

Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes

Settlement of the general practitioner professional address book

Sejourne E¹, Pare F¹, Moulevrier P², Tanguy M³, Fanello S³

Résumé

En utilisant la méthode des entretiens approfondis, nous avons interviewé 24 médecins généralistes (MG) du Maine-et-Loire pour comprendre les modes de constitution de leur carnet d'adresses de correspondants médicaux, paramédicaux et sociaux.

Il semble que la confiance soit un élément-clé de la création de ce carnet. Cette confiance se crée par les rencontres et les connaissances universitaires ou de formations médicales. L'évolution de la médecine et les demandes de plus en plus pointues qui en découlent mettent en avant la compétence technique recherchée du correspondant. Une attitude générationnelle entre médecins a été révélée par ce travail ; l'origine sociale des MG semble également les influencer, surtout pour ce qui concerne les dépassements d'honoraires, qui sont plus ou moins acceptés.

D'autres modes de constitution émergent : une attitude déontologique du généraliste et de ses correspondants, le choix du milieu libéral, la disponibilité du praticien et la personnalité du patient. Cette dernière, même si les médecins s'en défendent, semble tenir une place importante dans l'orientation vers un professionnel de santé. Enfin, les modes de constitution semblent différents selon le lieu d'exercice, le sexe du MG et le type d'organisation du cabinet.

Par ailleurs, les médecins interrogés souhaiteraient disposer d'éléments supplémentaires pour enrichir leur carnet : développer des rencontres, avoir une meilleure communication avec le milieu hospitalier, connaître les dépassements d'honoraires. L'ensemble de ces observations pourrait donner lieu à des travaux complémentaires quantitatifs afin de mieux cerner ces tendances.

Prat Organ Soins. 2010;41(4):331-339

Mots-clés : Administration des services de soins ; évaluation ; pratique professionnelle ; médecins de famille ; correspondants ; réseaux communautaires ; carnet d'adresses.

Summary

We conducted 24 semi-structured interviews with general practitioners (GPs) of Maine-et-Loire to understand the way they establish their medical, paramedical and social professional "address book".

It seems that confidence is a key point in creating this book. This trust is created by attending meetings and medical training. Evolution of medicine with demand of sophisticated techniques and advanced knowledge focus on technical competence required from the correspondent. This work reveals a generational attitude among doctors, the social origin of GPs also appears to influence especially on high fees for consultation at doctor's office.

Deontology and availability of the physician, the choice of the liberal environment and personality of the patient are other elements this study highlights. The place of the patient personality, even though doctors deny it, seems to hold an important place in addressing mode. Finally, the way the GP completed his "address book" appears different depending on whether the doctor is a man or a woman, the place of exercise and the organization of the GP office.

Furthermore, the physicians surveyed would like to have additional elements to expand their "address book": develop continuing medical education and a closer partnership with the hospital. All these observations could lead to further studies in order to identify those elements.

Prat Organ Soins. 2010;41(4):331-339

Keywords: Health services administration; evaluation; professional practice; general practitioners; community networks; practitioner address book.

¹ Département de médecine générale, UFR médecine, rue Haute de Reculée, F-49045 Angers.

² Institut de psychologie et de sociologie appliquées, IPSA, Université catholique de l'Ouest, F-49000 Angers.

³ Département universitaire de santé publique, CHU Angers, F-49933 Angers.

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est au cœur du système de soins en France. Dans son rôle de coordinateur médical, il s'entoure de professionnels de la santé médicaux, paramédicaux et sociaux pour mener à bien sa mission première : soigner au mieux son patient. C'est ce que l'on désigne comme son réseau informel ou plus couramment son « carnet d'adresses » de correspondants. Ces professionnels de santé possèdent chacun leur domaine de compétence. La direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a observé, de mars à avril 2007, 2 000 MG libéraux exerçant dans cinq régions françaises (Bretagne, Bourgogne, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Elle a étudié les différents réseaux professionnels informels de ces praticiens, la fréquence et la qualité des échanges entre les différents professionnels. Cette étude [1] a montré que, sur les 15 derniers jours, c'est avec des médecins spécialistes (90 % des médecins généralistes interrogés (MGI)) que le généraliste a eu « au moins un contact ». Les autres professionnels de santé avec lesquels le MG a été le plus en contact sont les pharmaciens (85 % des MGI), les infirmières (63 % des MGI), les biologistes (53 % des MGI) et les masseurs kinésithérapeutes (41 % des MGI).

Le but de notre travail est de déterminer comment les MG choisissent leurs correspondants professionnels et selon quels critères.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-directifs auprès de 24 médecins généralistes (MG) installés dans le département du Maine-et-Loire. Trois critères discriminants ont été retenus : le lieu d'exercice (huit MG exerçant en zone rurale, huit en zone semi-rurale et huit en zone urbaine, selon la définition de l'Institut national de la statistique et des études économiques) [2], l'organisation (médecin exerçant seul ou en groupe) et le sexe du médecin.

