



HAL
open science

Représentations de la visite à domicile à La Réunion et facteurs d'influence : étude qualitative auprès de 12 jeunes médecins généralistes

Aude Jan-Huot de Saint Albin

► To cite this version:

Aude Jan-Huot de Saint Albin. Représentations de la visite à domicile à La Réunion et facteurs d'influence : étude qualitative auprès de 12 jeunes médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665537

HAL Id: dumas-01665537

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665537>

Submitted on 16 Dec 2017

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.

Université de bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N° 194

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 07.11.2017

Par Aude JAN – HUOT de SAINT ALBIN
Née le 24 avril 1987 à Nogent sur Marne (Val-de-Marne)

**Représentations de la visite à domicile à La Réunion et
facteurs d'influence. Etude qualitative auprès de 12 jeunes
médecins généralistes.**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Professeur émérite

Président

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL, MCA

Rapporteur

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE, MCU

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel DERKASBARIAN

Assesseur

Université de bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 N° 194

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 07.11.2017

Par Aude JAN – HUOT de SAINT ALBIN
Née le 24 avril 1987 à Nogent sur Marne (Val-de-Marne)

**Représentations de la visite à domicile à La Réunion et
facteurs d'influence. Etude qualitative auprès de 12 jeunes
médecins généralistes.**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Jury

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Professeur émérite

Président

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL, MCA

Rapporteur

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE, MCU

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel DERKASBARIAN

Assesseur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard GAY

Professeur émérite des universités de médecine générale et ancien directeur du département du 3^{ème} cycle de médecine générale de la faculté de médecine de Bordeaux.
Président du jury

Je vous remercie pour votre intérêt porté à mon sujet de thèse, et pour le très grand honneur que vous me faites de la présider.

Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Médecin généraliste, maître de conférences associé de médecine générale de la faculté de médecine de Bordeaux. Rapporteur

Je vous remercie pour vos conseils et pour avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Médecin généraliste, maître de conférences universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de La Réunion. Membre du jury

Je vous remercie pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée pour comprendre le principe de l'élaboration d'une théorie. Votre enseignement particulier en recherche qualitative m'a été d'un grand secours et vos enseignements universitaires toujours très intéressants.

A Monsieur le Docteur Michel DERKASBARIAN

Médecin généraliste, maître de stage universitaire. Membre du jury

Je te remercie pour ton enseignement, pour ces quelques mois passés dans ton cabinet, plus riches que n'importe quels autres durant mon troisième cycle de formation. Merci pour le regard sur la visite à domicile que tu nous transmets ; merci pour ta confiance.

A Monsieur le Docteur Philippe DESMARCHELIER

Médecin généraliste, Maître de conférences associé de médecine générale de la faculté de médecine de La Réunion. Directeur de thèse

Vous m'avez accompagnée alors que j'étais perdue dans un autre sujet de thèse puis m'avez proposé un autre sujet qui me convenait bien mieux. Vous avez su initier ce projet et m'accompagner tout au long de celui-ci. Je vous en remercie.

A mes parents,

Votre éducation a fait la personne que je suis aujourd'hui, et le médecin que je commence à devenir. Vos valeurs et votre soutien m'ont permis d'arriver jusque-là. Dans un souci constant de choisir ce qui fait et ferai mon bonheur, vous m'avez même laissée partir à la Réunion ! Pour votre amour, merci !

A Clémence, Geoffroy, Paul et Victoire,

S'occuper et prendre soin des autres aura été notre destin commun, Clémence. Merci pour la joie que vous mettez dans notre famille et votre présence rassurante et sans faille.

A mes grands-parents,

Vous aussi m'avez transmis ces valeurs familiales, de respect, de protection et d'amour de l'autre. Du plus petit au plus âgé, l'Homme est fragile et j'espère être à la hauteur de ce que vous attendez de moi.

A mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines,

Vous m'avez toujours entourée, vous avez toujours été présents, je suis fière de faire partie de notre grande famille.

A Bédi et Olivier, vous avez su être là lorsque des décisions importantes de nos vies ont dû être prises, nous ne les regrettons pas aujourd'hui, pour cela merci.

A Hugues, premier médecin que j'ai eu la chance de connaître, tu m'as montré ce qu'était un médecin de famille ; merci, pour nous tous, tes patients, et à moi de me montrer la voie à suivre.

A Marie et Bérengère, cousines et plus encore, c'est à vos côtés qu'a commencé mon choix d'être docteur ; merci pour ces journées et nuits de cousineries !

A Blandine, ma confiance en toi est sans limite. Marraine de Timothée, tu construis maintenant ta propre petite famille ; tu me connais si bien, tu sais que je t'aime fort.

A ma belle-famille,

A Elisabeth et Philippe qui me connaissent et me soutiennent depuis que j'ai commencé mes études de médecine

A Anais, Oriane et Guillaume qui apportent gaieté et folie dans notre famille !

A Ginette, Claude, Gisèle et André ; A Pascal, qui ont toujours été bienveillants.

A mes amis, de métropole

A Jessica, tu as su m'accompagner et me supporter tout au long de ces études qui n'étaient pas les tiennes. Tu es mon rayon de soleil, cette bouffée d'air frais qui fait tant de bien !!

A Juliette, nous avons commencé Médecine ensemble. On s'est soutenues, on en a essuyé des larmes, mais quelle joie d'être enfin arrivées là où nous en sommes.

A Clarisse, oreille et voix apaisée que je ne quitte plus depuis le fameux stage d'endocrinologie.

A Gui, il ne resterait plus qu'on s'associe pour dire qu'on a effectué le parcours parfait ! Merci pour tout, et plus encore ; et à Clotilde et Octavie de nous honorer de votre présence à nos côtés.

A Céline, toi aussi tu prends soin des autres ; que ce soit en Birmanie ou ailleurs, merci.

A mes autres co-externes devenus amis, à Julie : n'oublie pas avec Aurélien votre passage annuel à la Réunion ; à Maximilien pour ton aide et ton humour sans faille ; à Fanny, pour ton humanité au milieu des blocs et autres services de l'hôpital ; à Diane qui gère à merveille son rôle de maman, de médecin et de directrice de thèse avec une forme olympique ; à Constance pour ton courage dans la longue voie de la chirurgie.

Aux amis d'Antoine qui m'ont accueillie il y a 10 ans, à Arnaud pour ton aide lors de mes premières gardes, à Maëlle et à la si jolie Romane ; à PO pour tes conseils en optique et audio-prothèse ; à Fanny, Quentin et Marin, et tous les autres de la WCT.

A Anne-Charlotte, tu es si bienveillante, tu as pris soin de moi pendant ce long travail de thèse, merci d'avoir été là et à bientôt à la Réunion avec Baudouin et Joséphine !

Je n'oublie pas Stéphanie et Marine qui ont tant compté pour moi.

