



HAL
open science

La constitution du carnet d'adresse des médecins spécialistes en médecine générale du Doubs et de la Haute-Saône, une étude qualitative auprès de 19 médecins

Pierre-Etienne Pernot

► To cite this version:

Pierre-Etienne Pernot. La constitution du carnet d'adresse des médecins spécialistes en médecine générale du Doubs et de la Haute-Saône, une étude qualitative auprès de 19 médecins. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04129141

HAL Id: dumas-04129141

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04129141>

Submitted on 15 Jun 2023

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

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



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

ANNEE 2023 - N° 23 - 043

*La constitution du carnet d'adresse des médecins spécialistes en médecine générale du
Doubs et de la Haute Saône, une étude qualitative auprès de 19 médecins.*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le **30 mai 2023** à 11 h
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Pierre-Etienne PERNOT

Né le 3 JUILLET 1993 à VESOUL

La composition du jury est la suivante :

| | | |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Président : | . TOUSSIROT Éric | Professeur des Universités |
| Directeur de la thèse : | . JORDAN Pascal | Docteur en médecine |
| Juges : | . DINET Benoit | Professeur Associé |
| | . MORENO José Philippe | Professeur Associé |
| | . ROSSI Dominique | Docteur en médecine |

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------|----|
| Sommaire | 1 |
| Abréviations | 3 |
| Introduction | 5 |
| Matériel et méthodes | 7 |
| Résultats | 11 |
| Carte heuristique | 25 |
| Discussion | 27 |
| Conclusion | 39 |
| Annexe | 41 |
| Bibliographie | 43 |
| Plan détaillé | 47 |

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COVID : COrona Virus Disease

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Science Médicale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENT : Espace Numérique de travail

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MDS : Maison De Santé

MG : Médecin spécialiste en médecine générale

RQDA : R package for Qualitative Data Analysis

SMS : Short Message Service

INTRODUCTION

Le carnet d'adresse est un outil utilisé quotidiennement par les médecins spécialistes en médecine générale (1), il est la source d'un réseau de soin permettant l'orientation du patient quand il nécessite un avis ou un examen particulier. Cet outil d'apparence anodine nécessite une attention permanente concernant l'ajout et le retrait de correspondants. Une question nous vient alors : comment s'organise le carnet d'adresse du MG et surtout : quels sont les critères motivant l'ajout ou le retrait du contact d'un confrère dans ce carnet ? Existe-t-il des critères intimes et sociologiques sous-tendant cette démarche ?

L'objectif de notre travail est de tenter de répondre à ces questions dans les départements du Doubs et de la Haute-Saône.

Une étude de la DREES (1) réalisée en 2007 dans 7 régions françaises énonce que 90% des médecins généralistes interrogés ont adressé au moins une fois leurs patients auprès d'un spécialiste, 85% auprès d'un pharmacien, ou encore 63% auprès d'un infirmier lors des 15 derniers jours.

Il existe par ailleurs des impératifs administratifs définis par la sécurité sociale (2) et le code de la sécurité sociale (3) définissant le parcours coordonné de soins.

Le Docteur Séjourné (4), s'inspirant de cette étude, a rédigé sa thèse sur le mode de constitution du carnet d'adresse des médecins spécialistes en médecine générale dans le département du Maine et Loire en 2009.

Ses conclusions étaient les suivantes :

- La confiance est l'élément clé.
- La qualité et la confraternité de la relation avec le correspondant est recherchée.
- L'hôpital est en perte de vitesse et risque sa marginalisation par les MG.

Nous pouvons nous interroger, au vu de l'évolution de la démographie médicale (5,6) avec une stagnation de la densité médicale (156 MG pour 100 000 habitants en 2012 versus 141 en 2021, et 141 spécialistes pour 100 000 habitants en 2012 versus 141 en 2021, en Franche Comté), si les MG composent leur carnet d'adresses par dépit avec les confrères qui sont disponibles ou s'il existe d'autres critères.

MATERIEL ET METHODE

I - Choix du type d'étude.

Notre étude se proposait d'interroger des médecins généralistes du Doubs et de la Haute Saône sur leur mode de constitution de leur carnet d'adresse. Pour y parvenir nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs.

II - Population et échantillon.

II - a - Population étudiée.

Au sein des médecins généralistes du Doubs et de la Haute Saône ont été inclus les médecins généralistes thésés, ils pouvaient être remplaçants ou installés. Dans le cas des MDS, si plusieurs rendez-vous d'entretiens nous étaient demandés, nous avons tirés au sort un médecin qui participait à l'entretien pour éliminer un potentiel biais de recrutement.

La zone géographique limitée au Doubs et à la Haute Saône a été définie comme telle pour limiter les déplacements et se limiter à un territoire connu de l'investigateur principal.

Au total, dix-neuf médecins généralistes ont répondu favorablement à notre étude, dix-huit entretiens ont été réalisés en présentiel, un seul a été réalisé par téléphone. Ces dix-neuf entretiens sont numérotés de E1 à E19. Les entretiens se sont déroulés pour la majeure partie au cabinet des répondants, 3 ont été réalisés au domicile du répondant.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont récapitulées dans le tableau suivant :

| Entretien N° | Âge | Géographie | Installation | Département | Sexe | Durée |
|--------------|-------|-------------|--------------|-------------|------|-------|
| 1 | 60-65 | Urbain | Seul | 70 | F | 42'53 |
| 2 | 45-50 | Rural | MDS | 25 | F | 42'20 |
| 3 | 30-35 | Urbain | Cabinet à 2 | 70 | F | 53'54 |
| 4 | 25-30 | Urbain | MDS | 70 | H | 55'44 |
| 5 | 60-65 | Urbain | Seul | 70 | F | 28'26 |
| 6 | 30-35 | Péri-urbain | Remplaçant | 70 | F | 48'48 |
| 7 | 50-55 | Rural | Seul | 25 | H | 33'37 |
| 8 | 60-65 | Rural | Seul | 70 | H | 42'05 |
| 9 | 35-40 | Rural | Cabinet à 2 | 70 | F | 30'00 |
| 10 | 35-40 | Péri-urbain | MDS | 25 | H | 45'56 |
| 11 | 35-40 | Péri-urbain | Cabinet à 3 | 25 | F | 51'38 |
| 12 | 60-65 | Urbain | MDS | 25 | H | 38'40 |
| 13 | 30-35 | Urbain | MDS | 70 | H | 40'25 |
| 14 | 40-45 | Péri-urbain | MDS | 25 | H | 44'21 |
| 15 | 30-35 | Urbain | Seul | 25 | F | 29'52 |
| 16 | 50-55 | Urbain | MDS | 25 | H | 36'01 |
| 17 | 50-55 | Urbain | Cabinet à 4 | 25 | H | 30'17 |
| 18 | 40-45 | Péri-urbain | Cabinet à 3 | 25 | F | 34'58 |
| 19 | 60-65 | Rural | Seul | 25 | H | 50'38 |

MDS : Maison de santé, F : Femme, H : Homme, l'âge est exprimé en année, 25 : Doubs, 70 : Haute- Saône, la durée est exprimée en minutes puis secondes.

Dix-huit répondants étaient installés, une seule était remplaçante. La catégorie d'âge est homogènement représentée s'étendant de 29 à 65 ans, la durée moyenne des entretiens était de 41'09 minutes.

II - b - Mode de recrutement.

Nous avons décidé d'exclure les médecins hospitaliers de notre étude.

Les modalités de contact ont été le mail, le téléphone et le SMS. Ces derniers étaient sélectionnés et démarchés via les mailing liste des médecins spécialistes en médecine générale répertoriés à l'ordre des médecins du Doubs et de la Haute Saône, via le listing des maîtres de stages de l'université de Franche Comté, et via nos relations personnelles. Le démarchage visait à expliquer l'objectif de l'étude, les modalités de l'entretien et étaient accompagnés, lors d'un démarchage par mail, d'une lettre de recommandation rédigée par le docteur Jordan, directeur de notre étude.

III - Méthode de recherche bibliographique.

La recherche bibliographique a été menée en français et en anglais. La plateforme de l'ENT de la bibliothèque universitaire de Besançon a été utilisée, les bases documentaires consultées étaient : Cairn, BMC Health service research et Google Scholar. Les sites internet de l'assurance maladie, du gouvernement et de l'ordre national des médecins ont été utilisés.

Les documents recueillis étaient référencés à l'aide du logiciel Zotero®.

IV - Méthode de réalisation des entretiens et retranscription des données.

Deux entretiens test ont été réalisés afin de clarifier les questions de relance et le mode d'interview, la grille d'entretien était alors très restrictive et beaucoup trop fermée. Ces derniers n'ont pas été utilisés dans l'exploitation des données.

Nous avons fait le choix de redéfinir notre grille d'entretien qui ressemblait trop à un questionnaire, la grille d'entretien finale comportait alors les thèmes principaux à aborder comme l'adressage idéal, les facteurs de changement d'interlocuteur ou encore des questions sur le ressenti de l'offre de soin. De plus, les entretiens semi-directifs nous semblaient plus pertinents dans cette étude qualitative. La grille d'entretiens utilisée lors de toutes les interviews est disponible en annexe 1.