Douze groupes ont été isolés parmi l'ensemble des MG inscrits au tableau du Conseil de l'ordre du Maine-et-Loire. Dans chacun de ces groupes, un tirage au sort a permis de sélectionner deux médecins.

Nous avons réalisé par ailleurs deux pré-tests auprès de deux MG pour vérifier la pertinence des questions, l'anticipation des stratégies d'écoute et d'interrogation ainsi que la durée de l'entretien, élément indispensable à connaître pour le médecin interrogé. La grille d'entretien a été élaborée puis adaptée avec l'aide d'une sociologue et finalisée par un guide d'entretien.

Les rendez-vous ont été pris par téléphone après explication du sujet. Sur l'ensemble des appels réalisés, cinq refus ont été formulés, le manque de temps étant le critère principal retenu. Un nouveau tirage au sort a été réalisé à chaque fois. Les entretiens se sont déroulés en mai et juin 2008 au cabinet des médecins. Ces interviews ont été enregistrées afin de permettre une transcription intégrale pour une analyse plus fine.

Les données ont été interprétées sous forme d'un compte rendu d'enquête avec comme critères d'analyse : des identifiants sociaux (sexe, âge, origine sociale et géographique des médecins), des identifiants liés à l'objet (lieu d'exercice, type d'organisation choisie, secteur d'exercice, adhésion à une association de formation médicale continue, fréquence d'utilisation du carnet, situation géographique) et une analyse thématique.

Les thèmes dégagés ont été hiérarchisés en thèmes principaux et en thèmes plus spécifiques. Des grilles d'analyse ont ensuite été élaborées à partir de ces thèmes.

Ce compte-rendu repose sur l'hypothèse que chaque singularité est porteuse d'un processus d'analyse (clinique, cognitif, biographique, sociologique).

RÉSULTATS

Les MG interrogés (12 femmes et 12 hommes) avaient entre 31 et 64 ans. Les origines sociales de leurs deux parents étaient les suivantes: cadre supérieur d'entreprise, agriculteur, ouvrier qualifié, commerçant, médecin, professeur, instituteur, postier et femme au foyer. L'entretien a été enregistré à chaque fois sans refus formulé et a duré entre 24 et 57 minutes.

1. Attitude globale des médecins généralistes dans la constitution de leur carnet d'adresses des correspondants

Trois éléments étaient retrouvés chez tous les MG interrogés : leur carnet d'adresses était un outil très utilisé, en moyenne 3,7 fois par jour (de une à dix fois par jour selon les médecins) ; tous les médecins avaient plusieurs correspondants pour une même spécialité et le carnet d'adresses, une fois constitué, était très peu, voire rarement, modifié.

2. Quels étaient les modes de constitution principaux, invariants, même implicites du carnet d'adresses des médecins généralistes ?

La connaissance du correspondant par le médecin (rencontré au cours de sa formation universitaire, dans le cadre de sa formation médicale continue (FMC) ou dont le nom circule par le bouche-à-oreille) et la compétence

technique étaient les deux critères principaux de sélection d'un confrère énoncés par l'ensemble des médecins interrogés. Ensuite, trois modes de constitution émergeaient : le choix générationnel (c'est-à-dire des correspondants médicaux et paramédicaux du même âge), l'absence de rencontre (« mettre un visage sur un nom ») et les dépassements d'honoraires constituaient des critères fréquents d'exclusion du carnet d'adresses.

D'autres critères apparaissaient : l'importance de la qualité relationnelle entre le patient et le correspondant, et la disponibilité de ce dernier. Une relation confraternelle de qualité ainsi que la rigueur de leur correspondant étaient de même. Le choix du patient intervenait peu dans la constitution du carnet d'adresses et le critère de proximité était également peu retenu par les MG.

3. Quelles étaient les spécificités des modes de constitution du carnet d'adresses du médecin généraliste ?

a) Selon le sexe et le mode d'installation

Le critère principal, tous sexes et lieux d'exercice confondus, était la connaissance du correspondant, critère plus souvent mis en avant quand le généraliste exerçait en groupe.

Les autres modes de constitution retenus spécifiquement dans un cabinet de groupe portaient sur la compétence technique, l'importance d'une rencontre avec le professionnel de santé et la bonne qualité relationnelle entre le correspondant et le patient. Par ailleurs, la discussion avec les confrères du cabinet constituait un critère essentiel de constitution du carnet d'adresses ainsi que l'existence d'une bonne communication orale et écrite avec le correspondant.

Pour le médecin exerçant seul, quelques spécificités étaient retrouvées : il ne choisissait pas souvent un correspondant jeune, recherchait une grande disponibilité, de la rigueur et de la confraternité. On notera également l'importance du carnet d'adresses du prédécesseur qui était souvent repris et la place occupée par les visiteurs médicaux dans son élaboration. Le choix du patient et la proximité étaient des critères plus souvent retenus par le médecin exerçant seul.

Chez les médecins homme, on retenait comme critères de constitution du carnet l'importance de la rencontre, la grande sensibilité aux dépassements d'honoraires, la disponibilité, la rigueur et la confraternité.