A mes amis, de la Réunion

A Séverine, tu seras ce que mon internat à la Réunion m'a apporté de meilleur. Ces trois semestres à tes côtés m'ont fait grandir. Formidables médecins et amis, vous êtes avec Fidy des exemples à suivre et je nous souhaite encore une longue route à parcourir ensemble.

A mes co-internes et amies, Clémentine, Esther, Lisa et Loraine. On s'est suivies, soutenues, encouragées, dans nos vies d'internes et de mamans. Continuons à partager nos merveilleuses vies professionnelles et personnelles, entourées de nos compagnons et enfants.

A Céline et Eric, qui supportent nos discussions médicales, qui sont toujours là pour de bons moments entre la Montagne et la Ravine à Malheur.

A Lucile, Marine, Clément, Perrine et Louis, nos premiers acolytes réunionnais.

A Marc, Amandine, Clément et Alix, quel bonheur d'avoir des cousins à la Réunion !

Aux petites dernières qui m'ont soutenue pendant ce travail de thèse : Anne-Gaëlle, Marie-Gabrielle et Pauline : merci !

Aux médecins, paramédicaux et secrétaires qui m'ont formée et tant appris.

A Arnaud et Samia pour leur humanisme ;

A Marlène et Fatima pour leur regard sur la gériatrie et ne plus avoir peur de prendre en charge une personne âgée ;

A Justine pour son amour des patients, son professionnalisme et ses rires ;

A Erika pour son aide si précieuse ;

A Alexandra, Sylvie, et Patricia pour m'avoir accompagnée dans ma formation ambulatoire de médecin ; à Laurent pour le dévouement que tu as pour tes patients et pour la visite à domicile.

Aux médecins que j'ai remplacés, qui me font confiance et qui m'ont également bien appris : Célia, Stéphanie, Laurent, Erwan et Coralie.

A Julie qui a consacré un long moment pour me guider dans la théorisation de ma thèse : merci.

Aux médecins interrogés pour ma thèse,

Vous êtes ma thèse. Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions, de vous être livrés, d'avoir pris du temps pour cela dans votre agenda bien rempli. Je ne peux vous citer ici personnellement, mais chaque entretien avec chacun d'entre vous aura été d'une grande richesse, pour moi, pour l'élaboration de ma théorie, et pour ceux qui la liront j'en suis sûre !

A Antoine

Tu partages ma vie depuis que mes études de médecine ont commencé. Tu m'as accompagnée dans mes moments de doutes, joie, tristesse aussi. Tu m'as guidée pour prendre les bonnes décisions. Tu me connais mieux que personne, continue de m'aider à être une belle personne et un bon médecin. Merci ! Je te dédie ce travail.

A Timothée

Mon amour pour toi n'a pas de limite. Tu seras toujours ma priorité, je te le promets.

A la Réunion.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Table des matières | 7 |
| TABLE DES ACRONYMES | 10 |
| LISTE DES TABLEAUX | 11 |
| LISTE DES FIGURES | 11 |
| PREAMBULE | 12 |
| 1. Population vieillissante..... | 13 |
| 1.1. Démographie | 13 |
| 1.2. Besoins particuliers/ Dépendance / Vieillissement à domicile | 13 |
| 2. Démographie médicale | 14 |
| 2.1. Moins de médecins généralistes | 14 |
| 2.2. Des médecins plus âgés mais la part des jeunes médecins qui augmente | 14 |
| 2.3. Féminisation de la profession | 15 |
| 3. Situation à la Réunion..... | 16 |
| 3.1. Population | 16 |
| 3.2. Offre de soins | 16 |
| 4. La visite à domicile, emblématique des soins primaires, stratégie nationale de santé | 17 |
| 5. Des modifications des pratiques de la visite ambulatoire déjà engagées | 18 |
| 5.1. AcBUS 2002 | 19 |
| 5.2. Regard des médecins expérimentés sur les pratiques de leurs jeunes confrères..... | 19 |
| 5.3. Plan 2015-2017 de la DGOS : amélioration des conditions d'exercice..... | 20 |
| 6. Problématique..... | 20 |
| INTRODUCTION | 22 |
| MATERIEL ET METHODE | 25 |
| 1. Type d'étude | 26 |
| 2. Population étudiée | 26 |
| 2.1. Critères d'inclusion | 26 |
| 2.2. Critères d'exclusion | 26 |
| 2.3. Schéma de recrutement | 26 |
| 3. Méthode..... | 27 |
| 3.1. Schéma de réalisation et contexte | 27 |
| 3.2. Recueil des données | 27 |
| 3.2.1. Le guide d'entretien..... | 27 |
| 3.2.2. Réalisation des entretiens | 27 |
| 3.2.3. Transcription des entretiens..... | 28 |
| 3.3. Traitement des données..... | 28 |

| | | |
|-----------------|--|----|
| 3.3.1. | Codage ouvert | 28 |
| 3.3.2. | Echantillonnage théorique..... | 28 |
| 3.3.3. | Codage axial..... | 29 |
| 3.3.4. | Elaboration de la théorie | 29 |
| 3.4. | Entretien test..... | 29 |
| 3.5. | Carnet de bord..... | 29 |
| 3.6. | Ethique | 29 |
| RESULTATS | | 31 |
| 1. | Caractéristiques de la population étudiée..... | 32 |
| 2. | Codage axial | 34 |
| 3. | Elaboration de la théorie | 34 |
| 3.1. | La visite : une activité à part entière..... | 36 |
| 3.1.1. | Exercer au domicile..... | 36 |
| 3.1.2. | Visiter c'est se déplacer | 37 |
| 3.1.3. | Implications personnelles du médecin qui visite | 39 |
| 3.2. | Temporalité duelle médecin-patient | 40 |
| 3.2.1. | Organiser les visites | 40 |
| 3.2.2. | L'espace-temps dans l'espace géographique..... | 41 |
| 3.2.3. | La visite s'inscrit au sein d'une activité du médecin généraliste qui déborde | 42 |
| 3.3. | Visiter demande du courage..... | 44 |
| 3.3.1. | Confrontation à l'inconnu, à des situations inédites, à l'urgence | 44 |
| 3.3.2. | Ces situations mettent en exergue les carences des médecins généralistes | 45 |
| 3.4. | La visite : une activité indispensable..... | 47 |
| 3.4.1. | Certains patients ne peuvent se passer de visites | 48 |
| 3.4.2. | Les médecins bénéficient aussi de la visite | 49 |
| 3.4.3. | La notion de devoir | 50 |
| 3.4.4. | Des visites illégitimes | 51 |
| 3.5. | Satisfaction des praticiens de leur façon de réaliser leurs visites | 51 |
| 3.5.1. | Des choix assumés | 52 |
| 3.5.2. | La Réunion, une population facilitante | 54 |
| 3.5.3. | Conscience de leur choix et satisfaction de leur façon de visiter | 55 |
| 3.6. | Les facteurs d'influence..... | 57 |
| 3.6.1. | Les médecins comptent sur les paramédicaux | 57 |
| 3.6.2. | Le médecin est un membre de sa famille et de la société qui est en constante évolution | 60 |