La question d'initiation a toujours été la même : "Expliquez-moi comment s'est déroulé le dernier adressage que vous avez pu réaliser ?" puis en étaient issues des questions de relance qui permettaient d'aborder des thèmes forts s'ils ne l'étaient pas spontanément par le répondant.

Les entretiens ont tous pu être enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique Olympus® WS-853, après accord oral du répondant, afin de faciliter l'interaction et éviter la prise de note durant l'entretien. Le répondant a été informé de sa possibilité de rétractation à tout moment de l'étude et de l'anonymisation des données. Seul l'investigateur principal a eu accès aux enregistrements, ces enregistrements et leurs retranscriptions seront détruits à l'issue de notre étude.

Les entretiens ont été retranscrits via l'outil "Dicté" de Google Chrome® le plus fidèlement possible, puis relus et mis en page par nos soins. Les noms propres, les villes et les spécificités des médecins ont été masqués ou changés afin de garantir l'anonymat des répondants. Les entretiens ont duré de 28 à 55 minutes.

Ils ont ensuite été compilés dans le logiciel RQDA® pour le codage des verbatims. Ces codes ont ensuite été regroupés en catégories pour leur analyse. Un mémo et les spécificités des répondants ont été renseignés afin de garder en mémoire les points importants concernant chaque répondant.

La carte heuristique a été réalisée à l'aide du logiciel Vue®.

La période d'inclusion des médecins généralistes s'est étendue du 2 novembre 2022 au 24 février 2023.

Un entretien avec le directeur de l'étude a été réalisé à mi-chemin pour vérifier la pertinence des questions de relance, la qualité des entretiens et ne pas omettre des caractéristiques importantes pour l'étude.

RÉSULTATS

I - Généralités

Lors des deux entretiens test nous nous sommes aperçus que la tenue du carnet d'adresse n'était pas perçue de la même façon par tous les interrogés, nous amenant à expliciter que notre travail cherchait à mettre en évidence les déterminants conditionnant un ajout ou un retrait d'un confrère de leur carnet d'adresse et sous tendant l'adressage.

L'ambiance lors des entretiens était confraternelle avec une proposition de tutoiement réciproque très fréquente. Tous les entretiens ont été intéressants et contributifs malgré certains plus rapidement exécutés, ou d'autres encore très concis mais permettant néanmoins d'aborder toute l'étendue des thèmes. Un seul a été écourté par un rendez-vous de consultation, deux ont été interrompus par des demandes appels téléphoniques. Trois ont été réalisés avec un étudiant accompagnant le répondant, ces derniers ne sont pas intervenus.

Les dialogues commençaient souvent avant l'enregistrement et se poursuivaient après, avec parfois des réponses complémentaires, poussant l'investigateur principal à reprendre l'enregistrement.

Les répondants prenaient le temps de réfléchir et de répondre aux questions de l'investigateur principal, apportant des réponses le plus souvent élaborées.

Un grand nombre de répondants s'est trouvé surpris ou interpellés par certaines questions. *(Je m'étais jamais posé la question mais probablement oui, je pense que les attendus ne sont pas les mêmes E17).*

Certaines questions étaient redondantes mais apportaient parfois des réponses différentes ou complémentaires *(Tu m'avais demandé si mon passage à l'hôpital avait eu un impact et j'avais dit non, mais en fait... E15).*

Quelques répondants ont exprimé directement leur ressenti quant à l'étude *(ce serait vraiment le like motif de ta thèse E13).*

II - Les ajouts du carnet d'adresses.

Cette étude permet de nous rendre compte que la tenue du carnet d'adresse mobilise des ressources mnésiques mais aussi des ressources émotionnelles, ce qui est plus inattendu concernant un outil du quotidien. *(j'adresse pas un patient à un spécialiste par plaisir E13)*

La réflexion aboutissant à l'adressage d'un patient est une mécanique très élaborée, dépendant de la pathologie du patient, du degré d'urgence de la problématique ou encore des exigences du patient. Dans cet adressage transparaît les valeurs du généraliste *(J'écris le nom, c'est par respect E16)* ainsi qu'une certaine notion de confraternité *(ne pas léser confraternellement les autres E14)* à noter que certains médecins ne savent pas vers quel confrère leur patient va consulter et cette situation a tendance à les mettre mal à l'aise *(parfois j'envoie chez des gens que je ne connais pas. C'est terrible à dire. E3).*

II - a - La subjectivité.

L'utilisation du carnet d'adresses n'est pas qu'une réflexion objective mais comporte aussi des critères subjectifs.

La compétence est un critère évident, et les répondants sont d'accord avec cette affirmation, ils disent pour un grand nombre qu'il n'existe plus de mauvais confrère, si tant est que de tels confrères aient existés, et sont heureux de constater la progression de la codification et l'omniprésence des recommandations des sociétés savantes dans l'exercice médical. Mais la compétence, au-delà d'être un critère d'adressage, semble plutôt être un critère d'éviction *(je n'envoie pas du tout mes patients car ils ne sont pas compétents. E16).*

Un autre critère mis en évidence par notre étude renvoie au mode d'installation des spécialistes : qu'ils soient hospitaliers, installés en structures privées ou simplement libéraux ; qu'ils soient seuls ou associés en structure de groupe. Chacun de ces modes d'installation comporte des avantages comme la compétence technique de l'hôpital public et l'accès à un certain plateau technique et à des compétences, ou encore la flexibilité et la facilité d'accès aux cliniques souvent rapportées par les répondants. *(E1-E2-E7-E13)*

Il existe évidemment des inconvénients, comme le côté mercantile des structures privées (E19), ou le changement fréquent des chefs de cliniques hospitaliers en formation, certains répondants allant jusqu'à regretter le manque de fidélité des établissements hospitaliers. (E8-E12)

L'installation seul ou en groupe n'est pas un critère beaucoup pris en compte par notre échantillon, certains n'y prêtent pas attention quand d'autres remarquent qu'ils ne travaillent quasi exclusivement avec des cabinets de groupe, invoquant plus le hasard que la volonté. Si l'on doit résumer l'importance de ce critère ; un des répondants illustre bien l'attitude générale (*oui je préfère qu'ils soient en groupe. Mais je ne dirais pas à l'inverse « non n'allez pas là-bas car il est tout seul ».*E16).

Ceci dit, ils accordent une certaine facilité d'accès aux cabinets de groupe, déclarant que la pluralité apporte une plus grande harmonie de pratique et souvent un accès à des pratiques plus onéreuses qu'un confrère seul ne pourrait pas offrir, ne serait-ce qu'un secrétariat. (E11)

La réputation que peut avoir un spécialiste définit s'il recevra des patients de certains répondants ou non, cette réputation peut être le fait des retours de patients ou de collègues, appréciant le plus souvent que le confrère prenne l'initiative de se présenter en personne ou d'envoyer un courrier d'installation (E12-E19), mais cette démarche ne garantira pas systématiquement l'entrée dans le carnet d'adresses. Cette relation se construira au fil du temps et l'entrée de nouveaux correspondants dans un réseau qui fonctionne déjà bien n'intéresse pas forcément les répondants les plus expérimentés. (E8)

A force de travailler ensemble, un lien de confiance va se développer et deviendra central dans la démarche d'adressage, elle sera transmise au patient que le répondant cherchera à rassurer en lui précisant (*j'ai vraiment confiance* E1).

Cette confiance se construit sur de multiples critères comme l'amitié, la compétence, l'attitude du confrère à l'égard du patient ou encore la disponibilité ; et bien sûr cette confiance se devra d'être réciproque (*Je veux que le confrère en face ait confiance en moi* E2).

Elle sera le fruit d'une expérience répétée, de courriers de qualité, d'échanges téléphoniques en direct. Une rencontre en formation, permettant de se rendre compte comment le confrère aborde certaines problématiques, va aussi participer à la construction de cette confiance. Cette rencontre pouvant elle aussi être critiquée à l'image d'une répondante qui fait cette remarque très pertinente : *(c'est biaisé puisque ça ne montre son relationnel qu'avec ses confrères, pas avec ses patients, parfois c'est pas du tout la même chose. E15).*

Mais dans la globalité, les répondants sont d'accord pour dire que rencontrer ses interlocuteurs apporte une sympathie et une facilité de contact que le simple échange professionnel ne permet pas d'obtenir. *(E2 - E8)*

Il existe une tendance à oublier que le médecin peut lui-même être patient, il se trouve que notre étude met en lumière un lien avec l'adressage quant à l'expérience que le répondant aura eu en tant que patient. Une expérience satisfaisante va favoriser l'adressage des patients vers le même médecin, certains soulevant cependant une certaine gêne à savoir leurs patients suivis par le même interlocuteur qu'eux-mêmes. Une mauvaise expérience va naturellement dégrader la relation et fera éviter ce praticien aux répondants. *(E2-E18)*

Cette expérience permet aussi d'obtenir des informations plus objectives comme l'accessibilité, l'existence d'un parking, les retards, le mode d'exercice, ou encore la compétence technique : quand un répondant est satisfait d'une intervention, il va augmenter son niveau de confiance envers son confrère. *(c'est lui qui m'a opéré personnellement donc j'envoie vers lui E13)*

A l'heure de la discussion de la revalorisation des actes médicaux, un paramètre mérite notre attention : le coût de la consultation et l'aspect financier plus globalement. L'argent que devra dépenser le patient pour régler sa consultation, ou la contribution de la société pour se rendre sur place par exemple. Ce sont des critères qui sont considérés par les répondants, mais ils ne sont pas centraux, ils se trouvent souvent légitime de demander un examen coûteux ou d'adresser leurs patients chez des praticiens pratiquant le dépassement d'honoraire.

