverse parfois, les attentes ne sont pas satisfaites par les apports. Comme le travail en coordination, manquant ou insuffisant pour certains médecins généralistes, ou comme le besoin de rester au centre de la prise en charge du patient. Ils trouvent que le travail se fait plutôt en parallèle avec leur travail, avec un manque de prise en compte de leur avis. Pourtant le médecin généraliste est souvent le plus à même de connaître le patient et surtout son environnement. Et c'est alors qu'ils perdent leur rôle de pivot dans la prise en charge de leurs patients. Notion qui avait déjà été mise en avant lors du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2006 (37) et de l'évaluation des réseaux dans le guide méthodologique de 2012 (12).

L'une des attentes qui fait pratiquement l'unanimité est d'être mieux informés sur les différents réseaux de santé qui existent autour d'eux. Ils souhaiteraient, pour cela, que ce soit les réseaux de santé qui viennent à leur rencontre. Par des rencontres physiques pour qu'ils puissent mettre des visages aux acteurs des réseaux. Ce qui commence à se faire à l'aide du collectif Résod'Oc, comme cité plus haut (23).

V. Conclusion

Les réseaux de soins sont amenés à se développer, au vu de l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population qui demande une prise en charge sur plusieurs champs, que ce soit médical, paramédical ou social. Avec des besoins multiples. Les médecins généralistes sont en première ligne.

Dans cette étude nous avons pu mettre en avant plusieurs motivations favorables à l'utilisation des réseaux de santé par les médecins généralistes :

- Amélioration du service rendu au patient :
par une prise en charge pluridisciplinaire adaptée et un maintien au domicile ;
- L'accessibilité au soin :
par le remboursement de certaines prestations comme le psychologue, l'ergothérapeute, le psychomotricien ;
- Un soutien pour le médecin généraliste :
que ce soit médical (avis d'expert, apport de connaissance et de logistique) ou psychologique (réassurance à l'aide d'un travail de multi professionnel).

Nous avons aussi identifié des freins à l'utilisation des réseaux de santé par les médecins généralistes :

- Une méconnaissance des réseaux existants,
- Une mauvaise compréhension des rôles,
- Une communication au sein du réseau identifié comme faible,
- Le manque de coordination,
- Un réseau formel suffisant.

Et enfin nous avons pu voir que les médecins généralistes montraient un réel intérêt pour les réseaux de santé dont ils attendaient beaucoup :

- Un travail en coordination avec une communication adaptée,
- Leur maintien au centre de la prise en charge du patient,
- Une aide pour le maintien au domicile de leurs patients,
- Facilitation des rencontres entre les médecins généralistes et les réseaux,
- Une meilleure connaissance des réseaux existants autour d'eux.

Pour le médecin généraliste qui se retrouve en première ligne, il est parfois difficile de gérer seuls des pathologies ou des situations sociales complexes. Il peut s'aider de son réseau informel, qu'il a développé au fur et à mesure de son expérience. Les réseaux ont été créés pour faciliter le travail du médecin généraliste. Même s'ils existent maintenant depuis plusieurs années, le mode de pratique en coordination n'est pas habituel pour certains médecins généralistes. On peut imaginer qu'il y a encore un besoin d'adaptation des pratiques à la fois du côté des réseaux de santé pour s'adapter à la pratique ambulatoire et du côté des médecins généralistes pour s'adapter à une pratique de travail en coopération et donc besoin de temps.

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent »

Hippocrate.

VI. Bibliographie

1. PELISSIER F. Le réseau en santé et l'assurance maladie. Université de Bourgogne; 2003.
2. Buttard A. L'évaluation du réseau en santé. Polit Manag Public. 25 oct 2011;(Vol. 26/4):87-110.
3. Vinas JM. Réseaux de santé et filières de soins. actualité et dossier en santé publique. sept 1998;
4. Poutout G. Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens. Sociol Prat. 2005;11(2):33-54.
5. Ordonnance n° 45-2259 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.
6. Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
7. Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L 712-3-2 du code de la santé publique).
8. Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale).
9. ANAES (1999). Principes d'évaluation des réseaux de santé. Direction de l'Evaluation de l'ANAES; 1999.
10. Direction générale de l'offre de soin. Les chiffres clés 2018 de l'offre de soins [Internet]. 2018 [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-chiffres-cles-2018-de-loffre-de-soins>
11. Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 16246 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.
12. Direction générale de l'offre de soins. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
13. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins | Legifrance.
14. Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. (F.I.Q.C.S.). FRA. Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Rapport d'activité 2011. Paris: FIQCS; 2012 sept p. 77p.
15. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
16. Bruyère C. Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé ? Manag Avenir. 2009;26(6):160-76.
17. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
18. Cabé M-H. La santé en réseaux: quelles innovations ? 2005.