| | |
|---|-----|
| 3.6.3. Responsabilité réciproque du type de patientèle et de la représentation de la visite | 63 |
| DISCUSSION..... | 69 |
| 1. Analyse des principaux résultats | 70 |
| 1.1. Contexte de l'étude | 70 |
| 1.2. Portée et implication des résultats..... | 71 |
| 1.2.1. Une nécessaire modification des pratiques | 71 |
| 1.2.2. D'autres individus que le couple médecin-patient influent les représentations de la visite à domicile..... | 72 |
| 1.2.3. Place de la formation initiale et continue dans la perception de la visite ambulatoire | 73 |
| 1.2.4. Des résultats ambivalents..... | 74 |
| 2. Critique et appréciation : forces et faiblesses de notre étude..... | 74 |
| 2.1. Pertinence du choix du sujet | 74 |
| 2.2. Matériel et Méthode | 75 |
| 3. Comparaison des résultats aux données publiées..... | 77 |
| 4. Perspectives | 83 |
| 4.1. Donner une place majeure à la visite ambulatoire dans la formation initiale et continue | 83 |
| 4.2. Permettre et reconnaître aux médecins le droit légitime d'exercer son rôle dans la société et sa famille..... | 84 |
| 4.3. Renforcer la place des infirmiers et secrétaires..... | 84 |
| 4.4. Revalorisation de l'image du médecin qui passe par la revalorisation de l'image de la visite | 85 |
| CONCLUSION..... | 86 |
| BIBLIOGRAPHIE | 88 |
| ANNEXES | 91 |
| 1. Annexe 1 : Version 5 du guide d'entretien | 92 |
| 2. Annexe 2 : Codage axial..... | 96 |
| Organisation des propriétés / caractéristiques | 96 |
| 3. Annexe 3 : Formulaire de consentement | 101 |
| SERMENT MEDICAL | 103 |

TABLE DES ACRONYMES

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

ALD : Affection de Longue Durée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CMG : Collège de Médecine Générale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

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

HAD : Hôpital à Domicile

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

VAD : Visite à Domicile

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

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée | 33 |
|---|----|

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Représentations de la VAD | 35 |
| Figure 2 : Influences des paramédicaux sur les représentations de la VAD | 58 |
| Figure 3 : Influences réciproques du type de patientèle et des représentations de la VAD | 61 |
| Figure 4 : Influences de la société et de la famille sur les représentations de la VAD | 64 |

- Légende des signets utilisés sur les figures :

☺ Signifie facteur facilitant – influence positive

☹ Signifie facteur limitant – influence négative

☺ Signifie facteur d'influence des choix (sans préjuger de son orientation)

- Une représentation surlignée dans le tableau signifie qu'elle est influencée par le(s) acteur(s) en question.

- Figures réalisées avec le logiciel Freemind®

PREAMBULE

Entre dix et dix-sept ans, après la classe ou les cours, lorsque je montais avec lui en voiture pour l'accompagner dans ses tournées de visites à domicile, j'ai souvent entendu mon père me raconter des histoires. Des histoires de patients, toujours anonymes, car il respectait au plus haut point la vie privée des personnes, des histoires hautes en couleur, pleines de drame et de sentiments, de bizarreries et de drôlerie. Ces histoires, il en avait été le témoin plus ou moins consentant, souvent le participant, parfois le dépositaire en confiance. Ce n'étaient pas à ses yeux des « cas cliniques », terme consacré dans le milieu médical, mais des histoires de vie. Il ne les racontait pas (je m'en rends compte aujourd'hui en l'écrivant ici) comme une « observation » qu'on expose à ses collègues mais comme des contes, des histoires à suspense ou des nouvelles à chute, et il ponctuait ses récits par un rire, un soupir ou un hochement de tête qui leur donnait une tonalité toute particulière. Quand il me les racontait, ce n'étaient pas simplement des histoires mais des leçons de vie qu'il était souvent surpris d'avoir apprises, et qu'il avait plaisir à me transmettre. Ce dont il ne se doutait probablement pas, c'est qu'il me transmettait aussi des éléments essentiels de mon futur métier.

Martin Winckler : Le patient, le récit et le soignant : littérature et formation médicale. Les tribunes de la santé, vol 43, no. 2, 2009, pp. 37-42.

1. Population vieillissante

1.1. Démographie

L'un des grands défis universels de notre siècle est de faire face à la démographie à laquelle nous sommes confrontés. La population française augmente et vieillit.

Elle a augmenté de 0.4% en 2016 (1).

L'espérance de vie à 60 ans progresse aussi pour atteindre 23.2 ans chez les hommes et 27.6 ans chez les femmes.

Les personnes de plus de 65 ans représentent 19.2 % de la population, soit 3 points de plus que 10 ans auparavant et 4 points de plus que 20 ans auparavant.

La population française augmente. Elle est plus nombreuse et de plus en plus âgée. Ses besoins de soins vont donc probablement continuer à augmenter.

1.2. Besoins particuliers/ Dépendance / Vieillesse à domicile

La personne âgée dépendante est fragile et vit le plus souvent à domicile (2).

Dans son état des lieux sur les professionnels de santé, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a étudié plusieurs panels de médecins au cours des dix dernières années.

En 2014 elle a fait un rapport sur la prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile (3).

La prise en charge spécifique de cette population nécessite le plus souvent une visite à domicile (VAD).

La visite à domicile représente 33% des actes des médecins généralistes chez leurs patients de plus de 70 ans et 84% chez les personnes âgées dépendantes (3). Les visites à domicile chez cette population sont plus nombreuses en quantité mais durent aussi plus longtemps que chez les individus plus jeunes. La complexité des situations, l'évaluation de multiples composantes comme la marche, le domicile, l'alimentation, l'observance médicamenteuse et la coordination avec les familles et

autres intervenants de santé et du maintien au domicile expliquent que ces visites soient plus longues.

La conjonction de tous ces facteurs permet de présupposer un accroissement de la demande de soins à domicile pour les années à venir.

Qu'en est-il de la démographie médicale ?

2. Démographie médicale

2.1. Moins de médecins généralistes

La densité de la population de médecins généralistes diminue.

L'instauration du numéris clausus au début des années 1980 en est l'un des facteurs les plus importants. Son déblocage progressif au début des années 2000 a permis d'inverser lentement cette tendance mais les effets escomptés ne seront observés que 10 ans plus tard, le temps que les médecins généralistes soient formés.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2016, l'ordre recensait 88.886 médecins généralistes en France (y compris dans les DOM), soit une diminution de 8.4 % des effectifs depuis 2007 (4).

L'évolution de la démographie médicale se caractérise par deux spécificités : le vieillissement de ses praticiens et la féminisation des nouveaux diplômés.