Une partie de l'échantillon évince ce critère par dépit, déplorant une offre de soins changeante avec une progression du nombre de confrères en secteur 2, ils déclarent que s'ils faisaient appel qu'à des confrères ne pratiquant pas les dépassements d'honoraire, leur choix serait drastiquement réduit. (E8)

Notre panel de répondant y accorde dans l'ensemble peu d'importance, n'ayant pas de conséquence sur le renoncement aux soins de la part de leurs patients et il apparaît finalement plus comme un critère du point de vue du patient que du médecin. (E2- E9)

Tous ces critères qui semblent importants aux médecins répondants posent les fondements de l'adressage, mais nos entretiens montrent qu'il existe un paramètre affectif dans l'adressage, une part viscérale de la relation entre confrères (*j'ai tendance à dire « ben vous verrez lui il va bien s'occuper de vous » E10*) plaçant le MG devant ses peurs, qu'elles soient pour la sécurité du patient ou la peur de déranger par un avis téléphonique. Cet investissement émotionnel lui permet de se rassurer et de rassurer son patient, passant par une certaine émotion quand le dénouement est heureux (*ça met les larmes aux yeux E3*) ou le blessant dans sa fierté quand le travail fourni n'est pas apprécié à sa juste valeur (*je suis vexé mais au moins j'ai fait mon boulot E5*).

N'oublions pas que cette relation tripartite médecin traitant - patient - spécialiste d'organe, reste avant tout une relation humaine avec toute sa richesse et ses aléas.

II - b - La légitimité.

Nous avons pu nous rendre compte que certains répondants se demandent s'ils sont légitimes de solliciter un confrère spécialiste d'organe, ils craignent parfois que leur question soit injustifiée, ce sentiment semble se retrouver surtout chez les plus jeunes des répondants (E6). La peur de demander un avis "pour rien" est évoquée par certains répondants, Quelques-uns expriment un risque de décrédibilisation et de perdre la confiance qu'accorde le correspondant au MG. (E15)

Parfois, cette légitimité se pose au regard de la société : est-ce que je vais faire dépenser de l'argent pour que ce patient ait une consultation ? C'est une question que se posent quelques médecins lors de la démarche d'adressage. (*Coûter de l'argent à la sécu pour un truc qui ne sert à rien non, on fait attention. E3*)

II - c - Le profil du correspondant.

Nous avons remarqué qu'une certaine réflexion est nécessaire avant de réaliser l'adressage mais au-delà du motif pour lequel le patient a besoin d'une consultation spécialisée, nos entretiens ont pu mettre en évidence des déterminants plus subjectifs comme l'affinité avec l'exercice de la médecine, des sensibilités à des mesures de prévention, la preuve d'une réflexion élaborée, une prise en compte de la question posée par l'omnipraticien. On retrouve dans nos entretiens une idée de retenue et de mesure qui est particulièrement appréciée, c'est à dire que lorsque se pose la question d'un acte invasif, le médecin sollicité saura y renoncer et saura l'exprimer. *(Les gens qui ont la décence de dire qu'il ne faut pas opérer je trouve ça bien E19)*

Au-delà de ces critères de sélection, notre étude a mis en évidence des attentes intrinsèques du correspondant, certaines spécialités ne se retrouvent que dans un milieu hospitalier, ici, et les répondants en sont bien conscients, la démarche est biaisée et le choix se fait par défaut. Le plus souvent les médecins en sont satisfaits mais savent que leur choix est réduit, c'est une situation qui leur donne un sentiment d'impuissance (E10).

Les rapports avec les services du CHU sont souvent mauvais et déplorés par les répondants, ils se plaignent d'un manque d'amabilité et d'une opacité qui grève les échanges. Dans nos entretiens on retrouve une minorité de médecins qui vont privilégier le secteur public, invoquant des raisons pertinentes de formation, certains estiment qu'il est de leur devoir de renvoyer l'ascenseur à cette institution qui les a formés.

Pour rester dans les valeurs, certains répondants ont tendance à privilégier les confrères libéraux car leur vision de leur métier est profondément libérale *(pour moi ça allait de soi de m'installer et faire du libéral, donc je vois avec mes collègues libéraux. E11)*

Les attentes de pratique sont parfois exigeantes en termes de compétence et de surspécialisation, ils attendent une prise en charge de A à Z de leurs patients, afin qu'ils ne soient pas déplacés d'un confrère à l'autre. Des domaines comme l'orthopédie, la neurochirurgie ou encore la chirurgie cardiaque sont particulièrement concernés par ces exigences.

Nous remarquons que la confraternité est un critère important, les répondants cherchent à ne pas léser leurs confrères en orientant trop précisément leurs patients, certains allant jusqu'à parler de clientélisme. (E12, E10)

Une certaine constance est attendue de la part des médecins traitants, que ce soit en termes de pratiques, de disponibilité, de vitesse de réponse ou encore de mode d'exercice. Jusqu'à exiger une fidélité de la part de leurs correspondants, délaissant les interlocuteurs trop changeants mais néanmoins très compétents du secteur public. Une partie des MG va remarquer qu'à force de travailler avec les mêmes personnes, même au sein d'un cabinet de groupe, ces derniers vont produire des efforts que leurs associés ne feront pas. (E8, E16)

Tous ces critères ouvrent la porte à un champ de représentations (E13 *le spécialiste il se dit « ben il se bouge les fesses donc je me bouge un peu de mon côté aussi »*), le médecin peut idéaliser son correspondant et lui attribuer des caractéristiques et des sentiments, qu'ils soient réels ou fantasmés.

II - d - La vision de l'offre de soins.

L'hypothèse principale de notre étude était que l'offre de soin limitée n'offrirait que peu de choix aux médecins désireux d'adresser leurs patients auprès d'un confrère, voyons si cette hypothèse se révèle appropriée ou non.

L'offre hospitalière est irrégulière d'après les répondants, étant soumise à des facteurs indépendants de leur volonté, aux départs et évolutions de carrière des uns et des autres. Ils regrettent de ne pas pouvoir hospitaliser leurs patients quand la situation se présente, par manque de lits disponibles et une offre toujours en flux tendu.

Ils regrettent également une omniprésence des urgences avant tout accès à l'hôpital et ce au détriment de leur expertise de MG (*on est obligé de faire passer les gens par les urgences et ça, ça ne me convient pas du tout E10*), un problème retrouvé dans une moindre mesure dans le domaine privé.

Pour finir ils déplorent que les examens réalisés en ville, au lieu de faciliter et avancer le travail de leur confrère, devront être de nouveau réalisés au sein de la structure car ces derniers n'ont pas accès aux mêmes outils que les médecins libéraux. (E11)

Quant à l'offre globale, elle satisfait la plupart d'entre eux, déclarant que lorsque le besoin d'un avis se fait sentir, ils peuvent l'obtenir sans trop de difficulté.

Le ressenti de l'offre de soins est donc mitigé, l'expression (*On est pas trop mal loti E9*) revenant malgré tout fréquemment, une portion des médecins interrogés en est satisfait, quand d'autres effectuent leur adressage par dépit.

La situation du cabinet du médecin répondant n'explique pas ce ressenti car il existe des médecins urbains adressant par dépit malgré la proximité des confrères (*E12*) et des médecins ruraux très satisfaits de leurs choix tout en étant éloignés des agglomérations (*E7*).

II - e - Les adresses retirées du carnet.

Nous avons étudié jusqu'à présent les déterminants positifs de l'adressage, mais concentrons-nous désormais sur les déterminants négatifs de cette démarche.

On remarque assez rapidement que les répondants n'apprécient pas ne pas recevoir de compte rendu à la suite d'une consultation, ils vont donc mettre de côté ce correspondant en invoquant des motifs comme l'impossibilité de mettre à jour le dossier du patient, le manque de fiabilité des dires du patient ou encore la pénibilité de devoir recontacter son confrère pour avoir des précisions. (*E5 - E12*)

Ils attendent naturellement une certaine bienveillance et correction de la part de leur confrère, exigeant d'eux un comportement approprié et l'absence de critique que ce soit auprès du médecin traitant ou du patient lui-même. Si de tels événements venaient à se produire, le correspondant serait évincé du carnet d'adresse. (*un spécialiste qui engueule mes patients je vais pas lui adresser mes patients E12*)

Le temps est précieux, ainsi les répondants évitent les spécialistes, pratiques ou structures qui leur font perdre du temps comme les standards téléphoniques interminables, les machineries administratives lourdes, on même les voies de communication sécurisées au détriment des recommandations.

Ils déclarent qu'un SMS est beaucoup plus pratique et rapide qu'un mail via une messagerie sécurisée, ou pire encore : une plateforme lourde et instable de téléexpertise.