Pour la femme médecin, la compétence technique du correspondant était retenue avant tout. Par ailleurs, la qualité de la communication orale et écrite était essentielle ainsi que la confiance et la fidélité dans le temps.

b) Selon les lieux d'installation

Pour les médecins urbains, la compétence technique était plébiscitée ainsi qu'une bonne communication orale et écrite. D'autres éléments jouaient un rôle : l'accessibilité pour un avis et l'implication du correspondant dans un réseau de soins. Enfin, c'est en ville que l'on adressait plus facilement son patient à l'hôpital.

Pour les médecins exerçant en milieu semi-rural, c'était avant tout la qualité relationnelle entre le correspondant et le patient qui importait. Ils choisissaient préférentiellement des correspondants libéraux ainsi que des correspondants experts. Une présentation d'un spécialiste récemment installé par le moyen d'une plaquette était dans les éléments qui pouvaient déterminer l'ajout de ce dernier dans le carnet d'adresses du médecin. La proximité et le carnet du prédécesseur jouaient en revanche un rôle moins important dans ce secteur.

Enfin, pour le médecin exerçant en milieu rural, on notait une grande sensibilité aux dépassements d'honoraires et le choix fréquent d'un correspondant libéral. Le choix du patient y était un peu plus présent que dans les autres lieux d'exercice. D'autres éléments spécifiques pouvaient également jouer un rôle, comme la sensibilité à la durée de la consultation entre le patient et le correspondant. L'information apportée par les visiteurs médicaux quant au mode d'exercice des correspondants influait sur le choix des correspondants.

Quel que soit le lieu d'exercice, la notion de dépassement d'honoraires intervenait souvent dans le mode de constitution du carnet des médecins d'origine modeste. À l'inverse, les généralistes issus d'un milieu plus aisé semblaient moins sensibles à ces dépassements.

4. Éléments souhaités pour enrichir le carnet d'adresses des professionnels de santé

Cinq souhaits ressortaient des entretiens avec les médecins généralistes :

- connaître les dépassements d'honoraires de leurs confrères spécialistes avant d'adresser un patient ;
- connaître le niveau d'expertise de leurs correspondants ;
- se familiariser avec l'organisation du CHU ;
- se voir présenter les spécialistes nouvellement installés par l'envoi d'une plaquette ou par une visite au cabinet médical ;
- développer des rencontres indépendantes (c'est-à-dire sans la logistique des laboratoires) entre les MG et leurs confrères spécialistes.

Les généralistes voulaient être également au courant des mouvements de médecins, en particulier à l'hôpital. L'établissement hospitalier ne doit plus être « une île dans la ville » où la communication est insulaire pour les correspondants.

DISCUSSION

1. Critique de la méthode

Sur l'ensemble des entretiens réalisés, nous avons observé une bonne répartition d'âges des médecins (de 31 à 64 ans). Les trois critères discriminants retenus (sexe, lieu et mode d'exercice) ont permis de mettre en évidence des pratiques plus spécifiques.

Une redondance des réponses à partir du 20^e entretien a confirmé le bon choix de la taille de l'échantillon. La durée d'enregistrement a pu être considérée comme homogène.

Par ailleurs, les généralistes n'ont pas évoqué spontanément les personnels paramédicaux comme des correspondants professionnels à qui ils demanderaient des conseils. La notion de correspondant a donc été souvent synonyme de médecin spécialiste. Cette notion a pu être induite par la formulation adoptée au cours de l'entretien.

Enfin, deux thèmes n'ont pas été abordés : la place du dispositif du médecin traitant mis en place par la réforme de l'assurance maladie du 9 août 2004 et les modalités d'installation du MG (création ou reprise de cabinet).

2. La confiance comme élément essentiel

Pour Christian Thuderoz, « la confiance ne s'active, se mesure ou ne varie que dans le lien social » [7]. Or les connaissances professionnelles, interprofessionnelles, la familiarité entre partenaires constituée pendant les études médicales puis les rencontres réalisées, surtout pendant les formations médicales, créent ce lien social qui active la confiance. Bien que cette confiance ne soit pas acquise définitivement, elle crée les conditions d'une stabilité et d'une fidélité. D'où la reprise du carnet du médecin que l'on remplace et, par la suite, un carnet d'adresses rarement modifié. En 2004, la DREES a montré que 22 % des consultations sont réorientées, parmi lesquelles 5 % vers le médecin spécialiste [8]. Une autre étude de la DREES en 2008 a également mis en évidence que le médecin spécialiste est très largement choisi sur des critères relevant de la relation professionnelle entre les praticiens et que 80 % des MG déclarent adresser leur patient à un spécialiste avec qui ils ont l'habitude de travailler [1]. Danièle Carricaburu

confirme que « les études médicales sont une période clé dans le processus de socialisation entre médecins » [9].

L'Ordre national des médecins confirme que 85 % des médecins formés dans une région y demeurent et que les praticiens tissent leur réseau relationnel au cours de leurs études [10], données sans doute modifiées par la réforme de l'internat de 2004 qui étend l'examen national classant à l'ensemble des futurs MG.