2.2. Des médecins plus âgés mais la part des jeunes médecins qui augmente

L'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans (4); les médecins âgés de plus de 60 ans représentent près de 30 % (27.3 %) de la profession (4), cette part a plus que triplé depuis les années 1990 (5).

Ces médecins seniors se caractérisent par un volume horaire de travail plus important, suivent davantage les personnes âgées, réalisent aussi plus de visites à domicile (6).

On peut comprendre aisément qu'avec cette forte proportion de médecins à la retraite dans les 10 années à venir, il en résultera un manque encore plus important dans l'offre de soin proposée par les médecins généralistes, et particulièrement dans la réalisation des visites à domicile (VAD).

2.3. Féminisation de la profession

Les femmes médecins généralistes sont quant à elles de plus en plus nombreuses au sein de la profession.

Elles sont aussi plus jeunes. Elles sont majoritaires parmi les médecins actifs de moins de 55 ans (5) et représentent 66 % des moins de 30 ans (4).

Elles se distinguent aussi par leur mode d'exercice. Magali DUMONTET a mené une étude nationale « féminisation, activité libérale et lieu d'installation, quels enjeux en médecine générale. » (7). Il en ressort que leur patientèle diffère de celle des hommes. Elles ont moins de personnes âgées dans leur patientèle et moins de patients en affection longue durée (ALD). Par voie de conséquence leur activité diffère : elles réalisent moins de visites à domicile : l'offre de VAD des femmes est de 43% plus faible que celle des hommes (7).

Le rapport de la DREES sur les conditions de travail des médecins généralistes (6) ajoute qu'elles font moins d'actes, ont un volume horaire plus faible mais réalisent des consultations et des VAD de durée plus longue.

Alors que les médecins âgés sont plus nombreux, leur part parmi l'ensemble des médecins généralistes diminue. Les femmes sont, quant à elles, de plus en plus nombreuses. Ces deux populations de médecins aux exercices particuliers et notamment dans leur pratique de la visite à domicile, évoluent en sens contraire. Si ce modèle perdure, on peut donc craindre une offre de VAD se restreignant progressivement.

3. Situation à la Réunion

3.1. Population

La densité de population augmente plus vite qu'en métropole.

La population est plus jeune avec 32% de moins de 20 ans, expliquée par des grossesses plus jeunes et un plus fort taux de natalité (8).

La population est moins âgée, proportionnellement, mais avec davantage de personnes en ALD (reconnues avec une Affection Longue Durée) pour le diabète, l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral) avec séquelles invalidantes et l'HTA (Hypertension Artérielle).

Le taux de personnes bénéficiant de la CMU (Couverture Maladie Universelle) est 5 fois plus élevé qu'en métropole (8). Celui-ci illustre une situation économique plus difficile pour les ménages réunionnais.

Il y a donc davantage de patients et davantage de patients nécessitant potentiellement des visites à domicile du fait de leurs fragilités et dépendance.

3.2. Offre de soins

La densité des médecins généralistes est par contre plus élevée qu'en métropole : 117 médecins généralistes pour 100.000 habitants contre 106 médecins généralistes pour 100.000 habitants en métropole en 2014 (8).

En revanche, la densité des médecins spécialistes d'organe est inférieure et l'offre hospitalière en dessous de l'offre nationale en ce qui concerne les lits de médecine, de chirurgie, de soins de suite et réadaptation et de psychiatrie. Mais elle est deux fois plus dotée en lits de HAD (9). Le médecin généraliste réunionnais doit donc gérer davantage de situations de soins à domicile, et avec un plus faible recours à la médecine de spécialité.

De plus, le taux d'équipement concernant la prise en charge des personnes âgées ou handicapées est globalement inférieur à celui constaté en métropole (8).

On comprend aisément que la prise en charge ambulatoire, par les médecins généralistes libéraux à la Réunion, est beaucoup plus importante en termes de volume et de charge.

Les généralistes réunionnais sont plus nombreux que leurs confrères métropolitains pour couvrir le territoire et légèrement plus jeunes (avec un âge médian de 50 ans, contre 52 ans en métropole, 7% d'entre eux ont moins de 35 ans). La féminisation est légèrement moins marquée. Les femmes médecins généralistes représentent 1/3 de la profession et on dénombre autant d'hommes que de femmes chez les moins de 35 ans (10).

Ainsi la Réunion compte davantage de médecins pour sa population mais demande davantage de soins et visites à domicile car les patients sont plus nombreux et plus dépendants. D'autre part, l'offre de soins hospitalière et spécialisée est plus faible. Le problème du vieillissement des praticiens est également présent sur l'île et la féminisation de la profession commence aussi à être marquée.

4. La visite à domicile, emblématique des soins primaires, stratégie nationale de santé

Depuis quelques années les soins primaires sont au cœur des grandes directives politiques.

Margaret CHANN, présidente de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), titrait déjà en 2008 son rapport sur la santé dans le monde : « les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » (11) en constatant la demande générale et croissante de soins de santé primaires.

Le Collège de Médecine Générale (CMG) a proposé au travers du Rapport DRUAIS (12), en mars 2015 lors de la consultation des médecins généralistes par le ministère de la santé, de redonner aux soins primaires toute sa place et son importance face aux enjeux sanitaires, économiques et sociaux qui se posent. « Le système de santé français doit se réorganiser autour des soins de santé primaires », [il faut] « renforcer la hiérarchisation du système de santé autour des soins de santé primaires, en confortant la fonction traitante du médecin généraliste ».

La visite ambulatoire peut être considérée comme un des piliers des soins primaires.

Les soins primaires sont la caractéristique de la spécialité de médecine générale. En effet celle-ci est définie au niveau européen par la WONCA (World Organization of National Colleges Academies) (13) : « elle est le premier contact avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagés prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée ». Elle ajoute : « La médecine générale est la ressource première et essentielle, elle couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients. »

La visite à domicile est en effet la réponse que le médecin peut apporter à un patient qui demande son aide parce qu'il ne peut pas se déplacer au cabinet. C'est un service qui lui est apporté.

Quelques thèses ont étudié les ressentis des médecins généralistes vis-à-vis de la visite ambulatoire. Les différents travaux sont concordants en termes de ressentis des avantages et inconvénients de cette pratique.

Au-delà de l'acte diagnostique et thérapeutique, c'est en effet l'occasion pour le soignant de découvrir le domicile, le niveau d'équipement, son entretien, l'autonomie du patient, l'observance médicamenteuse (13) (14).

Le patient invite le médecin à son domicile, les rapports peuvent être modifiés. Le médecin peut aussi en tirer une certaine satisfaction, le lien médecin patient peut s'y trouver renforcé (15).

Mais les visites renvoient une connotation négative pour de nombreux médecins : les conditions d'exercice au domicile, l'aspect chronophage, la rémunération insuffisante...(16) (15).

5. Des modifications des pratiques de la visite ambulatoire déjà engagées

Les avantages et inconvénients des visites à domicile semblent partagés par l'ensemble des médecins, de façon plus ou moins prononcée.

