



**HAL**  
open science

# Perception, constitution et utilisation de leurs réseaux de soins par les médecins généralistes libéraux de la région PACA : étude qualitative

Jonathan Leydet

► **To cite this version:**

Jonathan Leydet. Perception, constitution et utilisation de leurs réseaux de soins par les médecins généralistes libéraux de la région PACA : étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03463360

**HAL Id: dumas-03463360**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463360>**

Submitted on 2 Dec 2021

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

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



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Perception, constitution et utilisation de leurs réseaux de soins par les  
médecins généralistes libéraux de la région PACA : étude qualitative.**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 8 Novembre 2021**

**Par Monsieur Jonathan LEYDET**

**Né le 3 novembre 1992 à Brive-La-Gaillarde (19)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BERBIS Julie**

**Président**

**Madame le Docteur CAPARROS PINON Dominique**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur CASSELY Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle**

**Directeur**





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Perception, constitution et utilisation de leurs réseaux de soins par les  
médecins généralistes libéraux de la région PACA : étude qualitative.**

# **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 8 Novembre 2021**

**Par Monsieur Jonathan LEYDET**

**Né le 3 novembre 1992 à Brive-La-Gaillarde (19)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BERBIS Julie**

**Président**

**Madame le Docteur CAPARROS PINON Dominique**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur CASSELY Michel**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle**

**Directeur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

## PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

## EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

<b>1967</b>	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b>	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b>	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b>	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b>	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b>	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b>	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b>	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b>	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b>	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b>	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
<b>2000</b>	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
<b>2001</b>	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
<b>2002</b>	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
<b>2003</b>	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
<b>2004</b>	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
<b>2005</b>	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
<b>2006</b>	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUBE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE**

GENTILE Gaëtan

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES**

BOUSSUGES Alain

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

DUTAU Hervé

# MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle ( <i>disponibilité</i> )	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE  
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques  
FIERLING Thomas  
FORTE Jenny  
JANCZEWSKI Aurélie  
NUSSLI Nicolas  
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
EVANS-VIALLAT Catherine  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -  
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES  
UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

*GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021*  
 FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)  
 SOLER Raphael (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704****DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)  
  
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BRETTELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION**

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
BERBIS Julie (PU-PH)  
BOYER Laurent (PU-PH)  
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703I**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
OLIVE Daniel (PU-PH)  
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
JARROT Pierre-André (MCU PH)  
ROBERT Philippe (MCU-PH)  
VELY Frédéric (MCU-PH)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
MILLION Matthieu (PU-PH)  
PAROLA Philippe (PU-PH)  
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)      BENYAMINE Audrey (MCU-PH)  
DISDIER Patrick (PU-PH)  
DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
EBBO Mikael (PU-PH)  
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
ROSSI Pascal (PU-PH)  
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
COSTELLO Régis (PU-PH)  
CHIARONI Jacques (PU-PH)  
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
SUCHON Pierre (MCU-PH)  
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
LEONETTI Georges (PU-PH)  
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

*TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

### PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

### PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

### PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

### PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

### PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

DUTAU Hervé ( Pr Associé des universités à 1/2 temps)

### RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

### RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

### THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)  
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
BOISSIER Romain (PU-PH)  
KARSENTY Gilles (PU-PH)  
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
ROSSI Dominique (PU-PH)

# Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères:

## Aux membres de ce jury

A Madame le Professeur Berbis, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette soutenance de thèse.

A Madame le Docteur Rousseau Durand, qui a accepté de diriger ce travail de thèse et l'a fait avec bienveillance et bonne humeur.

A Monsieur le Docteur Cassely, et à son épouse Sylvette, qui m'ont ouvert la porte de leur maison dès mon premier jour d'internat, et chez qui j'ai toujours autant de plaisir à revenir.

A Madame le Docteur Caparros Pinon pour les 6 mois de stage passés à ses côtés, durant lesquels chaque jour a été aussi formateur qu'agréable.

## A ma famille

A mes parents, pour tout leur soutien et leur amour. Maman, ton empathie est une qualité dont j'espère avoir hérité, car indispensable à la pratique de la médecine. Papa, tu m'as appris que l'humour est le meilleur des assaisonnements du quotidien. Vous m'avez donné confiance en moi et envie de découvrir le monde, ce qui me permet aujourd'hui d'avoir les projets les plus fous pour demain.

A ma sœur et à mon frère, pour toute votre affection et pour tous ces beaux souvenirs ainsi que ceux que nous continuerons à créer. Les moments passés avec vous sont si précieux.

A mes grands parents, si présents dans mon enfance et qui le sont encore aujourd'hui.

A mon oncle, qui m'a donné envie de rouler sur des motos plus vieilles que moi, ce qui m'a forcé à développer les compétences mécaniques appropriées.

A Smaranda, ma conjointe depuis toutes ces belles années. Ton amour et ta tendresse sont les appuis les plus merveilleux qui puissent exister.

A Christian Simina et Sebastian, une belle famille si sympathique.

## A mes amis

A Alexandre et Guillaume, présents à mes côtés depuis si longtemps maintenant. Merci pour ces belles aventures vécues ensemble, j'espère qu'il y en aura d'autres.

A Melchior, pour ces années de colocation et d'amitié.

A Malo, Pierre, Quentin, Melik, Thomas, Juliette, aux copains de Lyon, à ceux de Marseille, à ceux rencontrés en Nouvelle Calédonie. Merci pour tous ces souvenirs forts et ces moments passés à rire.

A Gérald et Flora pour leur soutien durant mes années d'externat à Lyon.

Au Docteur Bertrand Cauchoix, qui nous a accueillis Guillaume Malo et moi pendant plusieurs semaines à Madagascar, tu nous a montré que l'exercice de la médecine et l'aventure sont tout à fait compatibles.

A toute l'équipe du dispensaire de Vao en Nouvelle Calédonie. Ce dernier semestre d'internat a été extraordinaire, mais le plus enrichissant a surtout été de vous rencontrer.

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
1) Histoire des réseaux de santé en France.....	4
Des coopérations isolées préexistantes.....	4
L'épidémie de SIDA comme élément déclencheur.....	4
L'apparition d'un patient avec de nouvelles attentes.....	4
Des professionnels de santé qui doivent réinventer leurs méthodes de travail avec l'arrivée de l'ère du malade chronique.....	5
Naissance des réseaux de santé.....	5
Définition actuelle et classification.....	6
2) Implication des médecins généralistes aujourd'hui dans les réseaux formels.....	6
3) En quoi les médecins généralistes créent-ils, indépendamment, autour d'eux, des réseaux informels ?.....	7
4) Question de recherche.....	8
<b>Matériel et méthodes.....</b>	<b>9</b>
1) Choix de la méthode : pourquoi la recherche qualitative ?.....	9
2) Population et échantillon.....	9
3) Recrutement.....	9
4) Recueil des données.....	9
5) Analyse des données.....	11
<b>Résultats.....</b>	<b>12</b>
I) Le travail en réseau : un outil, une compétence.....	12
1) Une nécessité en médecine générale, un outil indispensable.....	12
2) Une compétence du médecin généraliste, une initiative personnelle.....	12
3) Le rôle de la formation universitaire dans l'acquisition de ce savoir faire.....	13
II) Deux concepts de réseaux.....	14
1) Les réseaux formels et informels, complémentaires.....	14
2) Une certaine réticence des médecins libéraux à utiliser des réseaux formels.....	14
3) Apparition de nouveaux modes de coopération.....	15
- Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP).....	15
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	16
- Les plateformes territoriales d'appui (PTA).....	17

III) Travail en réseau : analyse des rapports humains entre professionnels de santé.....	18
1) Adresser à quelqu'un que l'on connaît si possible.....	18
2) Affects et travail en réseau.....	19
3) Mode d'exercice et influence sur les relations inter professionnelles ?.....	20
4) Le carnet d'adresses, générationnel ?.....	20
5) Correspondance au sein du réseau.....	21
IV) Modalités de construction du réseau.....	22
1) Une construction du réseau qui débute pendant les études, plutôt hospitalo centrée au début.....	22
2) Remplacements et installation, deux autres temps forts pour créer son réseau.....	22
3) Un réseau qui devient de plus en plus personnel au fil du temps, avec diverses façons de l'enrichir.....	23
4) Stabilité et plasticité du réseau dans le temps.....	24
V) Composition du réseau.....	26
1) Des correspondants plus ou moins sollicités en fonction des médecins.....	26
2) Le problème de la raréfaction de certains correspondants libéraux, l'hôpital comme solution.....	26
3) Les médecines alternatives : une place extrêmement variable d'un praticien à l'autre.....	27
VI) Privé, Public, Secteur 2 : perceptions individuelles variables.....	29
1) Une opposition du secteur public au secteur privé vue comme obsolète.....	29
2) La perception de l'hôpital par les médecins généralistes.....	29
3) Place du secteur 1 et 2.....	31
VII) Qualités recherchées par les généralistes chez un correspondant, intégration de l'individualité du patient dans l'utilisation du réseau.....	32
1) Confiance, compétence technique, disponibilité et retour d'informations, les qualités les plus recherchées chez un correspondant.....	32
2) L'empathie, la volonté de travailler à plusieurs.....	32
3) Choix du correspondant en fonction du patient.....	33
4) Le réseau informel, plus de possibilités d'adaptation au patient.....	34
<b>Discussion.....</b>	<b>35</b>
Discussion sur la méthode.....	35
Forces de notre étude.....	35
Faiblesses de notre étude.....	35

Discussion sur les résultats.....	36
1) Le travail en réseau, un outil, une compétence du médecin généraliste.....	36
2) Une utilisation modérée des réseaux formels par les médecins généralistes, de nouveau modes de coopération plébiscités.....	36
3) Échanges humains et travail en réseau.....	37
4) Construction et composition du réseau.....	39
5) Critères de choix des correspondants.....	41
6) Vers de nouveaux outils ?.....	42
<b>Conclusion.....</b>	<b>43</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>44</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>47</b>
Guide d'entretien.....	47
Journal de bord.....	47
Liste des abréviations, définitions.....	48

# Introduction

## 1) Histoire des réseaux de santé en France

### Des coopérations isolées préexistantes

Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, on peut considérer que les dispensaires pour la lutte contre la tuberculose et les centres médicaux des mines constituent un début d'organisation de la médecine en réseaux apparents.

En 1960, une convention tripartite est signée entre :

- l'Institut Gustave-Roussy, centre de lutte contre le cancer fondé en 1926 à Villejuif
- l'Hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Cette convention concerne la prise en charge de patients cancéreux qui nécessitent l'intervention et la coordination de plusieurs acteurs autour d'eux : médecins hospitaliers, médecins traitants, assistantes sociales, infirmières, aides-soignantes et aides-ménagères.

C'est ainsi qu'apparaît en France le premier réseau de santé officiel sans que le terme ne soit encore défini ni utilisé.

### L'épidémie de SIDA comme élément déclencheur

L'apparition du SIDA au début des années 80 va bouleverser le contexte sanitaire et social et sera l'élément déclencheur de la création des réseaux de santé.

En effet, l'épidémie du SIDA met en évidence l'incapacité structurelle du système de santé français à apporter une réponse adaptée, rapide et satisfaisante aux patients infectés par le VIH.

La maladie engendre en effet une multitude de problèmes, nécessitant autant d'interlocuteurs. Or, il n'y a pas de coordination satisfaisante entre le champ clinique, le champ de la protection sociale et le champ social, pas de continuité entre le champ hospitalier et les soins ambulatoires.

Ce constat, maintes fois établi pour d'autres populations, comme les personnes âgées, ou d'autres pathologies, comme le cancer, trouve un écho de résonance sans précédent avec cette pathologie nouvelle et, au début des années 1990, systématiquement mortelle.

Sur l'ensemble du territoire national, des médecins et d'autres professionnels de santé, mais aussi des patients et des familles, s'organisent spontanément en réseaux locaux pour accompagner des jeunes patients et aboutir à une prise en charge coordonnée au niveau médical, paramédical et social. C'est ainsi que naissent, sous couvert de la loi de 1901, les associations ACT UP et AIDES.

### L'apparition d'un patient avec de nouvelles attentes

Au cours des années 1990, le vécu des patients vis à vis de leur maladie change progressivement.

La notion de patient objet est définitivement dépassée, la médecine paternaliste et d'organes est devenue insatisfaisante. Ces patients souhaitent être pris en charge plus globalement, sur le plan psychique comme physique. Ils revendiquent le droit à l'information, le droit à la reconnaissance pleine et entière de leur personne face à la maladie.

*« Ils affirment que l'effacement du malade derrière sa maladie et le morcellement de sa prise en charge selon une logique d'organes constituent une impasse. C'est la personne, l'individu singulier, qu'il faut guérir, accompagner, prendre en charge, et non la maladie en tant que telle. Une nouvelle exigence sociale est apparue : aller au-delà de la performance médicale pour retrouver l'individu. » [1]*

## Des professionnels de santé qui doivent réinventer leurs méthodes de travail avec l'arrivée de l'ère du malade chronique

Face à ces patients, les professionnels de santé sont desservis par un système de santé qui dissocie la prise en charge, l'accompagnement et le projet de soins de l'acte de soins lui-même.

Les actes de soins sont souvent isolés ou mal reliés au projet de soins car réalisés par d'autres médecins ou dans d'autres structures. Les praticiens sont de ce fait relativement isolés entre eux.

D'autre part, la mortalité est devenue très faible et principalement liée à des maladies chroniques. La patientèle évolue donc et intègre des malades de plus en plus âgés.

Ainsi, au début des années 2000, on compte en France :

- plus de sept millions de personnes atteintes d'une affection de longue durée
- un million de personnes âgées de plus de 85 ans.

Il faut également noter que *« les malades chroniques ont en moyenne huit maladies simultanées et sont traités pour quatre d'entre elles » [2].*

Ce nouveau type de patients nécessite :

- la mise en relation de compétences multidisciplinaires et variées (médicales, médico-sociales et médico-psychologiques)
- une continuité de la prise en charge, une mise en relation des intervenants et un partage de données entre les différents acteurs.

L'ère de la pathologie chronique nécessite des prises en charge longues, continues, multidisciplinaires, et personnalisées.