Ils ont à cœur une vision du spécialiste d'organe, qu'ils vont tenter de retrouver auprès de leurs interlocuteurs et exècrent les confrères donnant des consignes au lieu de les prescrire, estimant que chaque médecin est responsable de ses prescriptions et que le MG n'est pas le prestataire du spécialiste d'organe (*certaines correspondants qui ne prescrivent jamais rien et qui nous font prescrire E17*).

Au lieu d'une éviction franche et définitive, des répondants vont éviter momentanément certains spécialistes estimant qu'une baisse de régime peut concerner tout un chacun (*E14*) et pourquoi pas revenir par la suite auprès d'eux quand la situation se sera améliorée. Une autre alternative est de leur réserver des problématiques particulières comme l'urgence ou une expertise particulière, ou encore un suivi déjà initié. (*E6*)

Il existe des répondants qui évoquent la machinerie administrative comme frein à l'adressage, lui attribuant des contraintes et une inertie à un acte si courant qu'il en devient pénible au lieu d'être facilité.

Certains sont plus pragmatiques et mesurés et ne retirent jamais de correspondant de leur carnet d'adresse, invoquant le libre choix du patient et la nécessité de pouvoir, malgré tout, échanger avec le médecin sur lequel leur choix se sera arrêté. (*E5*)

II - f - L'influence du patient.

Ces différents entretiens nous ont permis de mettre en évidence que le patient est décisionnaire de son orientation, c'est lui qui aura le dernier mot et qui choisira vers quel médecin son choix va se porter.

Certains critères sont importants à leurs yeux d'après les répondants, comme le délai du rendez-vous qui fait souvent l'objet de pressions et de mécontentement, la localisation du cabinet, où certains patients abhorrent les centres villes et zones urbaines, ou les modalités d'accès comme un parking accessible ou un ascenseur (*E10*). Il est observé que, si elle permet d'améliorer un de ces critères, la distance que le patient devra effectuer pour se rendre à son rendez-vous deviendra un critère de second plan. Les médecins traitants auront tendance à accéder aux requêtes de leurs patients, quitte à envoyer leurs patients chez des confrères qu'ils ne connaissent pas. (*E6*)

Un autre paramètre qui semble à la discrétion du patient sera le sexe du spécialiste, les répondants ne prêtent pas attention à ce critère, et ils attribuent aux patient une réflexion spécialité dépendante, n'accordant aucune importance au sexe du confrère cardiologue, quand celui de l'urologue sera un point de réflexion.

La pression exercée par le patient sur son médecin peut être subie ou ignorée, mais à chaque fois entendue et évaluée, le médecin essayant de composer avec ces exigences. Certains répondants accèdent aux requêtes si celle-ci soit justifiée ou dûment effectuée, et certains vont y être hermétiques si la demande est injustifiée ou trop insistante, mettant le patient devant ses responsabilités.

Il peut arriver qu'un patient prenne rendez-vous de lui-même auprès d'un médecin et que cette initiative ne soit pas appropriée, une fois encore les répondants sont d'accord pour rappeler que le patient choisira peut-être son interlocuteur, mais la démarche de l'adressage restera le propre du médecin traitant. (E1-E6-E10)

Quelques patients sont particuliers par leurs caractéristiques, que ce soit leur âge, une pathologie particulière, un tempérament spécifique ou encore un handicap, nous avons pu remarquer que ces derniers étaient pris en charge avec une certaine attention, que le médecin composait avec ces caractéristiques poussant encore plus en avant la réflexion (E1), et déplorant, par exemple, l'absence de prise en charge d'un patient en fauteuil roulant ne pouvant accéder au cabinet.

Les répondants ont, dans l'immense majorité, tendance à s'adapter aux souhaits des patients et à leur particularité, il en va de l'alliance thérapeutique (E18).

Enfin certains critères n'interviennent pas dans le choix du patient, comme la compétence médicale, d'après les répondants les patients ne sont pas aptes à la juger, ou quand un confrère très compétent sera boudé à cause de son capital sympathie.

Un point notable que certains répondants mettent en évidence : la pression exercée par les patients peut être délétère à la bonne organisation du parcours de soin, quand le médecin traitant va céder à la pression et réaliser un passage en force du rendez-vous. Cette manœuvre remet en cause la confiance mutuelle et est à l'origine de l'abandon de certaines pratiques comme la prise directe de rendez-vous sur des créneaux dédiés. (E11)

II - g - Les nouveautés de l'adressage.

Avec le développement ces dernières années de la téléexpertise on remarque qu'une petite partie de l'échantillon l'utilise facilement et fréquemment, quand une autre la délaisse totalement. Certains l'utilisent de façon détournée en envoyant des photos directement à leur confrère dermatologues, radiologues ou orthopédistes, et une grande partie des répondants sont d'accord pour dire que c'est une machinerie assez lourde, peu intuitive et souvent peu fonctionnelle (E6 - E12)

Les avis sont donc mitigés, mais lorsque la pratique est encadrée par une structure, comme l'ARS, les répondants ont tendance à être plus enthousiastes.

II - h - Les améliorations de l'adressage.

Les répondants ont déjà réfléchi à des axes d'amélioration dans leur pratique d'adressage. Une partie d'entre eux sont satisfaits des conditions d'adressage actuelles et ne pense pas qu'il soit nécessaire de les améliorer(E17).

Certains pensent qu'il est difficile d'adresser ses patients de nos jours, entre la démographie médicale, les confrères injoignables, ceux qui ne trouvent pas de successeurs et les contraintes administratives. (E12)

Les répondants souhaitent une amélioration concernant les moyens d'information, pourquoi pas créer une base de données compilant les informations des médecins de la région, une telle base de donnée existe déjà mais aucun répondant ne l'a mentionnée, elle ne précise pas la surspécialité, c'est une compilation des données de l'assurance maladie en format opendata (7).

Un point soulevé par de nombreux médecins interrogés est la possibilité de joindre leur confrère via une ligne directe pour un avis rapide, et ainsi se passer de l'attente téléphonique. Un mail direct pourrait leur convenir pour les questions si celui ci est consulté et donne lieu à une réponse dans la semaine. (E6)

Les répondants sont d'accord pour dire qu'une unification des pratiques, notamment pour la radiologie, entre la ville et l'hôpital, serait un vrai plus et redonnerait du sens à la prise en charge ambulatoire ou pré hospitalière. (E14)

III - Carnet d'adresse et communication.

Attachons-nous désormais à définir comment les répondants définissent et usent de leur carnet d'adresse.

III - a - La forme du carnet d'adresse.

Sa forme, dans un premier temps, peut être très variable, soit le carnet papier, une feuille, ou encore un petit calepin (*E11*) soit une base existante qui est améliorée au cours de l'usage comme le GPS (Guide Pratique des Spécialités) distribué aux internes du CHU de Besançon (*E15*). Avec l'évolution des technologies on retrouve aussi le support numérique qu'il soit inclus dans le logiciel métier ou créé de toute pièce par le répondant, au format Word ou Excel. Ce document peut être partagé avec les collègues du cabinet ou les internes en formation, ou encore avec les remplaçants (*E6*). Il existe aussi une particularité notable : le carnet d'adresse mental où toutes les informations sont dans la mémoire du médecin.

III - b - Les différents noms donnés au carnet d'adresse.

Son nom, dans un second temps, peut être classiquement le carnet d'adresse, le réseau de soin, ou des élaborations plus complexes dont l'une d'elle ne nous a pas laissé indifférente : (*un petit tissu relationnel avec certains spécialistes E13*) laissant supposer que les différents intervenants de ce tissu relationnel vont être mêlés ensemble et interconnectés.

III - c - Le contenu du carnet d'adresse.

Ce carnet d'adresse ou réseau de soin, qu'il soit papier, digital ou mental, va contenir la plupart du temps le nom du confrère, son numéro de téléphone, le numéro de fax, son e-mail, la spécialité et surspécialité, très rarement le secteur de conventionnement, ils seront plus ou moins ordonnés en fonction des désirs du répondant, rarement par ordre alphabétiques ils seront plutôt regroupés par spécialité. (*E2-E10-E17*)

III - d - Les sources d'informations.