19. Le plan cancer [Internet]. Gouvernement.fr. 2003. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-cancer>
20. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
21. ANAES (2001). Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique. Mission d'évaluation des réseaux de soins; 2001.
22. ANAES (2004). Réseaux de santé: guide d'évaluation. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2004.
23. Résod'OC. Rapport d'activités. 2017.
24. Wonca Europe. La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille. 2002;
25. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
26. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et perte d'autonomie. 2011.
27. Lacoste O, Debeugny S. Les réseaux médicaux, sanitaires et sociaux locaux. Lille: ORS Nord-Pas-de-Calais. 1998;
28. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2016. (Collection U. Sciences humaines et sociales).
29. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2016 [cité 30 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
30. Kahn Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2006. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
31. Bruyere C. Les réseaux de santé en France : de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal. Université de la Méditerranée Aix Marseille II; 2008.
32. Bourret C. La santé en réseaux. Études. 2003;Tome 399(9):175-89.
33. BROCAS AM. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. ÉTUDES RÉSULTAT. août 2008;n°649.
34. Schweyer F-X. Réseaux de santé : vers une évolution de l'organisation des soins de proximité. Rev Prat Med Gen. 19 avr 2010;TOME 24(N° 840):314-5.
35. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. In: Singuliers généralistes [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 253-70. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-253.htm>
36. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Singuliers généralistes [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 55-74. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-55.htm>
37. Inspection Générale des Affaires Sociales. Contrôle et évaluation du fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation du développement des réseaux (DDR) - Rapport de synthèse. 2006.

VII. Annexes

A. Questionnaire d'entretien

Age :

Date d'installation :

Cabinet groupe/individuel :

Formation :

1 : Quel est votre définition d'un réseau de santé ?

2 : Comment avez-vous eu connaissance des réseaux de santé existants autour de vous ?

- *Quels sont les réseaux avec qui vous avez travaillé ?*
- *Leur organisation est-elle lisible est accessible ?*
- *La définition de leur rôle est-elle claire ?*
- *Comment faites-vous pour chercher l'existence d'un réseau ?*

3 : Dans quelles circonstances avez-vous eu recours à un réseau de santé ?

- *Demande de la famille, patient ?*
- *Demande de l'hôpital ? (Suite à une hospitalisation) ?*
- *A votre demande : Pathologie/ patient/ situation complexe ?*
- *Si pas de demande directe du médecin traitant, pourquoi ?*
- *Pourquoi préférer d'abord une hospitalisation*

4 : Que pensez-vous de la place et du rôle accordé au médecin traitant par les réseaux ?

- *Travail en coordination ?*
- *Avez-vous des comptes rendus/du courrier ? de quelle manière aimeriez-vous que se passe la communication ?*
- *Poursuite du suivi ou perte de vue du patient ?*
- *Comment aimeriez-vous être considéré par le réseau ?*

5 : Dans quelle mesure un réseau de santé a été une aide pour votre pratique et à l'inverse dans quelle mesure un réseau de santé n'a pas été une aide pour votre pratique ?

- *Aide médicale, connaissances ?*
- *Accessibilité aux examens complémentaires et spécialistes ?*
- *Gain ou perte de temps pour vous ? et pourquoi ?*
- *Financement ?*
- *Adaptation à la pratique ambulatoire ?*

6 : Qu'est-ce qu'un réseau de santé vous apporte dans votre pratique médicale ?

7 : Quelle est votre attente de la part d'un réseau de santé ?

8 : Qu'auriez-vous envie de dire de plus sur les réseaux de santé ?

SERMENT

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

Résumé

Introduction : Les réseaux se sont développés à partir de problématiques concrètes au cours de l'histoire. Leur développement est dû aux défaillances rencontrées face à un système de santé cloisonné. Les réseaux de santé ont un rôle de coordination de soins. Les médecins généralistes ont un rôle pivot dans le suivi du patient et la coordination de son parcours. Ils sont à même d'utiliser des réseaux de santé. L'objectif de cette étude est d'évaluer les attentes et les motivations des médecins généralistes de l'Hérault à l'utilisation des réseaux de santé et de comprendre les freins.

Méthode : Etude qualitative à partir d'entretiens individuels semi directifs, auprès des médecins généralistes de l'Hérault. Une analyse thématique a été effectuée et les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. 11 médecins ont été recrutés entre Février et Juillet 2018.

Résultats : La lisibilité et la visibilité des réseaux de santé n'est pas toujours évidente pour tous les médecins généralistes. La place et le rôle accordé aux médecins est réseau dépendant. Ils se sentent mis de côté lorsqu'il y a un manque de coordination de la part des réseaux, avec une communication non adaptée à leurs pratiques et l'absence de référent. Les réseaux peuvent être une aide médicale et un soutien psychologique dans leur pratique. C'est aussi un bénéfice pour leurs patients. Les médecins généralistes souhaitent rester au centre de la prise en charge de leurs patients et être mieux informés sur les réseaux de santé existants autour d'eux.

Conclusion : Le travail en coordination n'est pas habituel pour certains médecins généralistes. Elle nécessite une adaptation des pratiques du côté des réseaux de santé et du côté des médecins généralistes. Cette adaptation nécessitera du temps.

Mots clés : réseaux de santé, médecins généralistes, coordination, Hérault