Lorsqu'on les interroge sur l'évolution de la visite à domicile, deux faits majeurs ressortent : l'évolution du nombre de VAD depuis la mise en place des accords de bon usage de soins (AcBUS) en 2002 d'une part, et un regard préoccupé quant aux pratiques des nouvelles générations de médecins généralistes d'autre part.

5.1. AcBUS 2002

C'est un accord de bon usage des soins médicaux qui a été signé en 2002 (17) face à un nombre très élevé de visites à domicile. Elles représentaient près d'un quart de l'activité des médecins généralistes en 2001 pour passer maintenant à 10 % de leur activité clinique (5).

Cet accord a permis de réguler leur nombre en leur donnant un cadre et surtout en leur attribuant des conditions de remboursement et de possibles majorations si celles-ci n'entraient pas dans ces indications précises.

5.2. Regard des médecins expérimentés sur les pratiques de leurs jeunes confrères.

Les praticiens avaient eux aussi la volonté de réguler leur nombre de VAD, face à une population plus nombreuse et des effectifs médicaux plus restreints.

Une thèse réalisée en 2012 a étudié l'opinion de 6 médecins généralistes sur la visite à domicile (13). Elle a fait ressortir des sentiments d'inquiétude, d'agressivité, lorsqu'il s'agissait d'évoquer la pratique de la VAD de leurs jeunes confrères. Certains disaient même en être choqués. Ces 6 médecins étaient tous maîtres de stage, membre du département de médecine générale avec 24 ans d'installation en moyenne. Leur point de vue n'est peut-être pas partagé par l'ensemble des médecins ?

Une autre thèse a étudié en 2013 un échantillon plus varié de médecins généralistes, sur les facteurs d'influence des visites à domicile (16). La tranche d'âge moyenne était de [45-50] ans. Les propos étaient plus pondérés et lorsque les aspects générationnels étaient évoqués sur les pratiques de VAD, c'était pour donner des

explications sur la plus faible proportion de VAD chez les jeunes généralistes. Ils sauraient dire non et peut être mieux s'organiser qu'eux, les plus anciens.

D'autres thèses ont demandé l'avis des internes (14). Or nous savons que lorsqu'on commence à être confronté à un exercice en cabinet, lorsqu'on a des contraintes de temps et de gestion de la demande d'une patientèle, une fois que l'anxiété des premières visites est passée, notre regard change sur la pratique de l'exercice au cabinet et en visite. Nos souhaits et mode d'exercice aussi.

5.3. Plan 2005-2017 de la DGOS : amélioration des conditions d'exercice

Le plan 2005-2017 de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a pour projet de moderniser cette offre (17). Consciente de la nécessaire amélioration des conditions d'exercice, elle a pour stratégie un déploiement de nouvelles perspectives à envisager pour les médecins et notamment dans la prise en charge des visites à domicile. Innovations technologiques et délégation de tâches notamment sont autant de propositions faites par la politique de santé.

C'est cette dernière qui encadre notre exercice, a-t-elle su cibler les attentes de nos jeunes médecins généralistes dans le domaine de la visite ambulatoire ?

6. Problématique

Alors que les évolutions démographiques générales et médicales font diminuer la densité de médecins, alors que l'on assiste à une réelle volonté politique de s'engager dans le « virage ambulatoire » et de maintenir les personnes âgées à domicile, des évolutions majeures de la pratique de la Médecine Générale ont commencé à être engagées.

La Réunion, par ses caractéristiques propres, histoires familiales, contraintes géographiques, faible offre hospitalière, de spécialistes d'organe et de structures et équipements de soins, est confrontée à une demande encore plus forte de prise en charge ambulatoire à laquelle les médecins généralistes doivent répondre.

Les médecins généralistes seniors semblent s'inquiéter de la situation et s'émouvoir du faible attrait apparent chez leurs jeunes confrères pour la visite ambulatoire.

L'avis des principaux concernés n'a cependant pas été sollicité. Pourtant ils font partie des médecins d'aujourd'hui, et ce sont eux qui pratiqueront la médecine du futur proche.

Comment la jeune génération de médecins généralistes réunionnais perçoit-elle cette activité sur laquelle patients comme instances comptent plus que jamais ? Quels sont les facteurs d'influence de leurs représentations de la visite ? Quelles en sont les possibles implications sur l'avenir de la visite à domicile ?

INTRODUCTION

La population française augmente et vieillit. La densité de population a augmenté de 0.4% en 2016 (1), l'espérance de vie augmente et les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses. La personne âgée est fragile et vit le plus souvent au domicile (2).

La prise en charge de cette population nécessite le plus souvent une VAD (3), on peut en déduire un accroissement de la demande de soins à domicile dans les années à venir.

La densité de médecins généralistes diminue. Leurs effectifs ont diminué de 8.6% depuis 10 ans (4). La profession vieillit, aussi. La part des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans a plus que triplé depuis les années 1990 (5). Pourtant, ce sont eux qui réalisent un volume horaire de travail plus important, qui ont davantage de personnes âgées dans leur patientèle et réalisent le plus de visites à domicile (6).

Les femmes médecins deviennent plus nombreuses et sont plus jeunes (5). Elles ont moins de personnes en ALD dans leur patientèle, des patients moins âgés et font moins de VAD (7).

Ces deux populations de médecins aux exercices particuliers et notamment dans leur pratique de la VAD évoluent en sens contraire. Si ce modèle de pratiques perdure, on peut donc craindre une offre de VAD qui va se restreindre.

A La Réunion, la densité de population augmente plus vite qu'en métropole (8). Les réunionnais sont moins âgés mais il y a davantage de personnes en ALD pour le diabète, les AVC avec séquelles invalidantes et l'HTA. L'offre de soin hospitalière et de médecins spécialistes d'organe est inférieure au seuil national, mais il y a deux fois plus de lits pour HAD (9).

Il y a donc davantage de population aux besoins spécifiques avec une demande de soins à domicile plus forte à laquelle les médecins généralistes réunionnais doivent répondre.

Parallèlement, on assiste à un virage ambulatoire, tant au niveau mondial (11) que national (12), en donnant aux soins primaire une place encore plus importante dans le système de santé. Cela laisse entrevoir une demande encore plus forte de prises en charge ambulatoires.

Plusieurs thèses ont étudié la visite à domicile, à travers le point de vue des étudiants en SASPAS (Stages Ambulatoires en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) (14), à propos des évolutions passées et à venir (15), ou encore en interrogeant des praticiens maîtres de stage universitaires (13). Ces derniers semblent s'inquiéter de la situation et s'émouvoir du faible attrait apparent chez leurs jeunes confrères pour la visite ambulatoire.

L'avis des principaux concernés n'a cependant pas été sollicité. Pourtant ils font partis des médecins d'aujourd'hui, et ce sont eux qui pratiqueront la médecine du futur proche.