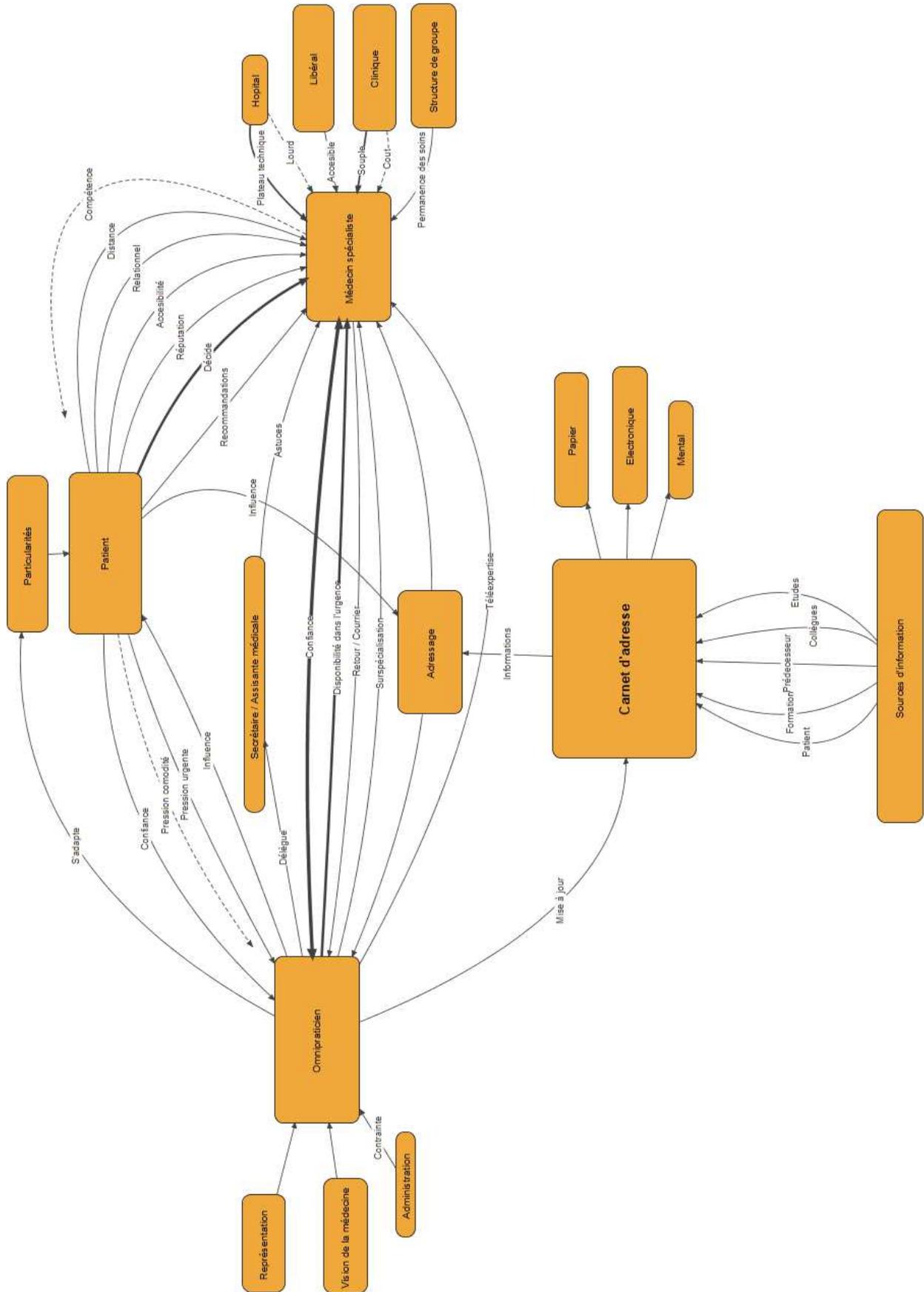
Ces informations sont obtenues de diverses manières, parfois étonnantes : une opportunité à l'occasion d'un appel au standard de l'hôpital, ou si un patient rapporte des informations à son médecin, via les collègues, souvent du même âge ou encore les assistants médicaux (*la secrétaire aussi, elle a ses petits créneaux, ses petites enfiles E3*). Dans le cas de successions, le prédécesseur aura une place importante, d'une part car les patients auront déjà un suivi débuté auprès d'un confrère et d'autre part pour faciliter les relations, tel un passage de relais, le carnet d'adresse vient avec les clefs du cabinet.

Une source d'informations non négligeable sera le parcours étudiant du médecin, celui-ci va glaner des informations et rencontrer des praticiens avec qui il voudra poursuivre son travail. Les quelques interviewés n'étant pas issus de la région ont déclaré que découvrir l'offre en spécialité d'organe n'était pas chose aisée.

Il est intéressant de noter une source d'information originale : la famille du répondant. En effet, un petit nombre de répondants ont des enfants qui travaillent dans le domaine de la santé, et lorsqu'ils ont besoin d'une information ils n'hésitent pas à les solliciter. (*par le biais de l'ami de mon fils qui est dermatologue E8*)(E5-E19)

Pour finir, certains, mais loin de représenter la majorité, n'ont que des amis dans leur carnet d'adresses. (E16)

CARTE HEURISTIQUE



DISCUSSION

I - Faiblesses.

- Notre étude s'est concentrée sur 19 omnipraticiens installés dans le Doubs et la Haute Saône, nous avons écarté le Territoire de Belfort et le Jura, nous sommes loin d'être représentatifs de la population générale.
- Le démarchage des répondants se basant sur le volontariat, leur représentativité peut être mise en cause.
- L'investigateur principal étant lui-même médecin, l'énoncé des questions et la compréhension des réponses peuvent être biaisées de façon subjective.
- L'exclusion des médecins hospitaliers grève encore les critères de représentativité et l'abord de nouvelles thématiques qui peuvent leur être propres.
- La période de recrutement courte (4 mois) a probablement diminué le nombre de répondants.
- Se pose la question du biais de désirabilité, les réponses des différents médecins interrogés pouvant être orientées pour répondre à une attente de l'investigateur plutôt qu'une réponse franche.
- Un dernier défaut serait le fait qu'un certain nombre de répondants étaient des connaissances ; soit de l'investigateur principal, soit du directeur de thèse.

II - Forces.

- La force principale de ce travail repose sur l'originalité de son thème, en effet, la bibliographie est peu étoffée.
- Les médecins interrogés ont trouvé le sujet intéressant et un grand nombre d'entre eux ont été enthousiastes à nous accorder un entretien. Certains ont même manifesté leur souhait de recevoir les résultats de l'étude.

- Les critères des médecins interrogés sont variés, la parité homme femme est respectée avec 9 femmes pour 10 hommes, la répartition géographique semble proportionnelle à la répartition réelle des médecins, soit 11 doubiens pour 8 hauts saônois. Toutes les classes d'âges des médecins en exercice sont représentées. Notre échantillon comporte un peu plus de médecins urbains (9) que de ruraux et périurbains (5 et 5).
- Les entretiens étaient assez longs pour être tous exhaustifs, mais assez courts pour pouvoir l'inclure dans le planning des répondants.

III - Faits particuliers.

Bien que l'utilisation du carnet d'adresses soit une pratique hebdomadaire, si ce n'est quotidienne, il existe peu de littérature concernant les déterminants sociologiques de cette démarche. Ont été menées par ailleurs une grande quantité d'études sur le lien ville – hôpital, comme celle du docteur Doumenc (8).

Un critère original est établi par le fait que l'utilisation du carnet d'adresses va être véritablement investie d'émotions très diverses, comme la peur, la réassurance, la confiance ou encore l'humour. Cet investissement pousse le MG à se faire une représentation de son correspondant : certains seront accessibles et sympathiques quand d'autres seront plus volontaires, ou d'autres encore plus rigides et strictes.

IV - Confrontation aux données scientifiques.

IV - a - La confiance.

Notre travail met en évidence l'importance du contact personnalisé et confraternel avec l'interlocuteur, la confiance est mise en exergue et l'avis du patient est primordial pour des critères d'accessibilité, de coût ou de délais.

Elle définit l'alliance thérapeutique que pourra forger le médecin avec son patient, l'incluant dans un parcours de soins avec ses confrères.

D'après le professeur Ourabah, dans son étude publiée dans le bulletin de l'académie nationale de médecine, le choix du correspondant est influencé par les collègues, le prédécesseur ou les groupes de pairs (9).

Le contenu brut du courrier est souvent étudié et semble un critère très important de l'adressage dans sa part de précision surtout.

IV - b - L'offre de soins.

Nous avons eu l'occasion d'aborder la démographie médicale et l'offre de soins dans nos résultats, ce paramètre se fait ressentir dans la déclaration des répondants, qualifiant pour une grande partie de difficile l'exercice de l'adressage, dont certains évoquent une réflexion "par dépit", quand d'autres, les plus âgés, sont heureux d'avoir un carnet d'adresses solide.

Les dossiers de la DREES (5) publiés en 2021 montrent, depuis 2012, une diminution du nombre standardisé de spécialistes en médecine générale pour 100 000 habitants en Franche Comté de 15 individus et une stagnation parfaite à 141 individus pour 100 000 habitants pour l'offre en médecins spécialistes d'organe.

Une réflexion peut se construire alors : quelles sont les raisons de ce ressenti ? L'offre étant constante, ce ressenti devrait lui aussi l'être, or si l'on compare l'offre de soin à une marchandise on pourrait se demander si l'offre est bien restée la même, les médecins spécialistes exercent-ils sur des plages horaires plus réduites ? Accordent-ils plus de temps à la consultation ? Ont-ils un mode d'exercice différent ? Les médecins adresseurs ont-ils formulé plus de demandes pour saturer l'offre disponible et la faire paraître réduite ?

L'étude du docteur Gentile dans santé publique (10) montre que l'attitude des patients, ainsi nommés les usagers du système de santé, est qualifiée de consuméristes et d'exigeants, cette observation n'est pas récente car sa première description date de la fin du XXe siècle dans le travail de thèse du docteur Steg (11), où il est précisé que l'urgence est plus souvent ressentie que réelle. Les demandes insistantes de rendez-vous rapide pour une urgence ressentie peuvent être une piste d'explication de l'augmentation des demandes de consultations auprès des confrères.

Le ressenti des MG quant à l'offre de soins est pessimiste, en effet : 4 sur 5 pensent en 2020, dans « étude et résultats » de la DREES (12), que l'offre de soin va continuer de se dégrader dans les années à venir et expriment des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients.