Cette socialisation professionnelle du MG pour Pierre Aïach « ne se trouve pas circonscrite à l'espace-temps de la formation initiale mais se construit aussi ultérieurement, en particulier à l'occasion des débuts professionnels lors du remplacement » [11].

La rencontre qui crée également ce lien social synonyme de confiance a été définie par Michel Ogrizek comme « une situation privilégiée de la communication entre médecins : échanger des idées, initier des programmes, confronter des opinions, en débattre » [8]. Pour Claude Richard, « la rencontre entre professionnels peut faciliter les échanges d'information et bonifier la collaboration » [5].

3. La compétence technique

Le second critère retenu par l'ensemble des MGI pour constituer leur carnet de correspondants est la compétence technique. L'article 2 du code de déontologie médicale précise : « L'exercice de la médecine comporte une double exigence : morale car cette activité implique altruisme et dévouement car elle impose, comme un devoir, la compétence. Celle-ci est acquise par une formation initiale et continue de haut niveau. » [13] Désormais, c'est surtout la compétence technique du correspondant qui est recherchée, c'est-à-dire le « savoir » et le « savoir-faire » plutôt que le « savoir-être ». Un médecin interrogé a même déclaré : « Le relationnel c'est pour le MG, le côté technique c'est pour le spécialiste. » Pierre Aïach souligne que la tendance est de mettre l'accent sur les performances scientifiques du médecin [11]. Pour preuve, le recours fréquent des généralistes à des correspondants très spécialisés : on recherche désormais un masseur kinésithérapeute spécialiste du rachis ou un gastroentérologue spécialiste de l'hépatite B. Pour le Professeur Bernard Hoerni, cette évolution n'est pas nouvelle mais s'est accélérée avec « des spécialistes qui se sont multipliés pour répondre à une complexité croissante des connaissances et des techniques ». Il évoque même un exercice restreint [14].

Cette notion de compétence en médecine a été abordée en 2000 par le Conseil national de l'ordre des médecins qui a rappelé que la compétence se juge *a posteriori*

beaucoup plus qu'*a priori* : « Quand j'embauche un maçon, il est qualifié au pied du mur mais il est compétent en haut. » [15] L'Ordre précise également que la compétence n'est pas un acquis stable mais une construction continue. Enfin Raymond Chalhoub, dans sa thèse « Recours au spécialiste par le MG », a montré que 87,5 % des demandes techniques de l'omnipraticien étaient réalisées par le confrère spécialiste [16].

4. Un mode de constitution générationnel

« Même âge, même fonctionnement », ainsi s'est exprimée une jeune MG récemment installée avec un confrère plus âgé qu'elle. Ils n'ont en effet pas de correspondants communs et ces derniers ont réciproquement le même âge qu'eux. Pour Claude Dubar, sociologue, il y a une « forte cohérence des attitudes, des représentations et des conduites au sein d'une même génération » [17]. Il n'est donc pas étonnant qu'un MG choisisse – même inconsciemment – des correspondants du même âge. Pour l'ensemble des médecins interrogés, les jeunes correspondants représentent la nouveauté : « ils vont dépoussiérer les prises en charge » tandis que les correspondants plus âgés symbolisent l'expérience et le côté confraternel. Cette organisation générationnelle est confirmée par Francine Séguin dans « l'analyse des organisations » qui décrit cette attitude de groupe: elle « repose sur des corrélations entre des attitudes et facteurs tels que l'origine sociale ou l'âge » [18]. Une origine sociale qui joue également un rôle important dans le point suivant.

5. Les dépassements d'honoraires et l'origine sociale

Les MG semblent modifier leur carnet d'adresses selon les dépassements d'honoraires pratiqués par leurs correspondants. Ce dépassement est le plus souvent porté à la connaissance du praticien par l'intermédiaire du patient. La DREES a montré qu'à partir des années 2000 l'augmentation des revenus des médecins libéraux était associée à une augmentation des actes techniques (classification commune des actes médicaux (CCAM)) [19, 20], ceci s'accompagnant d'une augmentation du pourcentage des dépassements d'honoraires dans les revenus globaux des médecins.

Pour autant, les patients et les MG n'en sont pas convenablement informés, comme le confirme un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) paru en 2007, qui constate que les obligations d'afficher les tarifs et de pratiquer des dépassements avec « tact et mesure » sont très mal appliqués dans les cabinets et que « les autorités ordinales n'ont jamais été très soucieuses de s'impliquer dans la diffusion de telles informations » [20, 21]. Une nouvelle disposition entrée en vigueur en 2009 oblige les professionnels à remettre au patient une information écrite et préalable dès lors qu'il

existe un dépassement ou des honoraires totaux des actes supérieurs ou égaux à 70 euros [22].

Comme cela a été abordé, l'origine sociale du praticien détermine l'orientation ou non vers un spécialiste pratiquant des dépassements. Le sociologue Pierre Aïach confirme que « l'orientation des malades est une affaire de logique sociale, voire de classe » [11]. En 2006, la DREES a montré que 40 % des MG et 51 % des médecins spécialistes libéraux étaient issus d'un milieu aisé [23].