Force est de constater que l'organisation du système de soin français n'est alors pas à la hauteur, comme le dénonce le Haut Comité de la Santé Publique dans un rapport daté d'octobre 1998 :

*« les cloisonnements entre institutions, [...] la segmentation administrative qui devient incompréhensible aussi bien pour la population que pour les professionnels [...] Pour dépasser ces clivages, on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs. Une part de plus en plus importante de l'énergie collective est ainsi consacrée à franchir des obstacles institutionnels au détriment des actions elles-mêmes et au prix d'une usure grandissante des professionnels concernés ». [3]*

## Naissance des réseaux de santé

C'est donc à cette période que les réseaux de santé vont se mettre peu à peu en place afin de permettre aux professionnels de santé de s'unir dans un système de santé français jusqu'alors plutôt cloisonné et rigide.

Leur concept est officialisé par les ordonnances de 1996 dite « Juppé ».

Le but est alors de réunir autour d'un malade, dans une association centrée sur le patient, l'ensemble des ressources, aussi bien techniques qu'humaines, nécessaires à une prise en charge médicale et sociale optimale.

L'idée de base consiste à organiser ces réseaux en partant des besoins d'une population de patients, de malades et de personnes à risques ou précaires. Le point de départ n'est donc plus ni l'offre de soins existante, ni les contraintes de l'hôpital, ni les professionnels libéraux concernés.

Lors du deuxième congrès de la Coordination Nationale des Réseaux, qui a lieu en janvier 1999, il est noté que ces réseaux permettent « *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* ».

L'ANAES (l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), qui deviendra par la suite la HAS (la Haute Autorité de Santé), déclare quant à elle la même année « *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* ».

Si les réseaux médicaux ville-hôpital se sont d'abord focalisés sur le SIDA, ils se sont ensuite attaqués à d'autres pathologies, telles que le cancer, l'alcoolisme, la toxicomanie, quasiment toutes les affections de longues durées, les maladies orphelines, ou encore à la prise en charge des personnes âgées.

### Définition actuelle et classification

La définition actuelle des réseaux de santé est présentée en 2002 dans la loi « Kouchner ». [4] Il s'agit d'un réseau de professionnels de santé ayant pour objectif 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.

Ces réseaux ont pour domaine de compétence l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins.

Leurs acteurs sont les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé publics ou privés, les groupements de coopération sanitaire, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales, des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi que des représentants des usagers.

## 2) Implication des médecins généralistes aujourd'hui dans les réseaux formels

Aujourd'hui, les réseaux de santé sont donc pour la majorité thématiques, spécialisés autour d'une pathologie ou d'un type de patient, et souvent basés sur une collaboration médecins hospitaliers - médecins libéraux.

Ainsi, pour rester ambulatoires, ces réseaux ont besoin de s'appuyer sur les médecins généralistes, qui jouent un rôle central de coordination et sont actifs dans l'inclusion des patients comme dans leur suivi.

Selon les réseaux, on observe deux manières distinctes d'intégrer et de valoriser le médecin généraliste. [5]

- La première consiste à faire du médecin généraliste le coordonnateur des soins auprès du patient, tandis que la coordination administrative et sociale est assurée par d'autres intervenants. Le praticien a de fait le monopole de l'expertise médicale : il décide seul de l'inclusion, il anime les réunions de coordination, il est l'unique détenteur du dossier du patient.
- La seconde consiste à proposer au médecin généraliste l'utilisation du réseau comme un service, tout en lui permettant de continuer à « avoir la main » sur ses patients, sans pour autant qu'il prenne en charge directement la problématique abordée. Dans ce cas-là, le médecin traitant est consulté et tenu au courant, mais il n'est pas associé directement à la coordination des soins, qui se présente plus comme une prestation lui étant offerte.

Ainsi, les promoteurs et gestionnaires de ces réseaux cherchent à attirer les médecins traitants qui sont incontournables pour développer une organisation alternative des soins de proximité. Ils tentent à la fois de préserver le pouvoir et l'autonomie des médecins, tout en essayant de les faire adhérer au réseau de santé en s'appuyant sur les contraintes qui pèsent sur eux comme par exemple leur sentiment de concurrence avec l'hôpital ou leur isolement prétendu.

Pour finir, la valorisation de la place du médecin généraliste au sein d'un réseau de santé est parfois ambiguë, même lorsqu'il endosse le rôle de coordonnateur, car son action est tout de même systématiquement encadrée par d'autres acteurs.

Il doit composer avec des « experts », que ce soient les membres des équipes mobiles (soins palliatifs, gériatrie, hospitalisation à domicile) ou les équipes hospitalières des services spécialisés. Enfin, les gestionnaires de ces réseaux imposent au médecin généraliste l'utilisation d'outils de communication, d'évaluation et de suivi.

### 3) En quoi les médecins généralistes créent-ils, indépendamment, autour d'eux, des réseaux informels ?

Toutefois, bien avant la création des réseaux de santé institutionnels, cela fait longtemps que les généralistes construisent et utilisent au quotidien des réseaux informels de soins. Ces réseaux informels persistent aujourd'hui aux côtés des réseaux formels, et leur efficacité est tout aussi réelle.

En effet, l'exercice de la médecine générale présuppose que le praticien appartienne à un réseau informel de soins, et ce quel que soit le mode d'exercice : exercice isolé, en cabinet de groupe ou en centre de santé.

Dans sa pratique, le médecin généraliste nécessite de s'entourer d'une équipe de professionnels soignants avec qui il collabore : spécialistes d'organes, biologistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, auxiliaires médicaux, paramédicaux...

L'élaboration de ces réseaux répond à plusieurs besoins du praticien généraliste.

- Le besoin d'un échange avec les autres intervenants, qui le sécurise dans ses décisions ou dans les décisions conjointes et qui le conforte dans les situations de complexité ou d'incertitude. Ainsi l'article 32 du code de déontologie rappelle que « la conscience professionnelle du médecin implique attention minutieuse, disponibilité et compétence ainsi qu'une juste appréciation des limites de cette compétence ; le médecin doit faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».
- Le besoin de recenser les compétences pertinentes de chacun des intervenants de l'équipe qu'il a formée autour de lui, pour offrir la meilleure prise en charge possible au patient.
- Le besoin d'une relation de collaboration sur un mode égalitaire.
- Le besoin d'une autonomie de décision.

Si la construction de ces réseaux ne s'apparente en aucun cas à la définition juridique d'un réseau de santé, l'objectif poursuivi par le généraliste est identique : favoriser les parcours de soins des patients en collaborant.

Rissane Ourabah déclare, dans un bulletin de l'académie nationale de médecine de 2016, au sujet des réseaux de soins informels des généralistes [6] : « *c'est ce réseau informel, à côté des autres systèmes de structures institutionnalisées, qui fait la qualité et l'originalité d'exercice de chaque praticien [...] Le support tangible de ce réseau informel est en fait le carnet d'adresses personnel du praticien* ».

Il semble également exister une volonté réelle des institutions de santé d'affirmer le rôle central de coordination des médecins généralistes avec en 2004 la mise en place d'un cadre législatif définissant le parcours de soins coordonnés au centre duquel on trouve le médecin traitant [7].

#### 4) Question de recherche

Le processus de création d'un réseau de soin par un médecin généraliste semble donc indispensable à l'exercice de la médecine générale. On pourrait même le considérer comme l'une des spécificités de cette spécialité, dans la mesure où c'est dans cette discipline qu'il prend le plus d'importance.

Le généraliste n'est-il pas en effet le médecin dont le réseau est censé être le plus étendu, comportant en son sein une multitude d'autres réseaux, aussi variés que spécialisés ?

Pourtant, cette construction semble se dérouler de façon implicite. La manière dont elle se déroule est en tout cas peu étudiée.

Nous avons trouvé deux travaux de recherche à ce sujet :

- une étude qualitative parue en 2010, réalisée en Maine et Loire auprès de 24 médecins généralistes par des entretiens approfondis dans lesquels il leur a été demandé de quelle manière ils réalisaient leurs carnets d'adresses [8]
- une thèse soutenue en 2015 à l'université Claude Bernard Lyon 1er, par Thomas Van Den Bussche. Il s'agit d'une enquête quantitative sur les critères qu'utilisent les médecins généralistes pour choisir leurs confrères spécialistes [9].

Ces deux travaux sont cependant centrés sur les correspondants spécialistes d'organes et sur les critères considérés par les généralistes avant de les ajouter à leurs contacts.

Le but de ce travail de thèse était donc de comprendre, grâce à une étude qualitative, comment les médecins généralistes libéraux de la région PACA construisaient, percevaient et utilisaient leurs réseaux de soins.

# **Matériel et méthodes**

## 1) Choix de la méthode : pourquoi la recherche qualitative ?

La perception qu'un médecin généraliste a du travail en réseau et la manière dont il choisit de créer, entretenir et utiliser son réseau, font appel à de nombreux concepts, aussi subjectifs que variés, qui ne peuvent être explorés qu'en acceptant leur complexité. C'est ainsi que la méthode qualitative est apparue comme la plus adaptée pour ce travail de recherche. En effet la recherche qualitative cherche à comprendre un ressenti, une expérience, un point de vue, par l'analyse des contenus, le plus souvent verbaux, d'entretiens. Elle ne cherche pas à simplifier des perceptions mais à explorer leurs complexités et leurs singularités.

## 2) Population et échantillon

La population étudiée était celle des médecins généralistes libéraux exerçant en région PACA.

Nous avons cherché à obtenir un échantillon de médecins interrogés le plus varié possible, en prenant soin de chercher à inclure des praticiens de sexes et d'âges variés, et en veillant à ce que leurs modes d'exercices soient diversifiés (rural, semi rural, urbain).

La taille de cet échantillon n'était pas définie à l'avance. Nous avons procédé à l'analyse des entretiens au fur et à mesure de leur réalisation. La saturation des données a été estimée selon le concept de « suffisance théorique », lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus de nouveau concept et lorsque les données déjà recueillies permettaient de répondre à la question de recherche.

Nous sommes arrivés à saturation des données au bout de 9 entretiens et avons confirmé cela à l'aide de deux entretiens supplémentaires, soit 11 entretiens au total.

## 3) Recrutement

L'échantillonnage a été réalisé par une méthode dite « boule de neige », c'est à dire en réseau.

Les praticiens ont été contactés de vive voix, par téléphone, ou par mail.

Le sujet et la méthodologie de l'étude leurs étaient alors succinctement expliqués, et un rendez-vous était convenu avec les médecins acceptant d'être interrogés.

Il a parfois été nécessaire de relancer certains médecins.

Certaines sollicitations sont restées sans réponse.

Certains généralistes contactés ont refusé d'être interrogés, le motif spontanément énoncé étant systématiquement le manque de temps.

Les entretiens se sont déroulés en face à face ou par téléphone.

Les médecins contactés étaient installés dans les Bouches-du-Rhône, le Var, le Vaucluse, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes.

## 4) Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé durant 11 entretiens semi dirigés réalisés auprès de médecins généralistes entre avril et août 2021. Les thèmes abordés durant l'entretien avaient été réfléchis à priori mais il n'existait pas d'ordre prédéfini pour les aborder durant l'entretien. Les nouveaux thèmes abordés spontanément par le médecin interrogé, s'ils étaient jugés pertinents pour la question de recherche, ont été explorés durant l'entretien et sont venus

enrichir la liste des thèmes à aborder à postériori.

Un guide d'entretien composé de six questions avait été rédigé au début de ce travail de recherche afin de permettre qu'une discussion sur le sujet de recherche se mette en place rapidement.

Nous nous sommes inspirés de notre recherche bibliographique afin de formuler des questions ouvertes qui donneraient l'opportunité aux médecins interrogés d'aborder tous les aspects de notre problématique.

Ce guide est présent dans les annexes et n'a pas été modifié du début à la fin de la période de recueil des données.

Les entretiens ont été réalisés en face à face ou par téléphone. Il est peut-être important de noter que les entretiens réalisés en face à face représentent un tiers des entretiens totaux et concernent en grande majorité des médecins travaillant à Marseille. En effet, du fait de l'éloignement géographique, l'organisation d'entretiens téléphoniques avec les médecins travaillant dans d'autres villes rendait plus facile le recueil des données.

Tous les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et codés au fur et à mesure.

Le tableau qui suit résume les caractéristiques de l'échantillon ainsi que les modalités de recueil des données.

### Caractéristiques des médecins interrogés et des entretiens

	<b>Sexe et âge</b>	<b>Lieu (département) et mode d'exercice</b>	<b>Durée et type d'entretien</b>
<b>Médecin 1</b>	Homme, 72 ans	Marseille (13) retraité	30 min présentiel
<b>Médecin 2</b>	Homme, 75 ans	Marseille (13) urbain	46 min présentiel
<b>Médecin 3</b>	Femme, 53 ans	Marseille (13) urbain	30 min présentiel
<b>Médecin 4</b>	Homme, 29 ans	Marseille (13) urbain	28 min téléphonique
<b>Médecin 5</b>	Homme, 42 ans	Sénas (13) semi rural	31 min téléphonique
<b>Médecin 6</b>	Homme, 38 ans	Vaison-la-Romaine (84) semi rural	36 min téléphonique
<b>Médecin 7</b>	Femme, 60 ans	Callian (83) semi rural	37 min téléphonique
<b>Médecin 8</b>	Femme, 46 ans	Barrême (04) rural	52 min, présentiel
<b>Médecin 9</b>	Homme, 37 ans	Vallouise (05) semi rural	37 min téléphonique
<b>Médecin 10</b>	Femme, 35 ans	Guillestre (05) semi rural	29 min téléphonique
<b>Médecin 11</b>	Homme, 45 ans	Briançon (05) urbain	33 min téléphonique

## 5) Analyse des données

Nous avons fait le choix d'utiliser un tableur Excel afin de procéder au codage des données. En effet l'accessibilité de ce logiciel et sa prise en main déjà acquise nous ont paru un atout convainquant.

Nous avons réalisé un double codage des données avec une concordance à plus de 90%, en nous efforçant, tout au long de ce travail, de mettre entre parenthèse nos propres présupposés et de rester ouverts aux théories qui pouvaient émerger.

Nous avons croisé les données issues de nos observations avec celles trouvées lors de notre recherche bibliographique, afin de procéder à une triangulation des données.

Un journal de bord tenu tout au long de l'étude nous a permis de nous assurer de sa validité. Ce journal est présent dans les annexes.