Une piste d'amélioration serait l'éducation thérapeutique des patients, afin de les rendre maître de l'évaluation de leur problème et de relativiser son urgence. Cette attitude libérerait du temps médical aux MG qui seraient alors alloué aux autres patients ou à d'autres soins.

Ces deux points se concentrent sur les usagers du service de santé, et n'auront pas d'effet direct sur la démographie médicale. Politiques et administratifs apporteront peut-être une solution directe dans les années à venir.

IV - c - Les axes d'améliorations.

Les axes d'amélioration des correspondances soulevés par notre étude sont représentés par deux items : une ligne directe pour avoir accès à leurs interlocuteurs, et une unification des pratiques dans l'utilisation des outils techniques.

Dans notre étude la question n'était pas toujours explicitement posée mais des notions comme l'unification des pratiques et le désir de savoir en avance certaines caractéristiques de leurs interlocuteurs, comme la surspécialisation, ont été énoncées par les répondants. Le souhait d'avoir accès à une base de données a également été abordé et semblerait, le plus souvent, être une véritable aide pour les nouveaux installés, mais moins pour les plus anciens des répondants qui ont un réseau de soins plus solide et étoffé.

Des travaux concernant une base de donnée ont été réalisés, comme dans la thèse du docteur Krikorian (13) ; les attentes des MG sont qu'un tel outil soit exhaustif, facile d'utilisation et devra apporter des informations comme la surspécialisation des correspondants.

Une ligne directe pour échanger avec son confrère serait une amélioration majeure des relations professionnelles, les docteurs Babinet, Maréchal ou Barbet, dans des revues variées telles que la revue de médecine interne, néphrologie et thérapeutique ou encore neurologie - psychiatrie - gériatrie (14-16), montrent qu'un tel dispositif augmente le nombre d'appel mais ne modifie pas leur motif, une tendance de moindre passage aux urgences semble se dégager. Dans toutes les études passées en revue, et notamment celle du docteur Perlat (17), une telle initiative est louée par les médecins concernés et favorise les échanges avec l'hôpital.

A noter qu'un critère économique du coût du déploiement d'une ligne directe est souvent soulevé.

IV - d - La communication.

Maintenir son carnet d'adresses à jour est indissociable de la communication, on remarque que le courrier, qu'il soit reçu ou envoyé est primordial, que le mail et le SMS occupent une place de plus en plus importante. Cet exercice, d'après la thèse du docteur Dumont (18), est parfois chronophage mais néanmoins nécessaire, il est souvent évoqué une difficulté à trouver des interlocuteurs en fonction des domaines de spécialité et que certaines pratiques, la télémédecine notamment, étaient contraignantes mais néanmoins pratiques.

La littérature est d'accord pour dire que l'humanisation des relations via des rencontres et des formations interprofessionnelles reste essentielle. (9)

Mais ces rencontres, comment les provoquer ou les favoriser ? La formation médicale est une occasion de rencontrer ses confrères, Martin Marshal dans le British Medical Journal (19) énonce que les médecins n'apprécient guère la recherche de connaissance par les lectures scientifiques et préfèrent de loin assister à une conférence d'un de leur confrère ou encore apprendre par le biais des réponses qu'ils obtiendront de leurs différents adressages. C'est un point intéressant que notre étude retrouve partiellement, quand certains médecins apportent de l'importance au contenu du courrier et à la précision que leurs homologues sont capables d'apporter.

L'enseignement de la communication, dans les travaux du docteur Kurtz publiés dans le Radcliffe medical press (20-21), semble être un point d'amélioration du ressenti des correspondances. Il est souvent évoqué une nécessité de formation initiale et continue des étudiants en médecine, via des ateliers ou des cours magistraux. La communication médicale n'est pas innée et peut s'apprendre, à l'instar de la thèse du docteur Margo (22), et les étudiants en Diplôme d'Etude Supérieur semblent enthousiastes face à de tels ateliers.

Le docteur Kurtz formule à juste titre cette remarque : "Pourquoi devrions-nous choisir entre un médecin compétent et un médecin efficace dans sa communication ?" (20). Ces deux critères semblent s'exclure l'un et l'autre d'après elle.

Le comportement des médecins face aux progrès technologiques tels que la télé-expertise est loin de faire l'unanimité, préférant le contact habituel et se plaignant d'une complexité chronophage des plateformes dédiées (23).

C'est depuis la loi HPST de 2009 (24) que ces pratiques sont promues et développées, mais le professeur Allaert (23) met en évidence un flou concernant la législation et la rémunération de la télémédecine qui nécessite une clarification réglementaire pour espérer séduire les médecins. Il annonce de plus que le déploiement encadré de la télémédecine sera un outil puissant et un facteur d'équité pour les zones en désertification médicale. Les observations que nous faisons aujourd'hui dans le Doubs et la Haute Saône sont plus mitigées et la télé expertise n'a visiblement pas eu l'effet escompté.

La perte d'attrait de l'hôpital quant à sa place dans le carnet d'adresses se renforce au fil des ans et notre étude le confirme avec certaines nuances, le qualifiant d'opaque et d'impénétrable, mais reconnaissant toutefois les efforts mis en place concernant les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatif et les numéros directs des services uniquement hospitaliers. Une alternative trouvée par le docteur Richard (25) est d'être attaché hospitalier, pour montrer au milieu hospitalier l'investissement du MG et pour garder un pied à l'hôpital et ainsi être au plus proche de la source d'information et des changements de pratiques fréquents. Notre étude à exclut les médecins hospitaliers, une autre approche les incluant pourrait permettre d'ouvrir ce point de l'exercice partagé. Il est aussi fait mention d'une meilleure formation dans certaines spécialités d'organe, permettant de réaliser un travail en amont de la consultation avec le confrère hospitalier.

Un dernier point soulevé dans l'étude publié dans BioMed Science par le docteur Berendsen (26) est la difficulté de communication avec l'hôpital, les délais dans lequel les courriers sont reçus ne sont pas considérés comme acceptables ce point peut faire l'objet d'une très nette amélioration.

Cette relation avec l'hôpital est souvent l'objet d'études et d'essais d'amélioration, dans des pôles souvent similaires : la gériatrie, la psychiatrie ou encore les soins palliatifs et la cancérologie. Chaque centre hospitalier, comme celui du docteur Fournier(27), bénéficie de son initiative, certaines visent à éviter le passage par les urgences quand d'autres épaulent le médecin de famille dans la prise en charge du patient à domicile. Ces initiatives permettent de créer du lien avec l'hôpital, de sécuriser la prise en charge des patients, d'éviter les doublons de prise en charge ou encore un meilleur passage du préventif au curatif.

Certaines équipes arrivent à se passer d'un suivi téléphonique au profit d'un suivi par un médecin de ville, qui sera souvent le médecin traitant, pour les patients traités en ambulatoire par anticancéreux dans le cadre du suivi ADOM mis en place par le docteur Boiron (28), ils remarquent une meilleure observance et une meilleure confiance du patient dans son traitement, le revers de la médaille est le manque de précision des informations délivrées ne permettant pas de rendre le patient expert de sa maladie (24).

D'autres alternatives, mises en évidence par le docteur Bobony à l'occasion du congrès annuel de la société francophone du diabète à Marseille, existent pour renforcer le lien ville-hôpital, par le biais d'infirmières coordinatrices (29) ou d'infirmières expertes.

IV - e - Le rôle central du médecin traitant.

Nous démontrons dans notre étude que le médecin de famille est toujours central dans la prise en charge du patient, avec une progression du travail en équipe, que ce soit avec d'autres médecins ou des employés comme une secrétaire ou une assistante médicale.

Il est démontré, dans la méta analyse du docteur Sciaoli publiée dans le BMC family practice (30) que ces personnes peuvent avoir une influence véritable dans les échanges que pourra avoir un médecin avec son confrère : l'omnipraticien reçoit plus de courrier de la part des spécialistes d'organe s'il en envoie lui-même en amont, celui-ci aura tendance à envoyer un courrier plus souvent ou plus rapidement si ce dernier a une secrétaire ou une infirmière auprès de lui.

Nous n'avons pas le point de vue du spécialiste quant à cette pratique, notre étude s'étant limitée à des médecins spécialistes en médecine générale. Cet abord pourrait être enrichissant lors d'un prochain travail.

L'avis du spécialiste est une aide plus qu'un impératif, le médecin de famille va composer entre la réponse de son confrère et ce que son patient est disposé à entendre et à appliquer. Un point de vue émergent montre que d'après les spécialistes, les généralistes n'appliquent pas les décisions qu'ils énoncent alors que du point de vue des MG ils les appliquent (26).

L'expertise du spécialiste d'organe ne prend pas toujours en compte le patient dans son environnement, rôle revenant bel et bien au médecin traitant.

V - Confrontations au travail de thèse du Dr Séjourné.

V - a - Le point de vue général.

Le Docteur séjourné (31) a réalisé sa thèse en 2008 dans le Maine et Loire en interrogeant 24 MG, il a insisté sur le point de vue sociétal de l'adressage, s'intéressant aux origines sociales des parents, c'est un point que nous avons choisi d'occulter dans nos recherches. Il accorde également de l'importance au sexe, au lieu d'exercice et à l'organisation de la pratique, ce que nous avons choisi de conserver.