6. La déontologie médicale

L'attitude déontologique du MG et de ses correspondants peut expliquer plusieurs aspects des modes de constitution du carnet.

Tout d'abord, les MGI évoquent la nécessité, dans les situations problématiques, de choisir spécifiquement un correspondant. La capacité à connaître et situer ses propres limites est un bon reflet de la qualité de soins et la compétence du praticien. À ce propos, l'article 32 du code de déontologie rappelle : « 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. » [13]

L'autre aspect déontologique soulevé par les MGI est l'aspect confraternel recherché. Geneviève Cresson décrit le corps médical comme hiérarchisé avec une concurrence qui s'instaure dès la première année d'étude et à qui on demande de se socialiser, de coopérer et de faire partie d'un réseau [24]. Malgré cette recherche du pouvoir et de décision, la relation confraternelle semble recherchée par les médecins pour constituer leur réseau informel [25]. La DREES a montré que le choix du MG est très largement déterminé par des critères relevant de la « relation professionnelle entre les praticiens » [1].

Cependant, une étude de l'École nationale de santé publique (ENSP) a montré que les relations des spécialistes avec les généralistes sont de qualité variable, allant de l'indifférence au partenariat en passant par des tensions : « Vous ne suivez pas ce que j'ai dit », dit un spécialiste à un généraliste [25]. Christian Thuderoz parle même de longanimité dans ces cas-là : une patience indulgente face à des attitudes jugées peu coopératives du partenaire [5].

Pour résumer cette recherche de confraternité parfois difficile à établir, Bernard Hoerni rappelle que les médecins et autres soignants ont à établir de bons rapports professionnels, en partageant les informations, en

présentant honnêtement leur point de vue, en respectant des comportements conformes aux bonnes mœurs et en s'abstenant de commenter inconsidérément les interventions des autres intervenants [26].

7. La place du patient

L'avis du patient ne semble pas un critère prépondérant retenu par les médecins dans le choix d'un correspondant. Cependant, les praticiens s'enquêtent auprès du patient, lors de la visite suivante, de la qualité relationnelle perçue par ce dernier.

Créer en permanence un climat de confiance avec son patient fait d'ailleurs partie des objectifs déontologiques retenus par le Conseil national de l'ordre des médecins [15]. Le médecin référent s'intéresse à la personnalité du patient pour lui choisir un correspondant adapté. D'où la présence de plusieurs correspondants pour une même spécialité. Cependant, le MG finit par décider seul de l'orientation de son patient. Langley a montré que la pression et le désir du patient étaient les facteurs non médicaux les plus importants pour adresser le patient [27]. Par ailleurs, Geneviève Cresson déclare que « les patients se plaignent souvent amèrement du fait que les informations circulent mal entre les divers soignants » [24], d'où l'intérêt d'une coordination de qualité acceptée par les professionnels et les patients.

8. Le temps en médecine

Le temps en médecine est essentiel et décliné sous de multiples formes retrouvées dans les résultats : la disponibilité du médecin, l'accessibilité, la durée des consultations mais aussi la stabilité et la fidélité, synonyme de confiance.

La disponibilité du correspondant reste un critère majeur de mode de constitution. Pour preuve, les médecins ont plusieurs correspondants pour une même spécialité afin de répondre plus rapidement à leur question. L'article 32 du code de déontologie précise que « la conscience professionnelle du médecin implique disponibilité et compétence » [13]. Une étude menée par l'ENSP montre que si les MG sont en général satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec les spécialistes, ces relations deviennent plus difficiles en terme de délai de rendez-vous [25]. Pour l'accessibilité des soins, les conclusions des travaux du 2^e groupe des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) tenus en 2008 donnent des indications quant au rôle de chaque profession dans l'organisation des soins de premier recours et redéfinissent la place du médecin spécialiste de ville [28].

Danièle Roussel-Bart a étudié le facteur temps en médecine. Elle a montré que la durée des actes était fonction du nombre de consultations à effectuer [29].

Ainsi, un correspondant ayant un emploi du temps chargé réduira la durée de la consultation. Cependant, Bernard Hœrni note que le degré de satisfaction des malades à l'issue d'une consultation n'est pas proportionnel à sa durée [30].

9. Le choix du milieu libéral

Les médecins interrogés adressent principalement leur patient à un correspondant exerçant en milieu libéral. C'est surtout l'accessibilité et la disponibilité qui sont recherchées. Les MG évoquent une stabilité plus grande du milieu libéral. L'hôpital reste privilégié sur des critères de compétence technique avec notamment de nouveaux outils d'aide au diagnostic. Par ailleurs, on y pratique moins les dépassements d'honoraires et il y a moins de risque de captation de clientèle. Corinne Keller l'illustre dans le cas de la pédiatrie : les MG ne font pas appel au pédiatre libéral et adressent systématiquement leurs jeunes patients en cas de besoin en milieu hospitalier [31].