# Résultats

## I) Le travail en réseau : un outil, une compétence

### 1) Une nécessité en médecine générale, un outil indispensable

De manière unanime, tous les médecins interrogés ont déclaré que le travail en réseau était un mode de fonctionnement nécessaire à l'exercice de la médecine générale.

M9 « Le travail en réseau c'est la base de la médecine générale, le généraliste c'est un peu un aiguilleur quelque part, entre autres. Et si on n'a pas d'interlocuteur c'est là que ça devient problématique et angoissant. »

M4 « C'est un outil indispensable et quotidien oui (...) et il y a plus de situations dans lesquelles je sollicite mon réseau que de situations dans lesquelles je ne le sollicite pas. »

Comme le souligne M4 c'est à travers ce réseau que l'on peut répondre à la demande d'un patient lorsque celle-ci est complexe ou spécifique :

M4 « Travailler en réseau c'est avoir des appuis et des ressources que l'on peut mobiliser en fonction des besoins de santé du patient (...) j'assume complètement d'être un coordonnateur de soins si jamais c'est plus efficace pour les gens (...) l'important c'est juste que le patient ait résolu son problème (...) que ce soit parce que je m'en suis sorti tout seul ou parce que je l'ai réorienté vers la bonne personne. »

Et M3 ajoute au sujet du travail en réseau :

M3 « C'est autant un recours à des connaissances qu'une accessibilité à des moyens qui est recherchée. »

### 2) Une compétence du médecin généraliste, une initiative personnelle

Le travail en réseau est donc vu comme une compétence du médecin généraliste.

M6 « Je pense que des fois ne pas avoir la compétence réseau ça peut clairement impacter la qualité des soins. Donc c'est quelque chose à travailler, qui permet d'améliorer la qualité des soins. »

Le travail en réseau est aussi une initiative personnelle.

M4 « Je pense que ça ne peut passer que par la volonté du médecin et la responsabilité du médecin de travailler son réseau, on ne peut pas forcer quelqu'un qui n'en a pas envie à travailler son réseau (...) c'est une initiative individuelle (...) J'utilise mon réseau quand je sens que j'en ai besoin pour trouver des solutions et définir le projet de santé pour le patient qui est en face de moi. Ça dépend de la patientèle, du motif de consultation, de moi aussi, dans quelle disposition je suis. »

M11 insiste aussi sur le temps et l'investissement parfois nécessaires au généraliste dans ce rôle de coordination, et une valorisation partielle de ce travail.

M11 « Je pense que cette place n'est pas assez valorisée, par exemple pour toutes les coordinations pertinentes qui sont faites, en urgence ou pas. On y passe du temps, mais la rémunération c'est mal valorisé. »

### 3) Le rôle de la formation universitaire dans l'acquisition de ce savoir faire

Le travail en réseau étant vu comme une compétence du médecin généraliste, la formation universitaire semble avoir un rôle important à jouer en donnant envie aux jeunes médecins de collaborer pour mieux soigner, en leur faisant comprendre l'importance de cette collaboration.

Pour certains, cette nécessité du travail en réseau est peu abordée durant le cursus universitaire.

M11 « On n'a absolument pas insisté là-dessus, au niveau de la fac. »

M5, qui est maître de stage, rapporte qu'un certain nombre d'internes ne saisit pas forcément l'intérêt d'adresser personnellement un patient.

M5 « C'est rare que je ne mette pas de nom (de correspondant) sur mon courrier. Mes internes n'ont pas forcément ce réflexe. Alors ce n'est pas un défaut, comme ils ne connaissent pas ces collègues (...) J'ai l'impression qu'ils saisissent moins l'intérêt, ou qu'ils ne voient pas le problème d'anonymiser l'adressage, alors que justement c'est quelque chose qui me paraît important. »

Pourtant il existe une réelle volonté du département universitaire de donner envie aux internes de développer cette compétence, tout en étant conscient qu'une formation théorique est insuffisante.

M6 « C'était quelque chose qui nous tenait à cœur, alors on avait mis 3 modules en place (...) je considère que pour la formation théorique il n'y a pas besoin de plus puisque la coopération ça s'apprend sur le terrain (...) lors des SASPAS et des MSU (...) Parler d'une MSP et d'une CPTS en amphithéâtre ce n'est pas forcément intéressant. Sur le terrain, voir concrètement comment ça marche, ça me semble primordial. »

M4 « Ceci étant dit, la formation elle est importante, parce que quand on fait des cours au DUMG, si on arrive à vous donner envie de travailler votre réseau (...) à vous montrer que ça fait partie des compétences, ben vous aurez envie de le faire. »

Comme le résume M9, l'idéal c'est de motiver les internes à faire ce travail de création et d'utilisation d'un réseau durant tous leurs internats et au-delà.

M9 « Il faudrait insister auprès des internes sur le fait que l'internat c'est le moment pour créer son réseau, et pas que le SASPAS, c'est trop court 6 mois. Il faut vraiment en profiter pendant 3 ans pour travailler ça (...) Après c'est possible seulement si on sait où on veut s'installer, ce qui est loin d'être toujours le cas ... »

## II) Deux concepts de réseaux

### 1) Les réseaux formels et informels, complémentaires

L'idée de l'existence de deux « catégories » de réseaux, formels et informels, a été souvent retrouvée dans les entretiens.

M3 « Tu as les réseaux de soins officiels et puis le maillage que l'on a nous, les confrères avec lesquels on travaille. »

M5 « Je conçois deux types de réseaux, le réseau informel celui qu'on se construit tout au long de sa carrière.... Et puis à côté de ça il y a les réseaux formels. »

Mais plutôt que d'opposer ces deux types de réseaux, les praticiens interrogés ont plutôt mis en avant leur complémentarité. Ainsi M6 met en avant, dans la zone où il exerce, une forme de désert organisationnel dans lequel les réseaux informels semblent prédominer :

M6 « (Mon réseau) s'est construit de manière non systématisée. C'est la particularité du secteur, il n'y a aucune MSP, aucune CPTS, et donc je n'ai aucun réseau de soin structuré. Il n'y a aucun appui de ce côté-là (...) c'est un désert organisationnel. Après c'est toujours les problématiques de déserts administratifs entre 2 régions, entre 4 départements, le 04, le 05, le 84, le 86, ce sont des zones tampons dans lesquelles il y a peu de prestations. »

Les réseaux formels sont quant à eux vus comme un appui important, notamment dans les situations cliniques les moins fréquentes.

M6 « C'est bien de faire les choses de manière informelle parce qu'on pense qu'on en sait plus, mais des fois je n'ai pas la réponse à la question du patient. (...) (Les réseaux formels) ça permet de maintenir une prise en charge optimale pour des pathologies peu prévalentes. »

La transformation des réseaux formels avec le temps, leur adaptation et leur « décroissance » semblent plutôt bienvenus avec une offre de soins plus large et plus adaptée du point de vue des généralistes.

M5 « Les réseaux de soins centrés sur une seule maladie ont de plus en plus tendance à disparaître (...) c'étaient des réseaux en tuyaux d'orgues qui étaient destinés à un seul type de patient et donc peu adaptés. (...) Je trouve que la transformation a été bénéfique pour nous parce qu'on peut leur adresser plus de patients avec des typologies ou des profils qui sont très différents et on a des prises en charge intéressantes. »

### 2) Une certaine réticence des médecins libéraux à utiliser des réseaux formels

Ces entretiens ont aussi fait ressortir les réticences que pouvaient avoir certains médecins à utiliser les réseaux formels, ou à voir leurs réseaux se formaliser.

Une perte d'autonomie décisionnelle est redoutée par certains.

M2 « Ils veulent avoir la main mise surtout, sur tout (...) Je suis trop réfractaire à ça, je ne veux pas me faire commander par des gens qui ne sont pas compétents, qui prennent des décisions à ma place, d'entrée j'ai un préavis défavorable. »

L'organisation pyramidale est perçue comme défavorable aux généralistes.

M1 « Les généralistes comptent ou sont obligés de compter sur l'administration. L'administration ce n'est pas ton amie, pas forcément ton ennemie, mais pas ton amie. Le généraliste va se retrouver en fin de chaîne et il va se faire bouffer. »

Les correspondants des réseaux formels sont parfois perçus comme imposés aux généralistes.

M1 « Le réseau vous ne le faites pas vous-même, on vous dit que le correspondant ce sera untel... pour moi ça ne peut pas exister. »

M9 « La confiance ça se crée entre deux personnes, ça ne passe pas par un réseau déjà tout fait. Il faut que ce soit une confiance éprouvée, ça ne s'institutionnalise pas. »

Une lourdeur administrative est également mise en avant par certains ainsi qu'un mode d'exercice chronophage pas toujours bien rémunéré.

M3 « Quand une administration a mis la main dessus tu as toujours 4 exemplaires d'un formulaire à remplir. »

M2 « C'est chronophage ! Tu te rends compte du temps que ça prend ? »

Il semble néanmoins qu'il y ait une différence de points de vue, en fonction de l'âge des médecins interrogés, sur la tendance actuelle à la formalisation des réseaux de soins (par exemple avec la création de MSP et de CPTS, sujet que nous aborderons plus loin).

M3 « Il y a une différence de points de vue en fonction des générations. »

### 3) Apparition de nouveaux modes de coopération

La création de nouveaux modes de coopération ces dernières années est apparue comme une solution pour répondre au besoin de travailler ensemble et aux problématiques de santé actuelles : prise en charge de maladies chroniques, vieillissement de la population, entre autres.

#### **- Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP)**

Ainsi les Maisons de santé pluri professionnelles sont un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné créé en 2007. Elles constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels de santé, dont les médecins, en leur permettant de travailler en équipe tout en continuant d'exercer à titre libéral.

Une des raisons expliquant cet attrait pour les MSP est la volonté de sortir de l'isolement.

M3 « Ne pas s'installer seul ! Parce que oui (...) la solitude est parfois lourde. Être à deux, au moins deux confrères ou avec l'appui d'une équipe pluri professionnelle, ça peut avoir des inconvénients mais c'est aussi parfois partager les soucis, et ça c'est pas mal. »

Cette proximité permise par une MSP permet aussi de mieux connaître ses collègues et leurs métiers, facilite les échanges, permet d'améliorer les prises en charge.

M5 « On se croise très régulièrement, on fait des réunions de concertation pluri professionnelles (...) En discutant avec eux on sait ce qu'ils font, comment ils le font, pourquoi ils le font, et ça, ça change tout, ça change notre regard, ça change nos prescriptions, parce qu'ils nous disent comment mieux prescrire, moi ça me rassure parce que je sais sur qui les patients tombent. »

### **- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

Les CPTS, créés en 2016, sont quant à elle perçus comme un lien entre réseau formel et informel.

M5 « Et puis les CPTS c'est un peu à mi-chemin entre les réseaux formels et les réseaux informels. (...) Ce sont des choses qui permettent d'enrichir son réseau informel. »

L'un des avantages cité par les praticiens interrogés est que cela favorise la communication interprofessionnelle, comme ils ont pu le constater au cours de l'épidémie de COVID.

M5 « Il y a eu une émulation autour de la création d'un centre de vaccination qui a permis de mettre en relation des professionnels (infirmiers, médecins, pharmaciens...) qui sans ça auraient peut-être mis plus de temps à communiquer entre eux. »

M7 « Elle nous a apporté surtout pour la pandémie de COVID. Si on n'avait pas eu cette CPTS, je ne sais pas comment on se serait organisé. »

Cependant, pour que les CPTS fonctionnent, M6 nous rappelle que cela nécessite un investissement personnel de la part des professionnels qui en font partie.

M6 « C'est un outil très pertinent pour les soins primaires. Mais ça demande beaucoup de temps d'investissement. Il y a clairement un coup d'investissement en temps de la part des professionnels au début, les institutions ne peuvent pas le faire à notre place, et ce temps-là personne ne veut le prendre pour l'instant. »

Mais, bien que plutôt favorables aux CPTS, certains généralistes interrogés ont également émis des réserves. Ainsi M5 reproche aux CPTS une orientation trop « centrée médecin » dès leurs débuts.

M5 « C'est très médico centré, dans le sens où les deux objectifs, c'est :  
- la prise en charge des soins non programmés  
- que les patients précaires en ALD puissent avoir un médecin traitant.  
Donc c'est très très centré sur les médecins et pas sur les autres professionnels, donc je trouve ça un peu dommage. »

Selon M7, les objectifs prioritaires des CPTS actuellement mis en avant par l'ARS sont peut-être à redéfinir.

M7 « (Je souhaiterais) que ce soit un outil de communication, que ce soit aussi un outil pour les patients, que ça leur permette de trouver plus facilement un infirmier, un kiné, que ça leur facilite la démarche de soin principalement.

C'est vrai qu'on a de la part de l'ARS une mise en avant de certains côtés. En ce moment on entend parler des soins non programmés, ça commence à me gonfler, parce que je veux dire des soins non programmés on en fait tous... Les patients, quand leur médecin n'est pas disponible, se répartissent dans les autres cabinets, donc en fait sans avoir de créneaux (pour des soins) non programmés et aussi stricts que l'ARS le voudrait, on en fait déjà des soins non programmés, ce n'est pas un problème... »

Enfin, quelques-uns des médecins interrogés se demandent si la création des CPTS n'est pas juste la mise en place d'énormes structures annexes aux dépens de ce qui existe déjà pour la coordination des soins, et se questionnent sur la pertinence de ce projet.

M9 « Pour le moment pour moi c'est du flan (...) Pour moi ce qui est important c'est l'hôpital local, il faut vraiment qu'il soit le plus fort. Après, créer des structures annexes, diviser des budgets, je ne sais pas si c'est pertinent finalement... Je pense que ça peut être contre-productif. »

M11 « Ce que je souhaiterais c'est que la sécurité sociale déjà favorise les échanges entre elle et les médecins plutôt que de se mêler de la façon dont les médecins et les autres professionnels de santé travaillent et communiquent entre eux... »

### **- Les plateformes territoriales d'appui (PTA)**

Les plateformes territoriales d'appui semblent quant à elles très peu utilisées par les médecins que nous avons interrogés. Un certain nombre d'entre eux ignore d'ailleurs leur fonctionnement exact, voire leur existence.

M3 « Jamais entendu parler ! »

M11 « Alors oui, je sais qu'elles peuvent m'aider dans les prises en charge difficiles de patients à domicile mais je n'en sais pas plus. »

Et les médecins qui semblent le plus au fait du rôle des PTA émettent plutôt des avis réservés sur leur intérêt.