Nos résultats ne permettent pas de conclure à une influence des paramètres quant au sexe et à l'organisation de l'exercice. Nos études n'étant pas comparables, nous pouvons remarquer des points communs et des différences notables.

V - b - Les points communs.

Un premier point de rencontre de nos deux études est la confiance. Jugée indispensable et centrale dans la constitution du carnet d'adresses, elle se forme de différentes manières : le retour courrier dans un délai convenable est important, suivi de près par le contenu de ce courrier et la réponse argumentée à la question posée.

Cette confiance peut être fortuite ou le fruit de rencontre, mais toujours à l'issue d'une expérience répétée.

Quant aux sources d'informations pour constituer le carnet d'adresses, le prédécesseur ou les collègues du même âge sont dans nos deux études un vivier d'information.

Un nouvel endroit où nos études se rencontrent est sur le point de l'information sur les dépassements d'honoraires, praticiens et patients aimeraient savoir par avance leur présence ou absence et pourquoi pas le montant du dépassement d'honoraire.

La déontologie et la confraternité interviennent dans le choix de l'interlocuteur par nos répondants, ils vont privilégier les rapports cordiaux et évincer les confrères retors qui dénigrent leur travail, jusqu'à les déprécier par patient interposé. Les entretiens du docteur Séjourné ne mettent pas en évidence de désaccord mais arrivent à la conclusion que les médecins interrogés privilégient de bons rapports.

En 2023 et 2008, le facteur temps est pris en compte par les répondants et est modulé en fonction de leurs attentes, quand les exigences des patients sont considérées que si elles sont justifiées.

Nous retrouvons tous deux un argument fort qui est la multiplicité des interlocuteurs pour une même question, ce qui permet, en cas d'indisponibilité, de ne pas se retrouver au pied du mur.

De plus, la mise en avant de l'exercice libéral et la tendance à délaissier l'hôpital qu'il soit local ou universitaire, est un nouveau point de rencontre, invoquant des raisons comme la lourdeur administrative et le facteur temps qui intervient à nouveau dans les modalités d'accès à leurs homologues hospitaliers.

L'hôpital sera favorisé lorsque les patients souhaitent une prise en charge financière, ou pour des pratiques ou un plateau technique spécifique. Les confrères libéraux seront crédités d'une flexibilité et une accessibilité importante en faisant un facteur de choix.

Dans notre étude certains répondants seraient prêts à envoyer leurs patients "jusqu'au bout du monde" pour un examen spécifique ou une expertise particulière. La proximité du correspondant ne semble pas centrale dans la démarche d'adressage, tout comme dans l'étude réalisée par notre confrère.

Ce critère de distance semble être un critère retenu pour certains patients particuliers, très âgés ou difficiles à mobiliser.

V - c - Les différences.

Le Docteur Séjourné énonce que la compétence médicale est le deuxième critère le plus important dans la démarche d'adressage de son échantillon, nos études diffèrent en ce point.

Si c'est un critère important de notre échantillon, il l'est moins que la disponibilité dans l'urgence. En effet, une grande proportion des répondants ont souvent fait allusion qu'ils éviteraient un interlocuteur si celui-ci ne répondait pas à leur sollicitation, invoquant un critère de sécurité voire de réassurance. Quant à la compétence pure, la plupart de nos répondants sont d'accord pour dire que la médecine est désormais définie par des référentiels scientifiques desquels il est difficile de se détourner.

Le docteur Séjourné énonce que les dépassements d'honoraires sont un critère important pour les praticiennes, surtout en lien avec leur origine sociale, ce que nous ne pouvons pas mettre en évidence, n'ayant pas prêté attention à l'origine sociale dans notre étude, et ce sujet n'est pas venu naturellement au décours des entretiens.

Nous avons vu dans les résultats que le patient restait décisionnaire de son interlocuteur, nous avons remarqué que les répondants tendent à influencer ce choix de façon plus ou moins subtile.

C'est un point de désaccord avec la thèse du docteur Séjourné qui énonçait alors que le choix du patient ne semble pas un critère retenu par le MG.

Notre étude met en lumière une mise à jour régulière du carnet d'adresses, qu'elle soit faite par le répondant ou un tiers, comme l'assistante médicale par exemple. Quand certains répondants ne cherchent pas de nouveaux interlocuteurs si leur réseau fonctionne, d'autres vont être ravis de savoir qu'un nouveau confrère s'est installé en ville et communique à ce sujet.

Pour la globalité des répondants, ce travail de création du carnet d'adresse est un travail fastidieux mais néanmoins important pour la pratique.

Le Docteur Séjourné retrouve chez les plus jeunes interrogés une tendance à adresser davantage en milieu hospitalier, ce que nous ne retrouvons que partiellement dans notre étude.

Le sexe n'a aucune importance pour les répondants de notre étude, c'est un critère laissé au libre choix du patient. Le fait que le répondant soit une femme ou un homme ne permet pas de retrouver d'habitudes d'adressage différentes.

V - d - Les points en suspens.

Les maisons de santé pluriprofessionnelle se démocratisent et gagnent en popularité. C'est aussi ce que l'on ressent dans notre étude, tant sur les habitudes d'adressage des répondants qui vont favoriser les interlocuteurs installés en groupe, que ce soit pour des raisons de disponibilité, de permanence des soins ou de délais de rendez-vous ; mais on ressent aussi une forte part d'influence des collègues pour les répondants installés à plusieurs.

Le docteur Séjourné quant à lui énonce que le médecin installé seul sera plus influencé par les visiteurs médicaux.

VI - Les espoirs d'améliorations.

VI - a - Une banque de données centralisée.

A de nombreuses reprises a été évoqué le souhait de pouvoir consulter une banque de données répertoriant certaines informations quant à leurs confrères, notamment le secteur de conventionnement, le montant des dépassements d'honoraires, les sur spécialisations, les modalités d'accès ou encore les préférences de contact. C'est un outil qui n'existe pas en France, du moins pas de façon si exhaustive.

Il pourrait être intéressant de proposer aux institutions de développer un tel outil.

VI - b - Un média de contact dédié.

Quand il existe, ce moyen de communication direct, téléphone ou mail, est loué par les répondants, si tant est que ce dernier fonctionne. Les répondants sont d'accord pour dire que c'est un vrai plus, sécurisant et commode. La base de données mentionnée précédemment pourrait inclure un tel mode de contact privilégié.

VI - c - L'unification des pratiques.

Les répondants ont tendance à déplorer les différences de pratiques entre leurs interlocuteurs, que ce soit sur leur mode de communication, leurs délais, leurs accès à des actes techniques ou encore leurs habitudes de réponse. Ce point semble le plus délicat à améliorer.

CONCLUSION

Notre étude qualitative menée par entretiens auprès de 19 MG du Doubs et de la Haute Saône permet de dégager des tendances et des critères intervenant dans le processus de mise à jour du carnet d'adresse.

En premier lieu la confiance en l'interlocuteur est l'élément central, elle permet la réassurance du médecin, et permet d'attendre une qualité de prise en charge du patient. Cette confiance est d'autant plus estimée qu'elle sera réciproque.

Le deuxième critère qui intervient dans le choix de l'interlocuteur est la disponibilité dans l'urgence et dans la semi-urgence, les médecins interrogés accordent une véritable importance à la disponibilité de leurs confrères pour leur répondre rapidement.

Ces échanges se devront d'être confraternels si ce n'est sympathiques, et devront prendre en compte l'expertise du médecin adressant.

Le mode d'installation n'est pas tant un critère d'adressage qu'un critère d'éviction, en effet, même si les répondants semblent favoriser le milieu privé et libéral, c'est bien à cause de la perte de vitesse et de l'inertie de l'hôpital public que ce dernier est délaissé.

La constitution du carnet d'adresse enfin, se base sur une multitude étonnante de sources d'informations, que ce soit le prédécesseur, les formations médicales, le bouche à oreille ou encore les patients.

Sa mise à jour est permanente avec souvent beaucoup plus d'ajouts que de retraites, au gré des départs en retraite des confrères, remettant en cause tout un tissu de relations établi au cours de la pratique et de l'expérience.

Notre étude confirme une nouvelle fois la place centrale du médecin traitant dans le parcours de son patient, et ce bien au-delà des textes de lois et formalités.

Cette démarche d'adressage est un acte d'allure anodin mais recrute des ressources mnésiques et émotionnelles importantes et fait intervenir des critères bien plus complexes que la simple expertise médicale.

Il peut désormais se poser la question à l'inverse : quelles sont les attentes du confrère pour évaluer l'adressage qui lui est fait ?

ANNEXE

Grille d'entretien.

Expliquez-moi comment s'est déroulé le dernier adressage que vous avez pu réaliser.

Vos habitudes d'adressage ont-elles évolué au cours du temps ?

Décrivez-moi l'offre de soins dans votre bassin d'exercice.

Quelle place occupe le patient dans votre démarche ?

Avez-vous des préférences d'adressage ?

Qu'est-ce qui vous ferait changer d'interlocuteur ?

Comment pensez-vous que le patient va choisir son interlocuteur ?

Si vous êtes remplacé, vous souhaitez que vos remplaçants utilisent vos habitudes ?