Quelles sont les représentations de la visite à domicile pour les jeunes médecins généralistes réunionnais ?

Notre objectif principal était d'explorer les représentations de la visite ambulatoire pour les jeunes médecins généralistes réunionnais. Nos objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs influençant ces représentations de la VAD et repérer de possibles implications sur son avenir.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur l'analyse d'entretiens semi dirigés selon la théorie ancrée (« Grounded theory » selon GLASER ET STRAUSS).

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

Les médecins remplissant l'ensemble des critères suivants :

- Entre 28 ans (âge minimum requis pour avoir fini l'internat) et 40 ans (fixé de façon arbitraire mais non stricte) ;
- Exerçant à La Réunion ;
- Remplaçants ou installés.

2.2. Critères d'exclusion

Les médecins remplissant au moins un des critères suivants :

- Externat non terminé
- Exercice hors la Réunion
- Refus de participer à l'étude

2.3. Schéma de recrutement

Le recrutement a été réalisé selon la méthode d'échantillonnage par réseau afin d'obtenir un échantillonnage à variation maximale. Les médecins ont été contactés par téléphone.

3. Méthode

3.1. Schéma de réalisation et contexte

Chaque entretien individuel s'est déroulé aux dates acceptées ou proposées par les médecins. Ils ont choisi les horaires et lieux d'entretien. Parfois à leur domicile, parfois à leur cabinet. Le premier entretien a été réalisé conjointement avec deux chercheurs, le directeur de thèse et l'auteure. Tous les autres entretiens ont été réalisés par l'auteure seule.

3.2. Recueil des données

3.2.1. Le guide d'entretien

Il a été élaboré en trois parties : étude des représentations de la visite ambulatoire, réponse aux critiques formulées aux jeunes médecins sur leurs rares visites, et enfin la recherche de propositions quant à l'avenir de cette pratique. Suite aux réponses des premières personnes interrogées, à l'accroissement de notre bibliographie active et à la précision de notre réflexion, celui-ci a été ajusté à 4 reprises pour répondre au mieux à notre question de recherche. [Voir annexe 1]

3.2.2. Réalisation des entretiens

Chaque entretien s'est déroulé comme suit :

- Présentation de l'étude, de l'intérêt des réponses du médecin
- Lecture et signature du formulaire de consentement
- L'entretien était filmé (image et son) au moyen d'un enregistreur numérique Go pro®. Le son a été également capté sur enregistreur audio par sécurité.

3.2.3. Transcription des entretiens

Tous les entretiens ont été intégralement et fidèlement transcrits depuis la source audio par le chercheur, au décours immédiat et sur logiciel Microsoft Word®.

Une seconde passe de transcription a été réalisée au moyen de la vidéo afin d'y ajouter les éléments non verbaux.

Les transcriptions des premiers entretiens ont été lues par les médecins interrogés afin de les corroborer. Les autres médecins ont eu également la possibilité de demander leur transcription.

3.3. Traitement des données

3.3.1. Codage ouvert

Les transcriptions ont été importées dans le logiciel N'Vivo ® pour ensuite être codées en « nœuds » (codage ouvert). Les titres des nœuds ont été choisis afin de donner du sens, en évitant la catégorisation.

Les transcriptions et codages ouverts de chaque entretien étaient terminés avant de réaliser l'entretien suivant.

3.3.2. Echantillonnage théorique

Nous avons réalisé des entretiens jusqu'à la saturation des données. Elle a été obtenue au bout du dixième entretien. Nous l'avons confirmée par deux entretiens supplémentaires, soit un total de 12 entretiens analysés.

3.3.3. Codage axial

Après le dernier entretien, nous avons regroupé tous les nœuds obtenus comme des propriétés qui caractérisaient des catégories afin de faire un codage axial, thématique. [Voir annexe 2]

3.3.4. Elaboration de la théorie

Selon le principe de la théorisation ancrée nous sommes ensuite retournés vers le matériau dans lequel on s'est ancré pour répondre à notre question de recherche et dégager les concepts clefs et leurs facteurs d'influences. Nos premiers résultats ont été soumis aux médecins interrogés afin de les corroborer.

3.4. Entretien test

Un premier entretien test a été réalisé et mené par le directeur de thèse. L'auteure, mutique, était en retrait et notait les attitudes des deux protagonistes ainsi que des observations éventuelles. La transcription de cet entretien a fait l'objet d'une micro-analyse, ainsi que d'un deuxième codage ouvert, conjointement avec une tierce personne. Après les premiers entretiens, le guide d'entretien était réajusté pour explorer au mieux la question de recherche.

3.5. Carnet de bord

Un carnet de bord a été tenu par l'auteur durant tout le déroulement de l'étude. Les traces de son cheminement ont été rédigées dans des compte-rendus opérationnels, de terrain, de codage et théoriques. Chacun d'eux était titré, daté et ancré à autre compte-rendu.

3.6. Ethique

Une feuille de consentement était remise au sujet interrogé et expliquée par le chercheur, pour signature. [Voir annexe 3]

Les médecins interrogés ont été nommés dans l'ordre chronologique par la lettre D (pour Docteur) suivie d'un chiffre incrémental (D1, D2, ...). Cette dénomination exclusive garanti l'anonymat du fichier.

Les enregistrements audio et vidéo n'ont été exploités que par l'auteure seule et seront détruits une fois la thèse soutenue.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

12 entretiens ont été réalisés, d'une durée moyenne de 41 minutes.

Les refus de participation avaient été justifiés par une impossibilité de disponibilité aux dates proposées pour la réalisation d'un entretien, ou par désintérêt pour le sujet de recherche (argument explicité par un médecin).

Les caractéristiques des médecins interrogés sont regroupées dans le tableau 1. [Tableau 1].