L'étude réalisée en 2005 par l'ENSP montre cependant que les relations avec l'hôpital sont souvent médiocrement appréciées. La lenteur des retours d'informations, la difficulté à obtenir des rendez-vous, le sentiment de traiter avec un monde à part sont les principaux griefs [25]. L'hôpital peut donc apparaître comme un milieu froid, opaque, moins confraternel et plus lent. Claveranne et Lardy parlent même d'une crise de l'identité hospitalière [32]. Pour eux, 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. La médecine générale, qui est devenue une spécialité, a encore du chemin à faire pour acquérir ses lettres de noblesse auprès de l'hôpital.

10. La communication en médecine

Une bonne communication médicale est un mode de constitution important du carnet. « Mettre sa pensée en mots n'est pas chose aisée pour tout le monde. » [11] Cette phrase résume bien la situation. Car cette communication orale et écrite doit être préparée, concise, claire avec une bonne connaissance du sujet et une acceptation de la contradiction. Claude Richard montre qu'une mauvaise communication entraîne le sentiment de frustration de ne pas être apprécié et reconnu en tant que professionnel de la santé [5]. Michel Bersier a montré que les généralistes obtenaient l'information sur le problème ayant motivé leur demande au terme de 21 jours en moyenne [33]. Cependant, il ressort d'une enquête de la DRESS que, dans un cas sur trois, le MG contacte le spécialiste par téléphone ou par mail pour accélérer le rendez-vous ou discuter de la prise en charge du patient. Par ailleurs, les généralistes se déclarent, dans leur grande majorité,

satisfaits du délai du dernier compte rendu des spécialistes libéraux ou hospitaliers [1]. La communication médicale ne semble donc pas si mauvaise.

11. La distance géographique du correspondant

La proximité du correspondant ne semble pas un critère retenu par les médecins interrogés. Emmanuel Vigneron [33] confirme que « la question de la distance aux soins n'est plus affaire de kilomètres, mais affaire d'inégalités, de barrières. Le critère pertinent pour l'équité en matière sanitaire est davantage l'accessibilité que la distance ». L'ensemble des généralistes interrogés ont d'ailleurs toujours le choix de leur correspondant quel que soit le lieu d'exercice ; preuve qu'il y a encore une bonne couverture géographique. L'évolution de la démographie médicale risque cependant de modifier cette problématique.

Les travaux des états généraux de la santé redéfinissant la place du médecin spécialiste dans l'organisation des soins de premier recours [28] ainsi que le loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [34] doivent répondre à ces futures évolutions.

12. Évolution du carnet

Le carnet est rarement modifié. Cette fidélité aux correspondants doit cependant être nuancée. Si les médecins déclarent ne pas souvent rayer le nom d'un correspondant de leur carnet, ils ont en revanche tendance à ajouter des noms au fil des années. La qualité relationnelle entre le patient et le correspondant semble jouer un rôle important dans ces ajouts, qui s'articulent le plus souvent dans le cadre des maladies chroniques.

On note également une évolution dans le temps : les jeunes médecins issus d'une formation hospitalo-universitaire auront ainsi tendance à adresser plus souvent à l'hôpital en début de carrière. Eliot Freidson, qui a décrit la relation ville-hôpital, ajoute que « le réseau des confrères parce qu'il est totalement informel, représente le mode de coopération le plus élémentaire. Mais sa faiblesse le rend désagréablement vulnérable, il peut toujours s'effondrer » [35]. Il faut donc une bonne entente entre les femmes et les hommes qui le constituent.

13. Les spécificités

a) Selon l'organisation du travail

Eliot Freidson déclare qu'« il existe des systèmes de pression spécifiques qui s'exercent dans chaque milieu de travail donné » [35]. Il n'est donc pas étonnant de retrouver l'importance de l'avis des autres membres du

cabinet comme mode de constitution du carnet quand on est installé en groupe. Le médecin seul sera plus influencé par le patient, le temps et la disponibilité. C Ott va dans ce sens [36]. Il montre que l'une des raisons de l'installation en groupe est avant tout l'émulation avec un interenseignement entre les médecins associés, la facilité de se consacrer à des FMC.

Une étude de la DRESS de 2004 [37] précise les chiffres de l'installation en groupe : elle est choisie par 40 % des généralistes hommes et 35 % des généralistes femmes, avec une moyenne d'âge plus basse (47 ans contre 50 ans pour un exercice seul). L'exercice seul a été moins étudié. L'origine sociologique semble y jouer un rôle important. En effet, le médecin seul s'installe souvent dans le lieu géographique de son enfance. Il reste par ailleurs très influencé par les visiteurs médicaux pour constituer son carnet de correspondants.

b) Selon le sexe du médecin

Il apparaît dans le travail de Raymond Chalhoub qu'à l'exception des spécialités pédiatrique et gynécologique les femmes médecins sollicitent moins le recours au spécialiste que les hommes médecins [16]. Sébastien Deletang indique la préférence des femmes à exercer en milieu urbain (« peu de gardes ») et en groupe [38]. Pour la DRESS, la femme MG est sensible à la situation sociale du patient, aux délais d'attente, aux dépassements d'honoraires et elle a tendance à adresser plus souvent à l'hôpital [1]. Enfin, Blandine Yvon montre que les « urbaines » apprécient la proximité et l'accessibilité des confrères spécialistes [39]. Pour le MG homme, bien que sa pratique spécifique ait été peu étudiée, on peut noter que l'origine sociale le touche puisque le lieu d'exercice est souvent le même que le lieu d'origine. Il en découle des influences sociales et familiales, notamment la grande sensibilité aux dépassements d'honoraires (surtout pour les médecins issus du milieu populaire). Une étude quantitative serait intéressante pour préciser les items retrouvés.