M4 « C'est un partenaire qui peut mettre en lien, une espèce de tremplin, si dans notre réseau on n'a personne on peut appeler la PTA... des fois même en passant par eux on n'a pas plus de chance... c'est bien mais... ça ne compense pas le fait de travailler son réseau soi-même avec des contacts directs. »

### III) Travail en réseau : analyse des rapports humains entre professionnels de santé

Notre travail a permis de mettre en avant que l'une des choses recherchées à travers la création d'un réseau par les médecins généralistes libéraux était une personnalisation des rapports professionnels.

#### 1) Adresser à quelqu'un que l'on connaît si possible

Ainsi, mettre un visage sur un nom est quelque chose d'apprécié.

M1 « Je me suis fendu d'aller voir les personnes en question (...) on se connaissait, quand j'adressais au Docteur untel, ou à Madame untel, ce n'était pas qu'un nom, c'était une tête. »

Tout comme adresser à un correspondant que l'on connaît personnellement ou que l'on a trouvé soi-même.

M1 « Si on fait sans correspondant, tout seul, et qu'on dit "voilà une lettre vous prendrez rendez-vous avec UN cardiologue", ça veut dire "débrouille toi !". »

« (Mes correspondants, quand ils recevaient un coup de fil de ma part) ils savaient qui j'étais, ils m'avaient vu (...) c'est plus "allez voir le cardio", c'est "allez voir Mme untel, cardiologue, de ma part". »

« Même si à supposer que je n'ai pas de correspondant dans ce domaine, je vais appeler moi-même, j'adresse à quelqu'un que je trouve. »

Même si bien évidemment travailler avec une personne que l'on n'a jamais rencontrée est également fréquent.

M1 « On se connaissait très bien. Mais je ne l'avais jamais vue ! Quand je suis arrivé à la retraite, pratiquement la dernière semaine, je suis monté à Vitrolles, j'ai cherché son cabinet, j'ai sonné, j'ai dit je voudrais voir Madame X, de la part du Docteur M1. Je lui ai dit "voilà je viens vous voir avant de partir, qu'on sache au moins chacun quelle tête on avait", sinon je ne l'avais jamais vue! »

M6 « J'ai croisé le pharmacien il y a un an ou deux dans la rue, je ne l'ai pas reconnu, alors que je travaille avec lui depuis 6 ou 7 ans. »

Tout comme adresser un patient à quelqu'un que l'on ne connaît pas.

M3 « Donc des fois je suis amenée à ouvrir internet, à aller voir à l'Hôpital Européen par exemple pour voir qui il y a dans telle ou telle spécialité, à dire au patient "bon il y en a 3 là, allez voir tel ou tel de ces messieurs, que je ne connais pas". C'est rare mais ça arrive de plus en plus. Ce n'est jamais préférable d'orienter vers des gens que tu ne connais pas. »

## 2) Affects et travail en réseau

Certains médecins interrogés nous ont parlé des liens affectifs qui pouvaient se créer avec leurs collaborateurs.

M4 « Il y a des liens professionnels qui deviennent personnels, des liens personnels qui deviennent pro. Moi j'ai un ami d'enfance qui est à la fac, je le sollicite, ça devient un réseau pro. Et j'ai des connaissances du boulot qui vont faire partie de ma vie personnelle avec le temps. »

M2 « Je dirai que presque 90% (de mes collaborateurs) ce sont devenus des amis ou de très bons collègues (...) ce n'est pas forcément de l'amitié mais ce n'est pas que de l'intérêt, il y a un côté semi amical au moins. »

Une collaboration est aussi tout à fait possible sans affinité personnelle.

M9 « Avant tout c'est professionnel, parce que pour bien travailler avec des gens il faut qu'il y ait une confiance, une pratique rigoureuse, qu'il y ait des retours, qu'on puisse échanger sur le plan professionnel de manière pertinente. Après si on a ces gens souvent ou téléphone, qu'on les voit, ça finit par devenir un peu plus personnel, mais c'est avant tout professionnel. »

M4 « Ça fait partie des compétences, d'arriver à travailler avec quelqu'un avec qui on n'aura jamais aucune affinité ! »

M4 insiste sur le fait que les rapports personnels qui peuvent exister lors de cette collaboration ne doivent pas faire perdre de vue l'objectif d'efficacité pour le patient.

M4 « Il y a un autre truc que je voulais dire, sur le concret, l'efficacité, l'efficience. En gros connaître des gens et faire un barbecue ce n'est pas la même chose que connaître des gens et arriver à trouver des solutions pour le patient. »

M4 « Je pense que dans le réseau ce qui est hyper déterminant c'est la posture des professionnels. Du moment qu'on part du principe qu'on a raison et que l'autre à tort on n'arrivera pas à travailler en réseau. Si on n'est pas d'accord, soit on reste bloqué là-dessus, soit on réfléchit sur la manière de travailler ensemble. »

Il ajoute aussi qu'il perçoit les réseaux formels comme permettant de lisser les affects.

M4 « Dans les réseaux formels on a tous besoin les uns des autres (...) Il y a un enjeu institutionnel derrière (...) Tout le monde a à gagner à ce que ça se passe bien. »

### 3) Mode d'exercice et influence sur les relations inter professionnelles ?

Certains des médecins interrogés ont évoqué le fait que l'exercice en milieu (semi) rural permettait de mieux se connaître au sein d'un réseau.

M10 « Il y a un contact qui est un peu plus facilité dans les zones moins peuplées, comme les Hautes-Alpes, pour contacter les personnes impliquées dans un réseau ou pour échanger avec elles rapidement. Je pense que dans les grosses villes ou les gros centres les intervenants sont plus débordés au niveau de la demande, il y a plus de médecins qui les sollicitent, il y a moins la possibilité de se connaître qu'au sein d'un petit réseau. »

M7 « Ça permet d'avoir une médecine un peu moins anonyme, tout le monde se connaît et sait qui fait quoi. »

### 4) Le carnet d'adresses, générationnel ?

La question d'un carnet d'adresses « générationnel » a été abordée avec les médecins interrogés.

M3 souligne qu'avec le temps les correspondants les plus âgés partaient à la retraite et étaient remplacés par d'autres plus jeunes.

M3 « Les plus vieux partent à la retraite alors je me tourne vers des collègues plus jeunes qui ont plus ou moins mon âge, ça peut être les successeurs de ceux qui sont partis, donc oui à un moment c'est générationnel. »

Nous allons le voir plus loin, les études médicales sont un moment important dans la création d'un réseau. Les jeunes médecins ont alors la possibilité de créer des liens avec des confrères du même âge.

M2 « Vous faites avec les gens que vous avez eu pendant vos études, des internes, des assistants qui vous ont bien plu. »

Et certains médecins ont déclaré être plus attirés par le fait de travailler avec des correspondants de leur âge.

M6 « Il y a eu un effet générationnel (...) j'ai construit mon réseau, je ne peux pas me le cacher, en privilégiant les personnes jeunes qui venaient de s'installer. Et je le vois, les infirmières, les kinés, et même les spécialistes d'organes nouvellement installés, comme moi dans la même tranche d'âge, j'ai tendance à un peu plus les solliciter. »

Tandis que d'autres n'y accordaient aucune importance.

M8 « Ce n'est pas un critère. »

## 5) Correspondance au sein du réseau

Nous avons également abordé les modes de correspondance au sein du réseau. De manière attendue, il est ressorti que le téléphone reste le moyen de communication le plus pratique.

M7 « Le plus simple c'est de décrocher son téléphone. »

La correspondance écrite reste tout de même une norme.

M2 « Je fais toujours un mot, même réduit, ne serait-ce que par politesse, et puis comme ça il me répond. »

M5 « Moi je suis sensible aux courriers qui sont envoyés systématiquement et bien construits, ça me met en confiance. »

Et les mails restent également une alternative très utilisée car permettant une communication rapide, même si moins instantanée que le téléphone.

M2 « Avec les mails, vous avez un décalage d'une journée. »

Les messageries instantanées sont également très appréciées.

M5 « Bien sûr on utilise WhatsApp (...) ce n'est pas adapté pour respecter le secret médical mais c'est tellement plus simple d'utilisation qu'on l'utilise quand même. »

## IV) Modalités de construction du réseau

### 1) Une construction du réseau qui débute pendant les études, plutôt hospitalo centrée au début

Notre travail a fait ressortir que la construction d'un réseau débutait pendant les études.

M9 « Je me suis fait mon réseau de spécialistes pendant l'internat (...) L'idée c'était que cette période me serve à rencontrer des interlocuteurs pertinents. »

M10 « J'ai commencé en reprenant le réseau des praticiens chez qui j'allais, chez qui j'étais en stage. »

Le fait que la construction de ce réseau débute pendant les études explique qu'il peut apparaître comme plutôt hospitalo-centré au début, ceci découlant de la formation en partie hospitalière des futurs généralistes.

M2 « Vous avez déjà une structure, hospitalière, que vous connaissez bien (...) vous commencez par vous appuyer là-dessus (...) après on s'émancipe un peu. »

### 2) Remplacements et installation, deux autres temps forts pour créer son réseau

M9 nous révèle aussi qu'avant de s'installer, il a profité des remplacements qu'il faisait pour construire son réseau.

M9 « Puis j'ai encore remplacé pendant 3 ans avant de m'installer, et j'ai gardé contact avec toutes les personnes que j'avais rencontrées pendant ce temps-là. »

Et, lors de l'installation, la construction d'un réseau nécessite encore une fois d'y consacrer du temps.

M1 « Tu prends un peu de temps au début de ton installation (...) c'est une petite perte de temps au début c'est vrai, clair et net ! D'un côté, je n'avais pas suffisamment de patients pour m'occuper toute la journée. »

Par exemple, en allant se présenter.

M6 « Se présenter absolument à tout le monde quand on s'installe. C'est tout bête mais ça fait gagner énormément de temps. »

M2 « Il y a des gens qui sont installés depuis 20 ans, je ne sais pas la couleur de leurs cheveux alors qu'ils sont à 200 mètres... Vous trouvez ça normal vous ? Passez-moi un coup de fil, venez me dire bonjour ! »

Lorsque l'on s'associe à un médecin déjà installé, M7 nous explique qu'il existe naturellement un partage du réseau.

M7 « Au début en fait on prend un petit peu les correspondants de la personne avec qui on s'installe parce que je n'étais pas de la région, donc je ne connaissais personne... »

Et lorsque qu'il s'agit d'une succession, le réseau du médecin partant peut être repris, au moins en partie, par le médecin s'installant.

M1 « Vous êtes remplaçant de longue durée du médecin à qui vous allez succéder, vous connaissez ses correspondants (...) le jour du départ il vous laisse un outil qui est parfaitement performant. »

M3 « Quand tu reprends un cabinet, tu reprends aussi un outil. »

### 3) Un réseau qui devient de plus en plus personnel au fil du temps, avec diverses façons de l'enrichir

Une fois installé, le réseau devient de plus en plus personnel au fil du temps et de la pratique.

M5 « Alors au début je ne les connaissais pas, donc j'appelais, par exemple, je tapais à la porte d'un collègue en disant « Tu connais un rhumato dans le coin, un orthophoniste qui a des délais pas trop longs ? » Et puis je me suis fait mon propre avis à force d'adresser, ma propre opinion, mon propre carnet d'adresses, que j'essaie de maintenir à jour. »

Il existe, durant la vie professionnelle du généraliste, une multitude de moyens d'enrichir son réseau, comme le bouche-à-oreille.

M1 « le bouche à oreille (...) tu vas voir les gars qu'on te recommande. »

Une mutualisation des réseaux entre généralistes.

M10 « On mutualise les informations, on fait suivre aux collègues quand on apprend quelque chose qui permet de se dépatouiller. »

Les retours positifs de patients qui apprécient certains correspondants.

M6 « Le fait que j'ai des retours positifs de mes patients, c'est ce qui a fait que j'ai pris l'habitude de travailler avec certaines personnes. »

Les formations médicales continues (FMC).

M7 « C'est pour ça que les FMC sont intéressantes, parce que ce sont souvent des jeunes spécialistes qui vont faire ces FMC et ça vous permet d'élargir votre carnet d'adresses, de voir des nouvelles têtes et de rencontrer des gens qui sont peut-être un petit peu plus incisifs dans leur spécialité. »

M10 « Ça permet de se rencontrer, de se revoir une ou deux fois dans l'année avec d'autres confrères, et d'échanger sur notre réseau respectif. »

Les groupes d'échange de pratiques.

M6 « participer ou organiser des groupes d'échange de pratiques, parce qu'en fin de séance il y a toujours un temps d'échange sur qui sont les nouveaux médecins installés, qui part à la retraite. »

Les formations organisées par les laboratoires.

M7 « La jeune génération crache sur les labos, parce qu'on les diabolise à la faculté, mais je pense que c'est une manière de s'informer (...) Et puis vous rencontrez des spécialistes avec qui vous n'avez pas spécialement de lien, ça vous permet d'élargir votre carnet d'adresses et ça vous permet d'échanger. »

Les recherches internet.

M6 « Au début j'ai même utilisé Google, j'ai envoyé des patients vers des gens que je ne connaissais même pas. »

Le hasard des rencontres.

M3 « Alors parfois par pur hasard, parce que je cherchais quelqu'un, par recommandations de patients, parce que je me suis aperçue qu'ils faisaient du bon boulot. »

Ou bien encore, même si ce moyen n'a été cité qu'une seule fois par M2, les associations.

M2 « Des associations loi 1901 qui étaient des manières de créer son carnet d'adresses, de se rapprocher, de faire des EPU (enseignements post universitaires). »

#### 4) Stabilité et plasticité du réseau dans le temps

Ce réseau, une fois constitué, continue donc de s'enrichir mais apparaît globalement plutôt stable dans le temps.

M2 « Après je n'ai pas changé 50 fois de spécialiste... »

Même si certains correspondants sont changeants, notamment en ce qui concerne les intervenants paramédicaux.

M6 « C'est très mouvant pour les parameds, parce qu'il y a beaucoup d'installations et de départs, parce que les parameds j'ai l'impression son plus mouvants que les spécialistes d'organes, chez qui les correspondants sont assez stables. »

Et que le statut de correspondant n'est pas immuable.