| | Sexe | Age (années) | Statut d'exercice | Mode d'exercice | Lieu d'exercice | Année fin d'inter nat | Date premier remplacement libéral | Mode de filtrage des demandes de visites | Projet d'installation | Nombre de visites par semaine | Durée de l'entretien (Minutes) |
|------------|------|--------------|-------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Docteur 1 | H | 29 | Remplaçant | En groupe | Semi-rural | 2015 | [1 an – 2 ans [| Appels reçus par secrétaire qui filtre ou transmet directement au médecin | Moyen terme | - | 62 |
| Docteur 2 | F | 29 | Remplaçant | - Seule - En groupe | - Rural - Semi-rural | 2016 | [6 mois – 1 an [| - Appels reçus directement par le médecin - Appels reçus par secrétaire qui filtre ou transmet directement au médecin | Ne sait pas | - | 55 |
| Docteur 3 | F | 30 | Installé | En groupe | Urbain | 2015 | [1 an – 2 ans [| Appels reçus par secrétaire qui filtre ou transmet directement au médecin | Installée depuis 6 mois | 2 | 37 |
| Docteur 4 | F | 35 | Installé | En groupe | Semi-rural | 2011 | > 4 ans | Appels reçus par secrétaire qui filtre | Installée depuis 2 ans | 0 à 5 | 46 |
| Docteur 5 | H | 36 | Installé | En groupe | Semi-rural | 2009 | > 4 ans | Appels reçus par secrétaire qui transmet directement au médecin | Installé depuis 18 mois | 2 à 4 | 32 |
| Docteur 6 | H | 36 | Installé | En groupe | Semi-rural | 2011 | > 4 ans | Appels reçus par secrétaire qui filtre | Installé depuis 18 mois | 2 | 50 |
| Docteur 7 | F | 28 | Remplaçant | En groupe | - Urbain - Semi-rural | 2016 | [6 mois-1 an [| Appels reçus par secrétaire qui filtre ou transmet directement au médecin | Court terme | - | 34 |
| Docteur 8 | H | 40 | Installé | En groupe | Semi-rural | 2004 | > 4 ans | Appels reçus par secrétaire qui transmet directement au médecin | Installé depuis 8 ans | 4 à 5 | 39 |
| Docteur 9 | H | 39 | Installé | En groupe | Rural | 2005 | > 4 ans | Appels reçus par secrétaire qui filtre | Installé depuis 10 ans | 0 à 1 | 44 |
| Docteur 10 | F | 29 | Installé | En groupe | Semi-rural | 2016 | [1an-2 ans [| Appels reçus par secrétaire qui filtre | Installée depuis 10 mois | 1 | 39 |
| Docteur 11 | F | 37 | Remplaçant | - Seule - En groupe | - Urbain - Semi-rural | 2015 | [2 ans – 4 ans [| Appels reçus par secrétaire qui filtre ou transmet directement au médecin | A long terme | - | 27 |
| Docteur 12 | F | 33 | Installé | En groupe | Semi-rural | 2010 | > 4 ans | Appels reçus par secrétaire qui transmet directement au médecin | Installée depuis 1 an | 3 | 32 |
| Moyenne | | 33 | | | | 2012 | | | 25 mois | 2 | 41 |

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

2. Codage axial

A partir des différentes caractéristiques codées dans le verbatim nous avons effectué un codage axial qui consiste à regrouper ces caractéristiques comme des propriétés de catégories qu'elles définissent. [Voir annexe 2]

3. Elaboration de la théorie

Notre analyse de la littérature, la réalisation de nos entretiens, les analyses de terrain, du verbatim, des sujets, le codage ouvert puis le codage axial et enfin sélectif nous ont permis d'élaborer une théorie pour répondre à notre question de recherche.

Des concepts qui caractérisent les représentations de la visite ambulatoire des jeunes médecins généralistes réunionnais ont émergé et construit notre théorie.

[Figure 1]



Figure 1 : Représentations de la VAD (FreeMind®)

3.1. La visite : une activité à part entière

L'exercice du médecin généraliste ambulatoire est partagé par deux principaux types d'activité : celle au cabinet et celle au domicile. C'est cette dualité d'exercice cabinet/domicile qui est retrouvée dans nos entretiens au cours desquels les médecins ont distingué, comparé et opposé ces deux modes d'activité.

3.1.1. Exercer au domicile

L'exercice au domicile a été décrit comme particulier et singulier par deux aspects principaux : le matériel médical à disposition et les conditions d'examen. La disponibilité du premier et l'aisance des secondes seraient déterminantes pour conférer à la séance de soin un caractère de qualité.

Tous se sont accordés à dire que le petit matériel, bien qu'indispensable, n'était pas une contrainte puisque facile à acquérir et disponible :

« Moi j'ai investi dans, dans une espèce de petite mallette avec tout ce qu'il faut otoscope, stéthoscope, bah, dextro, enfin tout ce qu'il faut dans sa mallette médicale pour pouvoir euh, pour pouvoir examiner le patient. » (D7).

Par contre certains ont souffert du manque d'équipement qu'ils ne peuvent prendre ou ne pensent pas à prendre lorsqu'ils quittent le cabinet pour visiter :

« on aurait besoin d'un traitement euh, tout de suite qu'on pourrait avoir au cabinet mais qu'on n'a pas forcément dans la trousse » (D7) ; « moi je me balade pas avec mon père-personne » (D9).

Les conditions d'examen étaient également un facteur gage de qualité : confort du médecin et pertinence de l'examen clinique, comme l'a expliqué D11 :

« chez des gens parfois, bon l'environnement, bon ils n'y peuvent rien hein, les conditions sont pas toujours idéales, les conditions d'examen non plus, quand on a des gens qui sont, qui ont des difficultés à se déplacer, qui sont assis au fauteuil, qui ne peuvent pas vraiment bouger et qui sont dans leur lit, pareil, difficiles à relever des fois, si il n'y a pas quelqu'un pour aider, ne serait-ce que pour ausculter les champs pulmonaires, c'est difficile. » (D11).

Ainsi, si tous ont été d'accord pour dire que le confort du médecin est moindre

« Et les conditions d'examen, on peut les reproduire au domicile mais c'est quand même plus confort dans un local où on a l'habitude de travailler je trouve. » (D5),

pour certains cela entraînait une qualité moindre de l'examen :

« le fait de pas être dans son milieu confortable, je pense qu'on a, une façon de procéder qui a ; qui est peut-être un peu moins bien organisée ou voilà, dès qu'on n'est plus dans son confort, on a, on est moins efficace. » (D9).

Tandis que pour la majorité, cela n'influaient pas sur la qualité des soins :

« maintenant je ne suis pas certain que, alors, tout peut arriver, mais je ne suis pas certain qu'on passe à côté de quelque chose à cause de, à cause de l'environnement de la consultation. » (D1).

Un élément a été particulièrement relevé par les médecins interrogés : c'est la disponibilité du dossier médical. Élément indispensable à une bonne expertise médicale, il fait défaut lors de la visite et est un élément manquant particulièrement aux médecins.

« Et le fait de ne pas avoir le dossier sous les yeux tout ça, même sur une visite de routine, c'est. En fait, on fait une première consultation du dossier sur place, et euh, ce qui prend déjà du temps, et après on va, enfin sur place. Donc au cabinet ; puis après on fait une deuxième, une deuxième visite entre guillemets [mime les guillemets], vraiment auprès du patient. Et on est, enfin moi je souvent je me suis retrouvée dans la situation où il y a toujours une information que tu n'as pas eu le temps qui te manque que tu as pas eu le temps de, enfin soit que tu as pas vu. » (D2).

D2 a décrit là une préparation en amont de la visite, qui s'effectue au cabinet pour projeter sa visite, puis la visite au domicile où il manque souvent, malgré la préparation, des informations qui ne sont pas disponibles avec soi puisque le dossier complet du patient est au cabinet.

3.1.2. Visiter c'est se déplacer

La notion de déplacement fut un élément qui distinguait de façon claire la visite ambulatoire de l'activité au cabinet.