c) Selon le lieu d'exercice

Pour les médecins urbains, la compétence technique est un mode de constitution important. Corinne Keller note que les médecins ruraux et semi-ruraux adressent plus souvent leur patient vers un spécialiste. Cependant, la DRESS ne confirme pas ces résultats [1]. Pour elle, ce sont surtout les médecins ruraux qui travaillent avec l'hôpital. La proximité, bien que peu évoquée dans notre étude, est pour la DRESS l'un des facteurs principaux du réseau des médecins ruraux. Le médecin de campagne semble rechercher la disponibilité de son correspondant, étant sans doute influencé par la demande de disponibilité de ses patients, comme l'explique Sébastien Deletang [38]. Par ailleurs, le médecin

rural est souvent le coordinateur des soins puisqu'il est en contact régulier avec les infirmières et les assistantes sociales pour discuter des différents problèmes touchant ses patients.

14. Éléments souhaités pour enrichir le carnet d'adresses

Ces éléments souhaités par les praticiens peuvent être interprétés comme des signaux qui sont source de confiance, et peuvent être à l'origine d'une prise de conscience.

Ainsi, il convient de s'interroger sur le manque de connaissance du niveau expertise du correspondant, qui peut être le reflet d'un manque d'enseignement de la communication. Les universités américaines l'ont bien compris et offrent des possibilités d'amélioration des techniques de communication médicale. En France, au début des années 90, la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand et le CHU Saint-Antoine à Paris ont pris l'initiative d'un enseignement de la communication médicale [3]. Face à la mise en concurrence avec les autres établissements, les hôpitaux se doivent de communiquer.

Au sein des établissements hospitaliers, les chefs de service tiennent une place importante dans cette amélioration de cette communication. Pour Yves Matillon, « les chefs de services hospitaliers ont pris conscience de la nécessité d'entretenir de bonnes relations avec les praticiens libéraux, de les informer. En effet ce sont eux qui déterminent en partie le recrutement des services » [4]. L'hôpital doit donc sortir de ses murs et se poser comme un acteur à part entière dans la médecine de ville. Comme le souligne Claude Richard : « Les médecins n'ont pas appris ni maîtrisé les compétences requises pour travailler dans un cadre participatif. » [5] « Cependant, l'augmentation des formations interprofessionnelles a permis une perception réciproque des rôles professionnels de chacun ». Pour illustrer cette donnée, la revue *Prescrire* a repris les données de l'assurance maladie sur l'impact des échanges confraternels dans la prise en charge du diabète [6]. On constate une augmentation statistiquement significative du taux de patient ayant bénéficié d'au moins un dosage d'HbA1c suivant une recommandation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (structure depuis intégrée dans la Haute Autorité de santé).

CONCLUSION

La confiance est l'élément clé de la création du carnet d'adresses. Les MG semblent également rechercher une attitude confraternelle et de qualité de la part de leurs correspondants, avec eux et avec leur patient. Au cœur

de tous ces modes de constitution, l'hôpital doit clarifier et enrichir ses relations avec les MG (améliorer l'accessibilité, la disponibilité, la stabilité des médecins et la communication). En effet, il risque de se voir marginalisé par le milieu libéral déjà majoritairement choisi actuellement. Ce carnet, outil très utilisé, est en perpétuelle évolution. Cette approche dynamique est stimulante pour le MG qui agit en véritable chef d'orchestre gérant au besoin un collectif de correspondants médicaux, paramédicaux et sociaux. Afin d'enrichir ce collectif, les généralistes sont demandeurs d'une multiplication de rencontres indépendantes, notamment vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Les choix faits par les MG pour constituer ce carnet de correspondants s'inscrivent avant tout dans une démarche éthique, de partage et de coordination cohérente des soins pour le patient avec pour but principal d'agir dans l'intérêt du patient. Le médecin généraliste est le garant d'une utilisation judicieuse de l'ensemble des ressources du système de santé. La compétence du médecin passe aussi par la qualité de son organisation.

RÉFÉRENCES

1. 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. [www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er649.pdf].
2. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). *Définitions et méthodes*. Paris : INSEE ; août 2008. [www.insee.fr].
3. Laxer G, Chipponi J, Pezet D. Place de l'enseignement de la communication médicale en faculté de médecine. *Rev Prat*. 1994;44(10):1362-5.
4. Matillon Y, Spira C, Sepetjan M, Pasquier J. Relations entre médecins de ville et médecins hospitaliers. *Concours Med*. 1986;108:389-91.
5. Richard C, Lussier MT, eds. *Communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent, Québec (Canada) : Éditions du *Renouveau Pédagogique* ; 2005.
6. Rédaction *Prescrire*. Prise en charge des diabétiques : quel est l'impact des « échanges confraternels » ? *Revue Prescrire*. 2001;21(222):777-8.
7. Thuderoz C, Mangematin V, Harisson D. *La confiance. Approches économiques et sociologiques*. Paris : Gaëtan Morin Éditeur ; 1999.
8. 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. [www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf].