M1 « Il ne faut pas croire qu'un correspondant est correspondant à vie (...) Il ne faut pas croire que c'est une rente de situation à tout jamais. »

M3 « Je connaissais des gens qui travaillaient bien et puis le hasard de la vie a fait qu'ils travaillaient moins bien, et puis les patients me disent « Docteur, vous m'avez envoyé à qui là ? », c'est arrivé ! Alors on se renseigne et on avise. »

M7 « C'est quelque chose de dynamique un carnet d'adresses, ne serait-ce que parce qu'on prend tous de l'âge, que vous avez des correspondants, qui étaient très percutants et pertinents il y a quelques années, qui, avec le temps, s'émousent un petit peu et n'ont plus envie de « chercher », donc c'est vrai qu'il y a certains correspondants à qui j'adressais volontiers il y a quelques années et qui maintenant sont un petit peu plus sur la fin, et c'est vrai que je ne leur envoie plus personne... »

M9 évoque quant à lui une « liste noire » de correspondants à éviter, qu'il a dressée au fur et à mesure de ses expériences.

M9 « Du coup je sais aussi à qui je ne veux pas avoir à faire... Il y a des médecins à qui je n'envoierai jamais un patient. C'est des gens que j'ai vu faire des fautes graves et ne pas se remettre en question... Il y a des chèvres comme partout... Un réseau c'est à la fois des gens à qui on adresse mais aussi des gens à qui on sait qu'il vaut mieux ne pas adresser. »

## V) Composition du réseau

### 1) Des correspondants plus ou moins sollicités en fonction des médecins

Le réseau construit par les médecins généralistes apparaît comme très large.

M4 « Le généraliste il doit être en lien avec tout le monde, des spécialistes d'organes, l'hôpital, des paramédicaux, des travailleurs sociaux. »

La proportion confrères - correspondants paramédicaux semble variable d'un réseau à l'autre.

M6 « Au final tout ce qui est spécialistes d'organes, ce n'est pas eux que je sollicite le plus. Mon réseau c'est plutôt les paramédicaux. D'avoir vraiment des infirmiers sur qui je peux compter (...) le kiné sur une post op du genou même s'il n'a pas de rendez-vous possible avant 1 mois et demi je sais que si je l'appelle il va commencer la rééducation plus vite et me prendre le patient ; l'orthophoniste si j'ai un gamin qui a un dépistage de trouble du langage qui est pourri je suis content de savoir que si je l'appelle il va être sensible à mon appel. »

Au sein des confrères appartenant au réseau d'un généraliste, certains spécialistes semblent moins sollicités de manière générale, car il est peu fréquent que le généraliste soit confronté à un problème relevant de leur domaine de compétence. Comme le souligne M1, c'est par exemple le cas de la neuro chirurgie.

M1 « Je ne peux pas dire que mon correspondant en neurochir faisait partie de mon réseau (...) c'est des gars avec qui on a rarement à faire, donc on ne peut pas tisser des liens comme on les tisse avec un radiologue... qui sont des prescriptions quasi journalières. »

Certains généralistes qui se sentent à l'aise dans une spécialité recourent moins souvent aux spécialistes, comme nous l'explique M6 avec les endocrinologues et les rhumatologues.

M6 « Il y a des spécialités que je ne sollicite jamais parce que j'ai l'impression qu'elles ne m'apportent pas grand-chose (...) et je me sens relativement autonome (...) aussi parce que je les sens inaccessibles (...) je n'arrive pas à avoir de rendez-vous avant deux ou trois mois, et avoir un avis dans ces délais ça ne m'apportera plus grand-chose. »

### 2) Le problème de la raréfaction de certains correspondants libéraux, l'hôpital comme solution

Et puis, pour certains généralistes dans certaines zones d'exercice, il est parfois difficile de trouver des correspondants pour certaines spécialités.

M6 « Je suis obligé de voir plus loin, c'est à dire qu'habituellement mon bassin de population c'était Salon ou Cavaillon, maintenant je m'éloigne franchement, puisque parfois je dis "allez à Aix ou Avignon" (...) je suis obligé d'adresser plus loin. »

L'hôpital, voire le CHU, restent alors les seules solutions qui s'offrent aux généralistes. M5 parle d'un problème de « raréfaction du réseau informel » pour certaines spécialités.

M5 « L'hôpital est à peu près toujours fourni dans les principales spécialités alors qu'en libéral, dans mon coin, c'est très compliqué de trouver un psychiatre ou un dermato dans des délais raisonnables. Un ORL à Salon il y en a une seule pour 40 000 habitants, c'est quand même dingue quand on y pense. Donc il y a certaines spécialités sinistrées (...) les intervenants libéraux sont vieillissants, il y en a qui prennent leur retraite et qui ne sont pas remplacés, donc ça, ça pose un problème de raréfaction du réseau informel. Donc je comprends que ce soit plus facile de s'adresser au réseau hospitalier du coup. (...) J'espère honnêtement que ça va s'améliorer mais quand on regarde la pyramide des âges des médecins ça risque de ne pas être pour tout de suite, et ça nous complique la tâche. »

### 3) Les médecines alternatives : une place extrêmement variable d'un praticien à l'autre

Durant ces entretiens, nous avons abordé le sujet de la place des médecines alternatives dans le réseau de soins des généralistes. Nous avons obtenu une grande diversité de réponses.

Certains praticiens tolèrent que les patients aillent vers des médecines alternatives sans les y encourager, et n'ont donc pas de correspondant à proposer.

M4 « Si les patients veulent aller vers la médecine alternative ils y vont, why not, du moment que ça ne vient pas entraver la médecine scientifique... »

D'autres généralistes ont pris l'habitude de travailler avec un ostéopathe, une médecine parallèle jouissant de plus de crédit que d'autres.

M3 « C'est un réseau plutôt académique ! Un ostéopathe quand même, je travaille beaucoup avec (...) il y a une naturopathe dans le quartier, j'ai assez peu confiance puisque à chaque fois qu'elle est malade elle vient ici. »

M8 « Ce n'est pas que je n'adhère pas, je renouvelle des ordos d'homéopathie, je ne suis pas le mur infranchissable des médecines particulières, mais c'est pas vraiment mon truc, alors j'oriente vers un collègue qui fait ça quand le patient demande. »

Enfin certains praticiens restent très ouverts à ces pratiques et adoptent une posture qualifiée de « médecine intégrative » en admettant que ces médecines parallèles puissent apporter quelque chose aux patients.

M11 « Je pense qu'en médecine il y a plein de choses qu'on connaît mal, qu'on n'a pas ou peu étudié, et qu'il faut rester ouvert (...) Je pense que ça peut apporter du bien être en plus de la médecine classique, voire même que ça peut solutionner des problèmes que la médecine classique n'arrive pas à résoudre (...) ces gens-là ont leur place, mais en l'occurrence il faut avoir son réseau, il faut les trier, savoir lesquels sont appropriés. Donc en général je me base soit sur mon expérience personnelle, soit sur les retours des patients. »

M6 et M9 font aussi partie de ces médecins ouverts à ces pratiques et ajoutent qu'ils essaient aussi de rediriger les patients vers des praticiens de médecines alternatives qu'ils connaissent ou dont ils ont entendu parler, afin d'éviter que leurs patients ne se tournent vers des charlatans ou des gourous dangereux.

M6 « A la fois j'ai conscience que le niveau de preuve est proche du néant (...) ceci dit j'ai dans ma pratique quotidienne des situations auxquelles je n'ai pas de solution (...) des gens qui sont un peu dans un refus d'allopathie. Et je ne peux pas me braquer et leur dire que je n'ai rien à leur offrir (...) Et moi j'aime bien faire le tri entre le charlatan et le gars qui essaie de bien bosser, le gars qui va me faire un retour, qui ne va pas hésiter à passer la main quand il sent qu'il y a un problème somatique dessous. Et donc j'aime bien me construire un réseau de paramédicaux de médecine douce parce que de toutes façons, si ce n'est pas moi qui le propose, les patients iront quand même le chercher et j'ai peur que les patients soient plus exposés à des charlatans que si c'est moi qui filtre un peu. »

M9 « Les médecines alternatives ça a toujours une petite place (...) pour des choses qui relèvent plus du bien être ou pour lesquelles la médecine classique n'a pas vraiment de solution. Après ça peut être aussi une demande du patient et je préfère l'orienter vers des gens dont je sais qu'ils sont un peu sérieux même s'ils pratiquent une médecine qui n'est pas reconnue (...) c'est bien aussi si on leur trouve des gourous qui ne sont pas dangereux... »

## VI) Privé, Public, Secteur 2 : perceptions individuelles variables

### 1) Une opposition du secteur public au secteur privé vue comme obsolète

Dans notre travail, nous avons abordé le sujet de la dualité du système de soins, partagé entre secteur privé et public, ainsi que la sectorisation de la médecine en France.

La vision traditionnelle qui tend à opposer le public au privé semble obsolète aujourd'hui.

M4 « Je suis dans l'utilisation des deux systèmes. Je pense que c'est complètement idéologique, ça ne se base sur rien de dire que l'un est mieux que l'autre. Les deux sont importants et peuvent se compléter, on s'en fout. L'idée c'est d'avoir le réseau le plus large pour pouvoir solliciter le membre de son réseau dont on a besoin, au moment opportun. »

Certains médecins essaient de favoriser l'adressage à l'hôpital public et en secteur 1, par idéal, pour soutenir la logique de sécurité sociale.

M9 « Quand je me suis installé j'ai toujours essayé de privilégier le secteur 1 et le public. (...) c'est toujours mieux d'adresser à l'hôpital public si on peut. Par idéal, on fait une médecine qui fonctionne avec un système de sécurité sociale, et les gens qui pratiquent des dépassements d'honoraires ça ne va pas vraiment dans cette idéologie-là. C'est pour ça que je préfère plutôt l'hôpital que la clinique, mais malheureusement l'hôpital il a été un peu vidé de sa substance ces dernières années... »

### 2) La perception de l'hôpital par les médecins généralistes

La perception de l'hôpital et des rapports entretenus avec les généralistes est aussi très variable en fonction des médecins interrogés.

Certains praticiens font état d'une coordination réussie des soins avec une bonne entente.

M9 « L'hôpital de proximité avec lequel je travaille c'est celui de Briançon (...) avec qui on arrive très bien à se coordonner (...) Et l'hôpital de Gap, c'est un peu plus loin mais ça doit marcher très bien aussi. »

Tandis que d'autres généralistes reprochent un manque de confraternité lorsqu'ils essaient de communiquer avec l'hôpital, qu'ils perçoivent alors parfois comme un milieu hermétique.

M2 « J'ai été accueilli plus que froidement (...) un snobisme, même, employons le mot... mépris ! (...) ce n'est pas une question de personnes en fait, mais on a l'impression que c'est un monde qui n'est pas accueillant quoi. »

Avec une certaine anonymisation des praticiens de la fonction publique, et des médecins qui changent parfois d'une année à l'autre.

M8 « Et puis il y a un turnover à l'hôpital public, les correspondants sont parfois différents d'une année à l'autre. On pense envoyer le patient vers un spécialiste avec qui on a déjà travaillé et le patient revient en disant « J'ai vu une personne différente ». Ce n'est pas très agréable. »

M11 « Je suis passé en tant qu'interne à Briançon il y a 4 ans, donc à ce moment-là lors de mes stages j'ai rencontré des médecins à l'hôpital, créé des liens, et récupéré l'annuaire de l'hôpital ! Mais tu vois je suis en train de me rendre compte que cet annuaire a 4 ans et qu'il n'est plus à jour. »

Les démarches entreprises par l'hôpital pour créer des liens avec les généralistes sont appréciées.

M8 « Il y avait une période, il y a 10 ans, où on recevait tous les ans un répertoire de l'hôpital avec le numéro des secrétariats d'hospitalisation et de consultation. C'était posté, ça arrivait dans la boîte aux lettres. Puis ça a disparu, c'est un peu dommage je trouvais ça bien comme idée. En cherchant bien on retrouve les numéros sur internet mais c'est plus long. »

Les délais de rendez-vous plus longs dans le public et une communication parfois moins facile ont été mis en avant par un certain nombre de médecins interrogés.

M3 « C'est la disponibilité qui pose problème (...) Je préfère travailler avec les structures privées parce que la communication est plus facile. »

M11 « Très souvent c'est beaucoup plus facile d'avoir un avis ou une consultation rapidement dans le privé que dans le public. »

L'hôpital public reste malgré tout la référence pour la médecine (sur)spécialisée.

M3 « Après il y a des spécialités où l'AP-HM et le CHU sont obligatoires. Pour des problèmes pointus en hématologie ou autre, ou quand on appelle le SAMU, et que là on n'a pas le choix ça part là-bas. »

M2 « L'hôpital Nord, les mecs ce sont des pointures (...) je fais avec par intérêt car ce sont des gens compétents. »

Dans le contexte actuel où le nombre de médecins généralistes est toujours insuffisant pour répondre parfaitement aux besoins de santé de la population, les praticiens libéraux n'ont plus peur d'une éventuelle captation leur patientèle par le secteur public, comme M1 nous explique que c'était le cas à l'époque.

M1 « En fait le public moi il me servait à une chose : quand j'avais une famille qui commençait à me les briser menu, je les adressais en consultation dans le public et là j'étais sûre de plus jamais revoir personne, parce que là-bas pomper les clients ils savaient le faire ! »

### 3) Place du secteur 1 et 2

Le secteur 2 n'est pas ou peu sollicité par certains généralistes.

M4 « Je n'adresse pas chez les gens qui font un dépassement d'honoraires, je crois que je n'en ai pas dans mon réseau, donc je ne peux pas me positionner par rapport à eux. Ça me paraît fou qu'en 2021 il y ait encore le secteur 2 qui existe. »

Le secteur 2 offre aussi parfois des solutions lorsque le secteur 1 n'en apporte pas.

M9 « Là où on est, on fait avec ce qu'on a, et parfois ce sont des professionnels en secteur 2 (...) A l'hôpital de Briançon il n'y a pas de cardiologue, à l'hôpital de Gap il y en a deux, à la polyclinique il y en a douze... c'est un ratio assez fou !  
Donc oui, quand on a besoin d'un cardio on envoie le patient là où il pourra être reçu. »

Si toutefois les moyens du patient le permettent.