Votre expérience en tant que patient influence-t-elle votre démarche ?

Jusqu'où seriez-vous prêt à aller pour un délai ou une expertise précise ?

Quand le patient vous met la pression, quelle est votre réaction ?

Pour les confrères hors parcours coordonné de soins, vous raisonnez de la même façon ?

Votre carnet d'adresse existe de façon physique ?

Votre carnet d'adresse vous le mettez à jour fréquemment ?

Qu'est-ce qui vous ferait retirer un interlocuteur de votre carnet ?

Le fait qu'un confrère soit seul ou en groupe, ça influence votre démarche ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Anne-Marie BROCAS, Elisabeth HINI, Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etude et Résultats N° 649 - Aout 2008
2. L'assurance maladie, Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés, 29 mars 2022 [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
3. Code de la sécurité sociale, Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles (Articles L162-5 à L162-5-4) - Légifrance [Internet]. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006186122/
4. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Prat Organ Soins. 2010;41(4):331.
5. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
6. Ordre National Des Médecins, Docteur François Arnault, ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 1 janvier 2022
7. Opendatasoft, Annuaire Santé : Liste, localisation et tarifs des professionnels de santé [Internet]. [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/medecins/?flg=fr>
8. Doumenc M, Ducarre R, Molinari M, Ourabah R, Valarche J, Bucquet D, et al. La décision d'hospitaliser: A propos d'une enquête sur 539 hospitalisations demandées par des généralistes. Rev Médecine Interne. 1 mars 1989;10(2):101-6.
9. Ourabah R. Les réseaux de soins informels. Bull Académie Natl Médecine. 1 avr 2016;200(4):771-4.

10. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74.
11. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. France. Commission nationale de restructuration des urgences, éditeur. Paris, France: CNRU; 1993. 83 p.
12. Fabrice Lenglard, Souphaphone Douangdara, Sabine Boulanger, Élisabeth Castaing, Stéphane Jeandet, Julie Hiet, Philippe Brulin, Etude Et Résultats, Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale, janvier 2020
13. Krikorian Savignac L. Le carnet d'adresses du médecin généraliste: difficultés et besoins, vers un outil en ligne partagé ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2013.
14. Babinet M, Ancellin S, Catros F, Caux M, Cella A, Gaches F, et al. Évaluation après un an d'utilisation d'une ligne téléphonique d'astreinte de médecine interne destinée aux médecins généralistes à l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse. *Rev Médecine Interne*. 1 juin 2018;39:A118.
15. Maréchal F, Kim BA, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):316-22.
16. Barbet C, Longuet H, Gatault P, Rabot N, Halimi JM. Ligne directe ville-hôpital en néphrologie : optimisation du parcours de soins. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 sept 2016;12(5):402-3.
17. Perlat A, Frin M, Decaux O, Cador B, Cazalets C, Sébillot M, et al. Unité d'assistance diagnostique et thérapeutique rapide : bilan d'activité et impact sur les relations médecine générale et médecine interne hospitalière. *Rev Médecine Interne*. 1 nov 2010;31(11):776-9.

18. Dumont T. Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne: analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
19. Marshall MN. Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ*. 7 févr 1998;316(7129):442-5.
20. Kurtz SM. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Can J Neurol Sci*. ed 2002;29(S2):S23-9.
21. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveaux Pédagogiques Inc., 2004. [Internet]. [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
22. Margo Christelle, Casta Céline, Fournier Jean Paul, Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Nice Sophia Antipolis, UFR de médecine, Avril 2019
23. Allaert FA, Quantin C. Responsabilités et rémunérations des actes de télé-expertise. *J Gest Déconomie Médicales*. 2012;30(4):219-29.
24. Ministère de la Santé et des Sports, Christian Anastasy, ANAP, Vademecum loi HPST : les clés pour comprendre, juillet 2009
25. Patrick Gasser, Dominique Richard, Catherine Holué, ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES, SPÉCIALISTES, HÔPITAL DES LIENS À TISSER. *Le Concours médical* 2018;8.
26. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res*. 8 août 2009;9:143.

27. Patrick Fournier, La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile | *Gérontologie et société*, 2002/1, Vol 25, Cairn.info [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-1-page-131.htm?contenu=resume>
28. Boiron C, Grosclaude Y, Fabre E, Médioni J, Scotté F, Oudard S. Suivi ADOM : expérience de suivi conjoint ville-hôpital des patients traités par des anticancéreux par voie orale.
29. Bobony E, Franc S, Charpentier G, Lirsac PN, Orlando L, Penfornis A, et al. Infirmière experte & télémédecine : renforcer les liens ville-hôpital dans la prise en charge des ulcères du pied diabétique.
30. Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Fam Pract*. 17 mars 2020;21(1):54.
31. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des medecins generalistes. 2010;41:10.

PLAN DÉTAILLÉ

| | |
|--|----|
| Sommaire | 1 |
| Abréviations | 3 |
| Introduction | 5 |
| Matériel et méthodes | 7 |
| I - Choix du type d'étude..... | 7 |
| II - Population et échantillon..... | 7 |
| II - a - Population étudiée..... | 7 |
| II - b - Mode de recrutement..... | 9 |
| III - Méthode de recherche bibliographique..... | 9 |
| IV - Méthode de réalisation des entretiens et retranscription des données..... | 9 |
| Résultats | 11 |
| I - Généralités..... | 11 |
| II - Les ajouts du carnet d'adresses..... | 12 |
| II - a - La subjectivité..... | 12 |
| II - b - La légitimité..... | 15 |
| II - c - Le profil du correspondant..... | 16 |
| II - d - La vision de l'offre de soins..... | 17 |
| II - e - Les adresses retirées du carnet..... | 18 |
| II - f - L'influence du patient..... | 19 |
| II - g - Les nouveautés de l'adressage..... | 21 |
| II - h - Les améliorations de l'adressage..... | 21 |
| III - Carnet d'adresse et communication..... | 22 |
| III - a - La forme du carnet d'adresse..... | 22 |
| III - b - Les différents noms donnés au carnet d'adresse..... | 22 |
| III - c - Le contenu du carnet d'adresse..... | 22 |
| III - d - Les sources d'informations..... | 23 |

| | |
|--|----|
| Carte heuristique | 25 |
| Discussion | 27 |
| I - Faiblesses..... | 27 |
| II - Forces..... | 27 |
| III - Faits particuliers..... | 28 |
| IV - Confrontation aux données scientifiques..... | 28 |
| IV - a - La confiance..... | 28 |
| IV - b - L'offre de soins..... | 29 |
| IV - c - Les axes d'améliorations..... | 30 |
| IV - d - La communication..... | 31 |
| IV - e - Le rôle central du médecin traitant..... | 33 |
| V - Confrontations au travail de thèse du Dr Séjourné..... | 34 |
| V - a - Le point de vue général..... | 34 |
| V - b - Les points communs..... | 34 |
| V - c - Les différences..... | 35 |
| V - d - Les points en suspens..... | 37 |
| VI - Les espoirs d'améliorations..... | 37 |
| VI - a - Une banque de données centralisée..... | 37 |
| VI - b - Un média de contact dédié..... | 37 |
| VI - c - L'unification des pratiques..... | 38 |
| Conclusion | 39 |
| Annexes | 41 |
| Bibliographie | 43 |
| Plan détaillé | 47 |

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : PERNOT Pierre-Etienne

Thèse soutenue le : 30 mai 2023

Titre de la thèse : La constitution du carnet d'adresse des médecins spécialistes en médecine générale du Doubs et de la Haute Saône, une étude qualitative auprès de 19 médecins.

Résumé :

INTRODUCTION : La DREES en 2008 a rendu un rapport énonçant que 90% des médecins généralistes interrogés ont adressé leur patient au médecin spécialiste au cours de la semaine. Le Docteur Séjourné en 2009 s'intéresse aux déterminants sociologiques de cet adressage dans le Maine et Loire. L'objectif de notre étude est de définir s'il existe des critères particuliers dans le Doubs et la Haute Saône.

MATERIEL ET METHODE : nous avons mené une étude qualitative auprès de 19 omnipraticiens, nous avons enregistré et retranscrits les entretiens, puis utilisé le logiciel RQDA pour le codage des verbatims.

RESULTATS : Les répondants placent au centre de leur démarche la confiance en leur interlocuteur, puis la facilité à les contacter dans l'urgence. On remarque que le patient occupe une place relative mais non négligeable et qu'il reste décisionnaire. L'échantillon favorise l'installation libérale de leurs confrères et délaisse plus volontiers les hôpitaux qui sont qualifiés de lourds et opaques.

DISCUSSION : Notre étude recoupe de nombreux point de littérature, en particulier la confiance et l'importance des échange confraternels, ainsi que la perte de vitesse de l'hôpital public, nous mettons en évidence un nouveau mode d'adressage par dépit du fait de l'offre de soins déclinante.

CONCLUSION : L'adressage d'un patient semble une démarche anodine mais elle recrute des ressources mnésiques et émotionnelles importantes. Nous pourrions désormais nous poser la question suivante : quelles sont les attentes du confrère pour évaluer l'adressage qui lui est fait ?

Mots clés : Carnet d'adresse, réseau de soin informel, médecin généraliste, médecin de famille, relations professionnelles, adressage, étude qualitative