9. Carricaburu D, Menoret M. *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Paris : Éditions Armand Colin ; 2004.
10. Conseil national de l'ordre des médecins. *Médecins et autres métiers de santé : quelle collaboration, quelle cohabitation ?* Paris : Le Conseil national, XX^e Jeudi de l'Ordre ; 4 décembre 2003.
11. Aïach P, Fassin D. *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos/economica ; 1994.
12. Ogrizek M, Guillery JM. *La communication médicale*. Paris : Presses universitaires de France, Collection *Que sais-je ?* ; 2000.
13. Ordre national des médecins. *Articles 2, 5, 32 & 56 du Code de déontologie médicale*. Paris : Ordre national des médecins.
14. Hoerni B. *Les nouvelles alliances médicales*. Paris : Flammarion Éd. ; 2003.
15. Conseil national de l'ordre des médecins. *Qualité et compétence en médecine : un défi déontologique*. Paris : Actes du colloque du 22-23 juin ; 2000.
16. Chalhoub R. *Recours au spécialiste par 20 médecins généralistes par courrier [Thèse de médecine générale]*. [Angers (France)]. Faculté de médecine d'Angers ; 1992.
17. Dubar C. *La socialisation – 3^e édition*. Paris : Armand Colin ; 1998.
18. Seguin F, Chanlat JF. *L'analyse des organisations, une anthologie sociologique. Tome 1 : les théories de l'organisation*. Québec : Gaétan Morin éditeur ; 1987.
19. Legendre N. *L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins de 1993 à 2003*. Paris : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, *Études et Résultats*, n° 412 ; juillet 2005.
20. Fréchou H, Guillaumat-Taillet F. *Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006*. Paris : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, *Études et Résultats* n° 643 ; juin 2008.
21. Aballéa P, Bartoli F, Eslous L, Yeni I. *Les dépassements d'honoraires médicaux*. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2007.
22. Ministère de la Santé. *Décrets, arrêtés et circulaires*. Arrêtés du 3 décembre 1987, du 11 juin 1996. Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3 du Code de la santé publique, entré en application le 1^{er} février 2009. Paris : Le Ministère.
23. Breuil-Genier P, Sicart D. *L'origine sociale des professionnels de santé*. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, *Études et Résultats* n° 496 ; juin 2006.
24. Cresson G, Drulhe M, Schweyer F-X. *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes (France) : École nationale de santé publique ; 2003. p. 177-93.
25. École nationale de santé publique (ENSP), APEMEG. *Étude exploratoire auprès des professionnels de santé médecins spécialistes et généralistes*. Rennes : ENSP ; septembre 2005.
26. Hoerni B. *Pratique médicale en réseau et déontologie*. Bulletin de l'Ordre des médecins. Décembre 1997;(12).
27. Langley GR, Minkin S, Till JE. *Regional variation in non-medical factors affecting family physicians' about referral for consultation*. *CMAJ*. 1997;157:265-72.
28. Étourneau C. *La place des paramédicaux reste encore à déterminer (États généraux de l'organisation de la santé)*. *Soins Cadres*. 2008;17(66):5-6.
29. Roussel Bart D. *Étude du facteur temps en médecine de famille (thèse de médecine générale, Lille, France)*. Faculté de médecine de Lille ; 1981.
30. Hoerni B. *Temps et médecine*. Paris : Édition Glyphé, collection « Les plumes d'Hippocrate » ; 2005.
31. Keller C. *Le recours aux spécialistes en médecine générale (thèse de médecine générale, Strasbourg, France)*. Faculté de médecine de Strasbourg ; 2002.
32. Claveranne JP, Lardy C. *La santé demain : vers un système de soins sans murs*. Paris : Édition Economica ; 1999.
33. Vigneron E, Guigou JL. *Distance et santé. La question de la proximité des soins*. Paris : Presses universitaires de France, collection « Médecine et société » ; 2001.
34. République Française. *Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. *JORF*. 22 juillet 2009;(0167):12184.
35. Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Payot, « Médecine et sociétés » ; 1984.
36. Ott C. *L'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe : mise au point et problèmes actuels (thèse de médecine générale, Strasbourg, France)*. Faculté de médecine de Strasbourg ; 1994.
37. Audric S. *L'exercice en groupe des médecins libéraux*. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, *Études et Résultats* n° 314 ; juin 2004.
38. Delétang S. *La pratique professionnelle de la femme médecin généraliste*. Enquête réalisée dans le Calvados (thèse de médecine générale, Caen, France). Faculté de médecine de Caen ; 7 juillet 1993.
39. Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. *Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire*. *Médecine*. 2007;3(2):83-8.