M7 « Ça a une importance en fonction du patient que j'ai en face de moi. Ça veut dire que si je sais qu'il n'a pas beaucoup de moyens et pas une bonne mutuelle je ne l'enverrai pas forcément dans le privé. (...) mais c'est vrai que c'est plutôt mal vécu par les patients d'une façon générale. »

## VII) Qualités recherchées par les généralistes chez un correspondant, intégration de l'individualité du patient dans l'utilisation du réseau

### 1) Confiance, compétence technique, disponibilité et retour d'informations, les qualités les plus recherchées chez un correspondant

Les généralistes interrogés ont tous exprimé ces mêmes attentes envers leurs correspondants.

Ainsi, la confiance semble une condition primordiale à une bonne collaboration.

M1 « C'était un réseau de confiance parce que le travail était bien fait. »

M11 « L'intérêt du réseau c'est souvent d'avoir un avis ou de pouvoir adresser quelqu'un rapidement (...) si j'adresse toujours à un spécialiste en faisant des pieds et des mains pour que mes patients soient reçus de manière rapide mais que ma demande finalement n'est pas pertinente, au bout d'un moment le spécialiste va se lasser. Donc il y a une notion de confiance mutuelle qui se gagne petit à petit. »

Puis, la qualité de la prise en charge médicale et le retour d'informations sont cités par tous les médecins interrogés.

M3 « Ce que j'attends d'un confrère c'est qu'il prenne bien en charge mes patients pour ce que je lui demande, et qu'il me tienne au courant. »

Auxquels on peut ajouter la disponibilité du correspondant pour lui adresser le patient ou bien pour discuter d'une prise en charge.

M5 « la disponibilité par téléphone ou la disponibilité des rendez-vous rapides. »

M9 « C'est rassurant de savoir qu'en un coup de fil on peut avoir un avis ou une conduite à tenir même s'il n'y a pas de rendez-vous possible de suite. »

### 2) L'empathie, la volonté de travailler à plusieurs

M7 cite l'empathie comme une qualité importante qu'elle recherche chez ses correspondants.

M7 « Ce que je recherche c'est la compétence, l'empathie aussi. Il ne s'agit pas que d'être très pointu dans son domaine, si le message ne passe pas auprès du patient parce que vous manquez d'humanisme ce n'est pas ce que je recherche. »

Et M6 souhaite collaborer avec des correspondants investis dans le travail pluri professionnel.

M6 « Je les sentais plus disponibles, plus intéressés par la collaboration. (...) Donc je me suis plus tourné vers ceux qui avaient envie de faire du pluri professionnel, pour échanger, se téléphoner. »

### 3) Choix du correspondant en fonction du patient

Tout d'abord, comme le souligne adroitement M5, la perception d'un même correspondant est variable d'un généraliste à l'autre, il s'agit de quelque chose de très subjectif.

M5 « C'est abstrait, basé sur de l'humain, et d'un collègue à l'autre on n'aura pas la même vision d'un autre collègue. »

Le généraliste ayant un rôle d'orientation du patient dans le système de soins, il propose à ce titre des correspondants au patient. Toutefois il s'agit d'un conseil, d'une suggestion, d'une incitation. Le patient reste finalement libre de suivre cette recommandation comme il le souhaite.

M3 « Je conseille, je ne donne pas d'ordre aux patients. Parfois je conseille untel ou untel, parfois, celui que je conseille ils ne l'apprécient pas, donc je les laisse aller là où ils veulent ! (...) je ne vais non plus me braquer parce que ce n'est pas moi qui leur ai indiqué. »

D'un autre côté, comme le dit M5, cela rassure certains patients lorsque le généraliste conseille à un patient de prendre l'avis d'un interlocuteur qu'il connaît personnellement.

M5 « J'ai l'impression, après peut-être je me trompe, que quand je fais un courrier et que je ne mets pas de nom de destinataire, les patients sont un peu perdus et ils ne vont pas forcément recourir à un spécialiste, que ce courrier peut rester lettre morte. C'est rare que je ne mette pas de nom sur mon courrier, sauf pour des gens qui ne savent pas chez qui ils vont aller, ou alors qui hésitent entre plusieurs spécialistes. »

Face à l'individualité du patient, le généraliste a la possibilité de s'adapter en proposant le correspondant qui lui semble le mieux convenir. Ainsi, il peut décider de proposer un correspondant en fonction de ses qualités techniques, de ses compétences diagnostiques.

M5 « J'ai deux ORL qui sont associés ensemble à Cavaillon, il y en a un qui est super en termes de diagnostic et de prises en charge, et l'autre il n'est pas nul mais... il ne sert pas à grand-chose. Le premier je lui envoie des patients pour lesquels je vais avoir un problème diagnostic, ou pour des situations complexes, et le deuxième je vais l'utiliser dans des situations un peu plus simples. »

Parfois ce sont plutôt la disponibilité et l'accessibilité du correspondant qui sont prises en compte.

M5 « Certains patients, pour avoir un rendez-vous plus rapidement, sont prêts à aller plus loin, et d'autres sont prêts à attendre pour avoir un rendez-vous plus près. »

Mais, de manière intéressante, une partie non négligeable des généralistes interrogés nous a confié qu'il leur arrivait souvent de proposer un correspondant en fonction de la perception qu'ils avaient de la personnalité du patient et des compétences humaines du correspondant choisi.

M5 « Je m'adapte aussi en fonction de la personne que j'ai envie d'adresser, et il y a des correspondants que j'utilise beaucoup parce que je sais qu'ils ont un contact humain très correct et qu'avec tel autre collègue ça ne passera pas. Donc je m'adapte en fonction du type de patient, de l'état d'angoisse éventuel, de la représentation que je me suis faite du collègue en face duquel le patient va se retrouver. »

M6 « Je fais un petit peu de profilage, et j'essaie d'adresser au correspondant qui correspond le mieux au patient. »

M7 « Ça on le fait instinctivement, sans s'en rendre compte. »

#### 4) Le réseau informel, plus de possibilités d'adaptation au patient

M5 et M6 ajoutent que c'est à travers leurs réseaux informels, leurs carnets d'adresses, qu'ils parviennent le mieux à trouver cette possibilité d'adapter le correspondant proposé au patient, en lui offrant « un soignant à son image », « un professionnel de santé qui correspond à ce que le patient attend de l'offre de soins ».

M6 « Le problème des réseaux formels, c'est qu'ils sont exhaustifs, on ne peut pas ne pas mettre quelqu'un dans un réseau institutionnel ou un réseau formel, parce qu'on se doit d'être exhaustif, et le problème de l'exhaustivité, ben il n'y a plus ce côté profilage (...) tous les spécialistes ne se ressemblent pas (...) c'est plus que ça un réseau de soins, c'est quand même aussi être capable d'orienter un patient vers un soignant qui va être à son image. C'est de faire de l'approche centrée patient. Être capable de proposer un professionnel qui correspond à ce que le patient attend de l'offre de soins. C'est pour ça que le côté formel ne remplacera jamais cette construction très hétérogène, un peu informelle que j'ai eue, qui me permet de bien connaître les paramédicaux avec qui je travaille. »

M5 « Le réseau informel celui qu'on se construit tout au long de sa carrière, qui est basé sur des critères qui peuvent être variables d'un jour à l'autre, d'un patient à l'autre ; c'est à dire qu'un jour on a besoin d'un rendez-vous très vite donc on va choisir le spécialiste ou le paramédical dont on sait qu'il a des rendez-vous rapides, et puis après il y a des situations où on a besoin d'une compétence médicale, humaine ou technique particulière, et là c'est pas tellement le délai qui va jouer. Ça va être cette compétence particulière. »

# **Discussion**

## Discussion sur la méthode

### Forces de notre étude

Notre échantillon est varié et nous avons observé une bonne répartition de l'âges des médecins (de 29 à 75 ans). Tous les modes d'exercices étaient également bien représentés, avec une majorité de médecin urbain, un certain nombre de médecins semi ruraux, mais seulement un médecin rural. La dispersion des lieux d'exercice sur la région PACA était également satisfaisante.

Une redondance des réponses à partir du neuvième entretien a confirmé le bon choix de la recherche qualitative. La durée d'enregistrement a pu être considérée comme homogène, avec des entretiens d'une durée moyenne de 35 minutes.

Notre travail a été réalisé selon une méthodologie inspirée des critères scientifiques COREQ-32, garantissant une certaine rigueur. Le cadre théorique utilisé pour la conception de ce travail de recherche se base sur la méthode de théorisation ancrée. Nous nous sommes efforcés d'ouvrir la question du réseau en médecine général en l'élargissant au-delà de la simple problématique des confrères spécialisés avec lesquels le médecin généraliste pouvait correspondre.

En effet, E. Sejourne, dans son étude de 2010 sur les modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes [8], considère comme une des limites de son travail de recherche le fait que la notion de correspondant ait souvent été synonyme de médecin spécialiste pour les médecins généralistes interrogés dans son étude.

Or, d'après une étude de la DREES réalisées en 2004, 22 % des patients consultants en médecine générale sont réorientés, parmi lesquels 5 % seulement vers un médecin spécialiste [10]. Il paraît donc intéressant de ne pas se focaliser seulement sur les confrères spécialistes lors de l'étude du réseau de soins d'un médecin généraliste.

De même, nous avons interrogé les médecins de la manière la plus ouverte possible sur leurs perceptions du travail en réseau et la dynamique de création de leurs réseaux, en essayant de ne pas nous focaliser sur ce en quoi ils consistaient actuellement.

### Faiblesses de notre étude

Le manque d'expérience dans la recherche qualitative de l'investigateur peut représenter un biais important.

Le recrutement de notre échantillon par effet « boule de neige » a fait que 4 des 11 médecins interrogés étaient maitres de stages du département universitaire de médecine générale de la faculté de Marseille ou de Nice. Leur vision du travail en réseau peut donc apparaître plus ouverte par rapport à celle d'autres médecins.

Notre travail pourrait être complété par deux autres études qualitatives, l'une interrogeant les internes en médecine générale sur leurs perceptions du travail en réseau, et la seconde abordant la vision que les patients ont du carnet d'adresses de leur généraliste.

# Discussion sur les résultats

## 1) Le travail en réseau, un outil, une compétence du médecin généraliste

Notre travail a donc montré que la constitution d'un réseau de soins par les médecins généralistes était une nécessité, que ce réseau représentait un véritable outil de travail dont la création et l'utilisation pouvaient être considérés comme une compétence du généraliste.

E Sejourne [8] note aussi l'importance du carnet d'adresses dans la pratique de la médecine générale puisque qu'il retrouve qu'il est utilisé en moyenne 3,7 fois par jour (d'une à dix fois par jour selon les médecins).

Pour Le Boterf [11], « être compétent, c'est être capable de gérer des situations complexes et instables ». Il relate une dimension tant individuelle que collective de la compétence, résultant :

- d'un savoir agir (qui découle de l'association de savoirs théoriques, de savoir-faire procéduraux, de savoir-faire expérimentaux et de savoir-faire sociaux)
- d'un vouloir agir (motivation)
- d'un pouvoir agir (l'environnement, les autres, le management)

Le réseau de soins du généraliste constitue donc bien un moyen d'être compétent.

Nous avons également mis en avant le rôle important de la formation universitaire dans la transmission d'une volonté de travailler en réseau, même si cette initiative de travail en réseau ne peut venir au final que d'une volonté individuelle du médecin.

Dans son travail sur la collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux [12], L. Doerflinger relève aussi cette ambivalence, puisque plusieurs médecins déplorent ne pas avoir eu de formation sur la collaboration médecins - travailleurs sociaux durant leurs études mais déclarent aussi qu'au moment de leur formation initiale ils ne mesuraient pas la nécessité d'une telle formation. Ils sont demandeurs d'une collaboration plus efficiente mais ont finalement peu de temps à lui consacrer.

## 2) Une utilisation modérée des réseaux formels par les médecins généralistes, de nouveaux modes de coopération plébiscités

Il existe deux concepts de réseaux, formels et informels, qui sont complémentaires et ne s'opposent pas. Cependant notre travail met aussi en avant l'utilisation plus modérée des réseaux formels par les généralistes, même si ceux-ci reconnaissent leurs avantages.

Ainsi les réseaux qualifiés d'informels, représentés par les carnets d'adresses que les généralistes constituent au fur et à mesure de leurs exercices, représentent le mode de collaboration le plus élémentaire et spontané, utilisé dans le but de répondre à des situations complexes.

Les réseaux formels, déjà en place et spécialisés dans la prise en charge de certains types de patients ou de certaines pathologies, sont peu évoqués dans nos entretiens. Le fait d'intégrer un réseau formel est vu comme une complexification de l'existant.

On passe d'échanges informels mais efficaces à un engagement formalisé dont bon nombre de médecins s'interrogent sur la plus-value.

Dans un module inter professionnel de 2006 intitulé « Comment inciter les professionnels et patients à adhérer à un réseau de santé à travers l'exemple de réseaux de cancérologie » [13], l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes résume les raisons pouvant expliquer l'hésitation des médecins.

- L'ignorance qu'un réseau peut leur permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge de leur patients.
- L'appréhension d'un éventuel jugement de valeur des autres professionnels du réseau.
- Le doute sur le fait d'être en mesure de répondre à la demande induite par leur adhésion à un réseau.
- La peur d'adhérer à une structure hiérarchisée ou celle d'une charge de travail supplémentaire.
- La redondance de certains réseaux et l'existence d'une multitude de réseaux. Cette dernière raison explique aussi l'attrait des généralistes pour les réseaux qui prennent en charge des pathologies fréquentes concernant un grand nombre de leurs patients (réseaux de prise en charge du diabète, réseaux gérontologiques).

Les solutions présentées pour attirer les médecins vers les réseaux formels consistent à identifier les besoins des professionnels afin de mieux y répondre, à promouvoir la qualité du réseau et son efficacité, à développer des incitations financières, à renforcer la pertinence de la communication lors de la mise en place d'un réseau et pour recruter des professionnels de santé.

Et puis il est important de noter que de nouveaux modes de coopération entre professionnels de santé, à mi-chemin entre ce que les réseaux formels et informels proposaient, sont apparus ces 15 dernières années. Les MSP et les CPTS représentent ainsi des manières de collaborer qui semblent en plein essor.

L'ISNAR, dans un dossier de presse de janvier 2020 [14], rapporte que les futurs généralistes semblent vouloir délaisser l'exercice en solitaire puisque 95,5% des internes en dernière année et diplômés non thésés plébiscitent, pour leurs projets d'installation, un exercice regroupé via des projets en cabinet de groupe ou en MSP.

Cette tendance à privilégier l'exercice de groupe est aussi mise en évidence dans un rapport de l'IRDES en 2009 [15].

Dans son travail de recherche sur les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux CPTS, Margot Gilbert note bien qu'un des leviers qui motive les généralistes est la facilitation attendue de la communication entre professionnels de santé, et donc une amélioration de la prise en charge des patients [16].

### 3) Échanges humains et travail en réseau

Le travail en réseau est aussi un moyen de personnaliser des relations professionnelles. Ainsi, tous les praticiens semblent préférer adresser leurs patients à quelqu'un qu'ils connaissent déjà lorsque cela est possible.

Cette coopération est parfois l'occasion de créer des liens plus ou moins forts entre professionnels de santé, même si on peut aussi collaborer efficacement avec une neutralité affective.

C'est aussi cette personnalisation des rapports et une meilleure connaissance de l'autre qui permet de construire une confiance en l'autre, indispensable à la collaboration, car cette confiance permet de mieux s'appuyer sur l'autre dans une situation difficile.

Ainsi, le Pr Rissane Ourabah déclare au sujet des réseaux de soins informels [6] que « les relations de collaboration avec les divers correspondants sont caractérisées par un partage de décision et de responsabilité, une solidarité de prise en charge avec ou sans transfert ou délégation de tâches, un sentiment d'affinité avec parfois des échanges émotionnels reposant sur la confiance accordée. Tous ces éléments, qui s'ils ont la spécificité de la relation confraternelle médicale, reposent aussi sur des échanges humains ».

La question de l'influence du mode d'exercice (urbain ou rural) des médecins généralistes sur les rapports inter professionnels reste ouverte.

La facilitation des rapports professionnels en milieu rural, avancée par quelques-uns des médecins interrogés et dont certains déclaraient en avoir fait l'expérience personnellement, ne peut être affirmée. Elle n'est en tout cas pas suffisante pour compenser les freins à l'installation en zone rurale des jeunes médecins.

Dans sa thèse sur l'installation des jeunes médecins en zone rurale, C. Veauvy [17] retrouve que les généralistes s'installant en zone rurale sont très majoritairement attirés pas un exercice en groupe afin notamment de faciliter la communication et les échanges professionnels.

C. Arnaud et P. Thiron [18] mettent également en avant qu'un des freins de l'installation rurale des généralistes est la peur de l'isolement professionnel, une inquiétude justifiée d'après les médecins ruraux interrogés.

D'autre part, il est également difficile de statuer sur le fait qu'il existe une construction plus ou moins générationnelle du carnet d'adresses. En effet, le fait que cette construction débute pendant les études, et qu'avec le temps qui passe les correspondants les plus âgés partent à la retraite, représente un biais important.

Dans son travail [8], E. Séjourne constate également que, de manière plus ou moins implicite, il semble exister un choix générationnel lors de la constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes, ce que le sociologue Claude Dubar explique par l'existence d'une « forte cohérence des attitudes, des représentations et des conduites au sein d'une même génération » [19].

La communication au sein du réseau est un point important. En effet les généralistes insistent tous sur le fait que le retour d'informations est une qualité qu'ils recherchent chez leurs correspondants. Il existe une pluralité des modes de communication, le téléphone et la correspondance écrite restant les deux moyens les plus utilisés.

Michel Bersier a constaté que les généralistes obtenaient un retour d'informations sur le problème ayant motivé leur demande après 21 jours en moyenne [20]. Mais selon une enquête de la DREES, dans un cas sur trois, le médecin généraliste contacte le spécialiste sollicité par téléphone ou par mail afin d'accélérer le rendez-vous ou de discuter de la prise en charge du patient.

Par ailleurs, les généralistes se déclarent tout de même majoritairement satisfaits du délai de réponse des spécialistes libéraux ou hospitaliers [21].

#### 4) Construction et composition du réseau

La dynamique de construction d'un réseau peut être décomposée de la manière suivante. Cette construction débute pendant les études, avec par conséquent un réseau plutôt hospitalo centré au début, ce qui découle de la formation encore très hospitalière des futurs généralistes. Puis, les remplacements et l'installation sont deux autres temps forts pour créer son réseau.

La construction d'un réseau avant l'internat paraît difficilement envisageable puisque, d'après une étude de l'ISNAR de 2010 [22] sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, 42,7 % des externes qui choisissent la médecine générale comme spécialité changent de région après leur choix aux Epreuves Classantes Nationales. Par contre, 78,7 % des internes déclarent vouloir exercer dans leur région d'internat.

Il est intéressant de noter que, toujours selon la même enquête de l'ISNAR, 55% des internes souhaitent avoir le statut de remplaçant avant de s'installer une fois leur internat terminé.

Notre travail met en lumière que ce réseau devient ensuite de plus en plus personnel au fil du temps, avec diverses façons de l'enrichir.

Ainsi, comme le formule Pierre Aïach, la socialisation professionnelle du médecin généraliste « ne se trouve pas circonscrite à l'espace-temps de la formation initiale mais se construit aussi ultérieurement » [23].

De manière attendue, cette recherche nous montre que le réseau d'un généraliste peut être qualifié de plutôt stable dans le temps, avec toutefois certains correspondants plus changeants que d'autres, notamment chez les paramédicaux.

La composition de ce réseau est très variable d'un généraliste à l'autre, car elle résulte de besoins et de choix très personnels.

Le problème de la raréfaction de certains correspondants, surtout dans le milieu libéral, semble une réalité pour un certain nombre de praticiens, notamment dans des régions semi rurales et rurales. L'hôpital est alors perçu comme la solution restante pour trouver un interlocuteur approprié.

En effet, à l'hôpital, les praticiens bénéficient déjà d'un réseau constitué par les différents services auxquels ils peuvent faire appel selon les besoins de leurs patients, réseau que certains généralistes se voient contraint d'utiliser devant l'absence d'autre solution.

Ainsi, dans l'Atlas de la démographie médicale de 2021 [24], on constate qu'entre 2010 et 2021, le nombre de spécialistes en activité régulière (hors médecins généralistes et tous modes d'exercice confondus) est passé de 105 764 à 112 726, soit une augmentation de 6 % en 10 ans.

Cette augmentation est à comparer avec :

- l'augmentation de la population française de 3,7 % sur cette même période
- le vieillissement de la population qui s'accélère depuis 2010 avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre, ce qui induit une demande de soin plus importante.

Toutefois, la difficulté d'accès à certains spécialistes dans certains bassins de population s'explique surtout par la grande hétérogénéité des densités départementales des spécialistes médicaux, avec une densité minimum pour la Meuse de 40,5 médecins pour 100 000 habitants ; le maximum étant pour Paris avec 402,2 médecins pour 100 000 habitants.

Entre 2020 et 2021, 52 départements ont une densité de spécialistes médicaux qui varie négativement. Ce sont 10 départements de plus que sur la période annuelle précédente. Ces départements sont les moins urbains et confirment une « métropolisation croissante » de ces spécialistes, en lien étroit avec la géographie des centres hospitalo-universitaires. On observe que les dix premiers départements en termes de densité médicale de spécialistes sont pour la majorité des départements dans lesquels se trouvent une université de médecine, laissant supposer un lien entre le lieu d'exercice et la faculté de diplôme.

Enfin, la question de la place des médecines alternatives dans les réseaux de soins des généralistes fait débat. Chaque médecin semble adopter une posture personnelle, allant d'une pratique médicale scientifique pure, qui tolère cependant que les patients aient recours aux médecines alternatives de leur côté s'ils le souhaitent, à une médecine dite intégrative pour laquelle le bénéfice de ces pratiques, bien que non scientifiquement prouvé, reste entendable.

Ces dernières années, les médecines alternatives ont connu un essor important auprès des patients. Ainsi, selon l'OMS [25], 75 % de la population française y a déjà eu recours au moins une fois dans sa vie.

Dans sa thèse sur l'approche des médecines alternatives et complémentaires lors de la formation des internes en médecine générale [26], J. Noël montre que les internes sont sensibilisés à cette question par les maîtres de stages universitaires (MSU) chez qui ils sont formés. Son travail montre aussi que les messages délivrés sont hétérogènes et subjectifs et reflètent les avis et les pratiques propres à chaque MSU. Cette diversité des postures des médecins généralistes est aussi retrouvée dans notre travail.

Globalement les internes, en particulier ceux de médecine générale, sont demandeurs de plus d'informations sur les médecines alternatives lors de leur cursus. En France, c'est le souhait de 72 % des étudiants interrogés par F. Reix [27], or peu de facultés proposent des modules d'information sur les médecines alternatives. Cela pourrait pourtant être un moyen d'aborder des notions complexes qui font partie des principes fondamentaux des soins primaires : la relation médecin-patient (communication, écoute, complexité) et l'importance de la prise en charge globale.

Du point de vue des généralistes, il ne semble pas exister d'opposition entre système de soins privé et public. Tous déclarent être dans l'utilisation des deux systèmes aujourd'hui, ce qui n'était pas nécessairement évident il y a quelques dizaines d'années.

Il en est de même en ce qui concerne le recours aux praticiens exerçant en secteur 1 et 2, le choix étant surtout guidé par la disponibilité des correspondants en question et les moyens financiers des patients.

En 2012, 41 % des médecins spécialistes (hors généralistes) exerçaient en secteur 2 avec des honoraires libres [28]. Afin de limiter les inégalités d'accès aux soins qui découlaient de cette sectorisation, l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, et OPTAM CO pour les chirurgies et obstétriciens) a remplacé le contrat d'accès aux soins (CAS) au 1er janvier 2017. Le médecin ayant adhéré à l'OPTAM accepte de limiter ses dépassements d'honoraires et obtient en contrepartie plusieurs avantages, dont un allègement de ses charges sociales ; quant à ses patients, ils bénéficient d'une meilleure prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie et leurs complémentaires.

La création de l'OPTAM semble avoir conduit à un recul relatif du taux de dépassement moyen par médecin exerçant en secteur 2 (ce taux mesure le montant total des dépassements rapporté au montant total des honoraires remboursables facturés). Cependant, le montant total des dépassements d'honoraires en France est en constante augmentation, même si cette augmentation est moins rapide que celle des honoraires sans dépassement [29].

Dans un article consacré à la pérennité de l'OPTAM, Georges De Korvin dresse le constat que « malgré l'encadrement voulu de plus en plus strict du secteur 2, ces contraintes n'ont pas empêché un grand nombre de spécialistes, notamment des chirurgiens, de renoncer à l'OPTAM pour préserver leur marge de manœuvre financière. Et dans certaines spécialités et dans certaines régions, les jeunes praticiens n'ont pas le choix : le secteur 1 n'est pas viable, l'OPTAM ne leur apporte rien. Mais la demande de soins est telle face à une démographie médicale en baisse que leurs agendas se remplissent sans difficulté » [30].

La perception de l'hôpital, et notamment de l'hôpital public, reste ambivalente pour un certain nombre de généralistes libéraux.

Dans son étude, E. Sejourne [8] met également en avant que les généralistes interrogés perçoivent une plus grande stabilité du milieu libéral, avec des délais de consultation moins longs, un retour d'informations plus rapide. Ils notent par contre parfois l'absence de certains outils de diagnostic et un risque de dépassement d'honoraires plus fréquent.

L'hôpital peut également apparaître comme « un milieu froid, opaque, moins confraternel et plus lent ». Claveranne et Lardy parlent même d'une crise de l'identité hospitalière [31] : « l'hôpital, malgré le dévouement du personnel, a du mal à coopérer non seulement à l'intérieur de ses murs mais aussi avec la médecine de ville. Il se doit de clarifier et enrichir ses relations avec les généralistes (améliorer l'accessibilité, la disponibilité, la stabilité des médecins et la communication). En effet, il risque sinon de se voir marginalisé au sein du milieu libéral ».

## 5) Critères de choix des correspondants

Les généralistes semblent tous rechercher les mêmes qualités chez leurs correspondants. Ainsi, la confiance mutuelle, la compétence technique, la disponibilité et le retour d'informations sont toujours cités.

Une étude américaine de 2004 de Kinchen et Al. [32] portant sur 625 médecins généralistes a montré que les critères retenus pour choisir un correspondant spécialiste étaient similaires à ceux que nous avons trouvés. Malgré la différence des deux systèmes de santé, les similitudes des réponses témoignent bien d'attentes universelles de la part des généralistes.

La compétence technique est un critère important car constamment cité, mais, dans son étude quantitative sur les critères qu'utilisent les médecins généralistes pour choisir leurs confrères spécialistes, Thomas Van Den Bussche [9] constate que la perception de cette compétence technique de l'autre, censée pouvoir se mesurer objectivement, est surtout corrélée à la satisfaction de la prise en charge globale, très subjective.

Un certain nombre de médecins que nous avons interrogés a déclaré s'adapter, dans le choix du correspondant proposé, non seulement à la situation clinique mais aussi au patient, à son profil psychologique, à ses attentes.

Langley a montré dans son travail que la pression et le désir du patient étaient les facteurs non médicaux les plus importants pour adresser le patient [33].

E. Sejourne, dans son étude [8], note que « le médecin référent s'intéresse à la personnalité du patient pour lui choisir un correspondant adapté » et, même si l'avis du patient ne semble pas un critère prépondérant retenu par les médecins dans le choix d'un correspondant, « les praticiens s'enquèrent auprès du patient, lors de la visite suivante, de la qualité relationnelle perçue par ce dernier ».

Ainsi, le généraliste conseille un correspondant en se basant sur la perception qu'il a de ses compétences techniques, sa disponibilité spatiale et temporelle, mais aussi sur son empathie, ses compétences humaines, sa capacité à répondre aux attentes du patient.

Le médecin généraliste peut donc, grâce à son réseau et l'utilisation qu'il en fait, pratiquer une médecine plus « centrée patient ». Et dans cet exercice, le réseau informel semble offrir plus de possibilités d'adaptation. En effet, ses modalités de création et son fonctionnement permettent une connaissance mutuelle plus personnelle des professionnels de santé le constituant. Cet avantage par rapport aux réseaux formels semble peu pris en compte par les acteurs de santé publique lorsque ces derniers tentent de redynamiser les relations existantes entre les médecins libéraux et les réseaux spécialisés.

## 6) Vers de nouveaux outils ?

Dans son travail de thèse, L. Krikorian [34] montre que les médecins généralistes sont favorables à la mise en place d'un carnet d'adresses partagé en ligne, malgré quelques inquiétudes, en particulier sur les plans éthiques et déontologiques.

Les réseaux sociaux sont déjà largement utilisés par les médecins pour communiquer, avec des groupes WhatsApp ou Facebook permettant un échange d'informations, y compris au sujet des correspondants.

En 2016, le site Mesconfrères.fr [35] a été lancé avec pour objectif de permettre aux médecins un partage des coordonnées et des compétences spécifiques de leurs meilleurs correspondants. Ce site ne s'adresse actuellement qu'aux médecins Parisiens et des départements limitrophes.

Une autre initiative locale a eu lieu dans les Hauts de Seine. Le Pôle de Santé Universitaire-Gennevilliers-Villeneuve-la-Garenne (*une organisation pluri professionnelle de santé libérale regroupant 80 professionnels de santé appartenant pour la majorité à quatre MSP*) a créé en 2013, avec le soutien financier de l'ARS, un outil numérique permettant aux professionnels le souhaitant de gérer et partager leur répertoire de contacts.

La question qui se pose alors est : est-il préférable que ces projets restent menés à l'échelle locale et à l'initiative des professionnels de santé concernés, ou un outil régional, voire national, géré par les acteurs gouvernementaux serait-il pertinent ?

## Conclusion

Une des spécificités de la médecine générale tient au fait que son exercice sous-entend un travail en réseau. Cette capacité à collaborer avec les autres professionnels de santé et structures de soins constitue une des compétences du généraliste.

A ce titre, il est important que les jeunes médecins soient sensibilisés à cette nécessité du travail en réseau. Leur période de formation semble être un moment clé pour éveiller leur conscience et leur donner l'envie et les moyens d'apprendre à travailler en équipe. L'obligation de réaliser un stage chez un MSU et un SASPAS durant leur internat va dans ce sens.

Les moyens de travailler en réseau sont nombreux : constitution d'un carnet d'adresses personnel, utilisation des réseaux formels ou des nouveaux modes de collaboration représentés par les MSP et les CPTS qui semblent attirer de plus en plus de médecins.

On constate cependant une préférence des médecins généralistes libéraux pour le côté informel de leur réseau, jugé plus spontané et personnel. Bien que l'apport des réseaux formels dans leurs pratiques soit réel, leur attractivité reste modérée.

Le constat concernant le positionnement des médecins généralistes libéraux par rapport à l'hôpital est plus favorable. Tous y voient un interlocuteur indispensable, même si la coopération entre les deux partis pourrait encore être améliorée.

La question de l'inégalité d'accès aux soins, due à une offre hétérogène sur le territoire et un secteur 2 complexe à gérer, représente un enjeu de santé publique important, ressenti par les médecins généralistes au sein de leurs réseaux.

Lors de la composition de son réseau de soins, le médecin généraliste recherche ses interlocuteurs en fonction de ses besoins, qui peuvent varier d'un praticien à l'autre.

Les attentes qu'il a de ses correspondants semblent en revanche invariables : recherche de compétence technique, de disponibilité spatiale et temporelle, d'une bonne communication, mais aussi la recherche plus ou moins consciente d'une compétence humaine qui permet une prise en charge optimale du patient. Le réseau de soins que le médecin généraliste crée est un véritable outil de travail, qui lui permet d'exercer la médecine générale avec une approche centrée sur le patient en adaptant le correspondant qu'il propose au patient qu'il soigne.

# **Bibliographie**

1. POUTOUT Gilles. *Réseaux de santé : créer du lien pour donner du sens*. Sociologies pratiques, 2005/2 (n° 11), p. 33-54. DOI : 10.3917/sopr.011.0033.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info>
2. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique paru en 2002  
Disponible sur : <https://www.hesp.fr>
3. *L'état de santé de la France*, rapport d'octobre 1998 du Haut Comité de la Santé Publique  
Disponible sur : <https://www.hesp.fr>
4. Loi no2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé  
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
5. ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGEUIL Yann. *La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles*. Revue française des affaires sociales, no 1, 2005, p. 231-260. DOI : 10.3917/rfas.051.0231.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info>
6. OURABAH Rissane. Les réseaux de soins informels. Bulletin de l'académie nationale de médecine, 2016, 200, nos 4-5, pages 771-774, séance du 17 mai 2016
7. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie  
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
8. SEJOURNE E, PARE F, MOULEVRIER P et al. *Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes*. Pratiques et Organisation des Soins, 2010/4 (Vol. 41), p. 331-339.  
DOI : 10.3917/pos.414.0331.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info>
9. VAN DEN BUSSCHE Thomas. *Les critères qu'utilisent les médecins généralistes pour choisir leurs confrères spécialistes : enquête quantitative*, 97 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Lyon : 2015.  
Disponible sur : <https://portaildoc.univ-lyon1.fr>
10. LABARTHE G. *Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie*. Paris : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats n° 315 ; juin 2004, 12 pages.  
Disponible sur : <https://bdsp-ehesp.inist.fr>
11. LE BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'organisation. 5<sup>ème</sup> édition. 2011.
12. DOERFLINGER Lucie. *La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015*, 103 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Lorraine : 2015. hal-01732260  
Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr>
13. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. *Comment inciter les professionnels et patients à adhérer à un réseau de santé à travers l'exemple de réseaux de cancérologie*. Module interprofessionnel. 2012.  
Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr>
14. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. *La formation, tremplin vers l'installation en médecine générale*. Dossier de presse de janvier 2020.  
Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/2001-Dossier-de-presse-La-formation-au-service-de-l'accès-aux-soins.pdf>

15. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARDI, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J. *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009*. Question d'économie de la santé, n°157, sept 2010. Etude réalisée pour le compte de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).
16. GILBERT Margot . *Les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse)*, 66 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Marseille : 2021. dumas-03193714  
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
17. VEAUUVY Claire. *L'installation des jeunes médecins en zone rurale*. 82 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Tours : 2014.  
Disponible sur <http://www.applis.univ-tours.fr>
18. ARNAUD Clémence , THIRON Pierre. *Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés*, 166 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Grenoble : 2013. dumas-00904065  
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
19. DUBAR Claude. *La socialisation* – 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Armand Colin, 1998.
20. VIGNERON E, GUIGOU JL. *Distance et santé. La question de la proximité des soins*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Médecine et société », 2001.
21. BOURNOT M-C, GOUPIL M-C, TUFFREAU F. *Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié*. Paris : Direction de la Recherche des études de l'Évaluation et des Études Statistiques (DREES), Études et résultats n° 649, août 2008.  
Disponible sur : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
22. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice de médecine générale*, 2011.  
Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
23. AIACH Pierre, FASSIN Didier. *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos/economica, 1994.
24. *Atlas de la démographie médicale en 2020*. Conseil national de l'ordre des médecins.  
Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>
25. Organisation Mondiale de la Santé. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*.  
Disponible sur : <http://apps.who.int>
26. NOEL Jérôme. *L'approche des médecines alternatives et complémentaires lors du stage ambulatoire de médecine générale: le point de vue des maîtres de stage des universités*, 201 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Grenoble : 2016. dumas-01316726  
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
27. REIX Fanny. *Les médecines complémentaires et alternatives dans les études de médecine en France : état des lieux et opinions des doyens et des étudiants*, 135 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Lyon : 2010.  
Disponible sur : <https://bdsp-ehesp.inist.fr>
28. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. *Comprendre les secteurs de conventionnement et les enjeux de négociation*. 2012, mis à jour en 2017.  
Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/comprendre-secteurs-conventionnement-enjeux-negociations.pdf>

29. Communiqué de l'Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) paru en juillet 2019. *Médecins libéraux ; le taux de dépassement d'honoraires moyen a encore reculé en 2018.*  
Disponible sur : <https://www.medecin-occitanie.org>
30. DE KORVIN Georges. *Faut il en rester à l'OPTAM ?* Communiqué du syndicat de médecins spécialistes AVENIR SPE, paru en juillet 2021.  
Disponible sur <https://www.syndicatavenirspe.fr>
31. CLAVERANNE Jean Pierre, LARDY Claude. *La santé demain : vers un système de soins sans murs.* Paris : Édition Economica, 1999.
32. KINCHEN KS et al. *Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians.* Ann Fam Med. 2004 May-Jun;2(3):245-52.  
DOI: 10.1370/afm.68.  
Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
33. LANGLEY GR, MINKIN S, TILL JE. *Regional variation in non medical factors affecting family physicians' about referral for consultation.* CMAJ. 1997;157:265-72.  
Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
34. KRIKORIAN L, *Le carnet d'adresse du médecin généraliste : difficultés et besoin, vers un outil en ligne partagé ?* 99 p. Thèse de Médecine Générale: Université de Paris 7 : 2013.  
Disponible sur <http://www.bichat-larib.com>
35. <http://www.mesconfreres.com>

# **Annexes**

## **Guide d'entretien**

- Comment vous êtes-vous installés ?
- Comment exercez-vous ?
- Qu'est-ce qu'un réseau de soins pour vous ?
- Comment avez-vous construit votre réseau ?
- Pourriez-vous me parler de vos collaborateurs ?
- De quelle manière vous appuyez-vous sur vos collaborateurs ?
- Que pensez-vous de votre réseau ?
- Quelles sont les particularités du réseau de soin d'un généraliste ?

## **Journal de bord**

*Hiver 2017 :*

Sensibilisation à l'importance d'un réseau de collaborateurs dans l'exercice de la médecine générale durant mon premier stage d'interne, lors de discussions avec le MSU le Docteur Caparros et avec le Docteur Cassely.

*Hiver 2020 :*

Premières recherches bibliographiques sur les réseaux de soins en médecine générale, je m'aperçois qu'il n'existe qu'une seule étude qualitative qui porte exclusivement sur les qualités recherchées par les médecins généralistes chez leurs correspondants spécialistes.

*Février 2021 :*

Choix du sujet de thèse et de la directrice de thèse, le Docteur Raphaëlle Rousseau Durand.

*Avril à août 2021 :*

Réalisation de 11 entretiens qualitatifs semi dirigés, poursuite des travaux de recherche.

*août à octobre 2021 :*

Rédaction de notre thèse.

## Liste des abréviations, définitions

- **ALD** : Affection longue durée
- **ANAES** : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

Les CPTS ont été créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Une CPTS est un collectif d'acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux, créé à leur initiative, afin de renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur territoire (en résolvant un problème organisationnel ou en organisant la réponse à un problème de santé identifié).

En janvier 2021 on comptait 123 CPTS opérationnelles en France.

- **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DUMG** : Département universitaire de médecine générale
- **EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- **EPU** : Enseignement post universitaire
- **FMC** : Formation médicale continue
- **HAS** : Haute autorité de santé
- **IRDES** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- **ISNAR IMG** : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
- **MSP** : Maison de santé pluri professionnelle

Les MSP ont été introduites dans le code de la santé publique pour offrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007).

Il s'agit de structures dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens.

Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière.

En juin 2021, on recensait 1889 MSP en fonctionnement et 366 étaient en projets.

- **MSU** : Maître de stage universitaire
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé

- **OPTAM** : Option pratique tarifaire maîtrisée

- **PACA** : Provence-alpes-côte d'azur

- **PTA** : Plateforme territoriale d'appui

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les PTA dont l'objectif est d'apporter un soutien dans la prise en charge et l'accompagnement des patients en situations complexes.

Les PTA ont ainsi 3 missions :

- Informer et orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires.
- Aider à l'organisation des parcours de soins complexes : en facilitant les admissions et les sorties d'hospitalisation ou d'établissements de santé ; ou en favorisant le maintien de la personne au domicile ou sur son lieu de vie, en évitant les ruptures de parcours et en prévenant les hospitalisations inutiles ou évitables.
- Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles permettant une amélioration de la prise en charge des patients avec des parcours de santé complexes.

Il existe actuellement 9 PTA en région PACA (<https://www.paca.ars.sante.fr/pta>).

- **SASPAS** : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



## RÉSUMÉ

**Introduction :** Nés dans les années 80, les réseaux de soins sont aujourd'hui au cœur de notre système de santé. Le rôle central de coordination des médecins généralistes a été réaffirmé avec la mise en place du parcours de soins coordonnés au centre duquel on trouve le médecin traitant. Une des spécificités de la médecine générale est donc que son exercice sous-entend un travail en réseau. Mais quelle perception les médecins généralistes ont-ils de leurs réseaux de soins, comment les construisent-ils et les utilisent-ils ?

**Matériel et méthodes :** Cette recherche a fait l'objet d'une étude qualitative. 11 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Un guide d'entretien a facilité les échanges. Un double codage a été réalisé, permettant une triangulation des données. Une analyse par théorisation ancrée a été effectuée.

**Résultats :** L'analyse a permis d'établir les éléments suivants. Deux types de réseaux existent : les réseaux formels et informels, complémentaires. De nouveaux modes de coopération sont également apparus, à mi chemin entre ces deux types de réseaux : les communautés professionnelles territoriales de santé et les maisons de santé pluri professionnelles. La construction du réseau d'un médecin généraliste est une initiative personnelle. Ce travail débute pendant les études, et se poursuit durant toute la vie professionnelle. Il existe de nombreux moyens permettant de rendre son réseau le plus efficient possible. Le travail en réseau implique un processus de socialisation et permet de personnaliser les rapports entre professionnels de santé. Les attentes des médecins généralistes envers leurs correspondants semblent constantes: recherche de compétence technique, de disponibilité spatiale et temporelle, d'une bonne communication, mais aussi la recherche d'une compétence humaine qui permet une prise en charge optimale du patient.

**Conclusion :** La capacité à collaborer avec les autres professionnels de santé et structures de soins constitue une des compétences du médecin généraliste. Le réseau de soins que le médecin généraliste crée est un véritable outil de travail, qui lui permet d'exercer la médecine générale avec une approche centrée sur le patient en adaptant le correspondant qu'il propose au patient qu'il soigne.

**Mots-clés :** Réseau de soins, carnet d'adresses, collaboration en médecine générale, approche centrée sur le patient.