Si certains médecins ont reconnu bénéficier de conditions avantageuses en ne parcourant que de faibles distances

« Mais, si, non non c'est local hein, on fait pas plus de. Moi je sais que le max de kilomètres qu'on côtoie, c'est quatre. » (D4) ; plusieurs ont mentionné le stationnement comme élément potentiel de satisfaction « on est un petit peu

à la campagne, on fait un peu comme on veut, c'est pas, c'est pas un souci pour moi » (D8)

ou au contraire d'anxiété :

« des fois l'angoisse de, devoir faire demi-tour dans une petite rue où tu peux pas faire demi-tour » (D7).

Le sentiment d'anxiété a été retrouvé également lorsqu'il s'agit de trouver l'adresse ou le code d'entrée de l'immeuble (D4) (D12), ou si les routes sont sinueuses, comme souvent à la Réunion : *« Euh, surtout à la Réunion où potentiellement heu, on est amenés à faire beaucoup de route avec beaucoup de virages. »(D1)*. La voiture semblait donc être indispensable pour réaliser une visite de qualité :

« Ensuite, donc, pour faire une bonne visite il faut une bonne voiture aussi. Enfin, moi je suis dans les hauts, en ville c'est pas pareil mais, je pense que c'est important d'avoir envie [appuie -> signifie qu'il utilise une intonation d'appui sur le mot précédent] d'aller faire ta visite. » (D10).

Ainsi, le fait de devoir se déplacer, avec toutes les contraintes que peuvent amener les distances à parcourir, a pu entraîner un refus de suivre certains patients :

« vu son âge il va forcément être dépendant et que pour moi son domicile était trop éloigné du cabinet pour envisager une visite à domicile » (D10).

Cette distance excessive aurait été également responsable d'une perte de chance pour la prise en charge éventuellement urgente des patients :

« Le temps d'arriver tout ça. Il s'est passé trois quart d'heure et si c'était euh, si ça avait été un asthme grave, ben je pense que ça aurait été, ça aurait pu [regarde en l'air], porter préjudice quoi. » (D6)

Visiter c'était se déplacer, pour aller à la rencontre de ceux qui ne peuvent pas venir au cabinet :

« C'est, c'est parce que tout le monde ne peut pas se déplacer, parce que y'a des, des, pas en urgences hein, je parle dans le cadre du suivi, tout le monde ne peut pas se déplacer. Y'a des gens qui sont heu, heu, qui sont un peu, un peu isolés, de par leur âge, de leur heu absence d'entourage familial proche. » (D1).

D10 a bien expliqué la corrélation entre le déplacement du médecin et la prise en charge médicale du patient qui lui ne peut pas se déplacer :

« Alors, je pense que [soulève les sourcils] ce que j'apporte au patient c'est, ben déjà la, la consultation médicale. Puisqu'il ne pourrait pas venir. Il y en a

certaines qui pourraient venir au cabinet mais, avec de grandes difficultés, je leur apporte du confort, puisque je viens à eux. Du coup je leur apporte mon expertise médicale et je leur permets d'être en meilleure santé» (D10).

On voyait là l'implication du médecin qui se déplace pour une meilleure prise en charge de son patient.

3.1.3. Implications personnelles du médecin qui visite

Visiter c'était se déplacer, se rapprocher du patient. Il y avait la notion de mouvement mais également celle, plus symbolique, du lien qui se resserre entre le médecin et le patient. Il y avait le contact physique :

« Bah ce qui me plaît c'est le contact avec le patient » (D10),

et le lien relationnel :

« c'est vrai bon le fait d'aller chez les gens, on rentre un peu dans leur intimité donc c'est vrai peut-être euh, une relation un peu plus, vu que les gens me reçoivent chez moi, me reçoivent chez eux [appuie] [rire], c'est euh, voilà, peut-être une relation qui se crée, un petit peu plus personnelle avec les patients » (D8).

Le médecin semblait donc soigner par sa présence :

« en fait rien que de voir le docteur : ça va mieux. Donc y'a, c'est beaucoup le, rien que de, le fait d'aller [appuie] faire la visite, en fait ça fait déjà une visite de qualité parce qu'on s'est déplacé » (D4).

Au-delà de la présence, le médecin qui fait des visites est celui qui permet la réalisation des visites et se montre disponible pour ses patients. C'est ce que Docteur 1 nous a expliqué :

« ça permet d'imaginer par le patient une disponibilité du médecin, une disponi [bafouillage], pardon, une disponibilité de son médecin, euh et puis pour beaucoup de patients c'est important de, de savoir que le médecin se déplace » (D1).

Le médecin qui se montre disponible est une qualité à offrir aux patients ; mais pour certains la limite avec la séduction n'était pas loin :

« effectivement on peut avoir l'air dévoué euh [regarde au sol], en se rendant chez les gens et ça peut avoir un intérêt dans la relation médecin-malade, d'avoir un peu le patient dans sa poche [rises], voilà bah c'est vrai » (D6).

On comprend maintenant que la visite est une activité à part entière, distincte de celle du cabinet, par le fait de se déplacer, l'espace de consultation et le matériel disponible, les patients qui sont vus et l'attitude du médecin qui réalise des visites. Mais si la visite est un exercice différent, on a compris qu'elle demande donc une préparation et une organisation, quel est ce rapport de la visite au temps ?

3.2. Temporalité duelle médecin-patient

« La visite le but c'est pas d'y aller cinq minutes, au revoir Madame je m'en vais et tout. Donc euh, surtout que les visites à domicile durent généralement plus longtemps qu'une, qu'une consultation au cabinet. » (D3).

La visite a encore été comparée à l'activité au cabinet, mais cette fois-ci dans sa dimension temporelle.

3.2.1. Organiser les visites

Aller consulter un patient à domicile demande une certaine organisation. Lorsqu'il s'agit d'assurer le suivi du patient, il faut anticiper les visites, les planifier :

« En général nous aussi on tient un tableau avec des dates sur lesquelles on dit « ben voilà, tel jour on est allé le voir donc ça serait bien au minimum de le revoir à telle date » (D12).

Parfois cette organisation allait dans le sens de cadrer un créneau spécifique dans l'agenda pour la réalisation des visites :

« Bon c'est, c'est sûr ça demande quand même une organisation, ça prend du temps euh, ouais, ça prend du temps quand même pour euh, essayer de s'organiser pour se réserver des créneaux horaires, des plages pour euh, pour faire les visites. » (D8).

D8 l'a dit, organiser les visites demande du temps. Et à l'inverse, si l'organisation n'est pas là, les visites sont encore davantage perçues comme des contraintes :

« Clairement j'aime pas, mais alors, pourquoi ? Parce que [se racle la gorge] parce que c'est pas quelque chose de, d'organisé. Peut-être que je suis plus,

peut-être que du coup je suis plus un jeune médecin je suis un déjà un vieux [rires] avec des, avec des habitudes. » (D9).

Ce qui demande du temps, dans la préparation en amont, c'est aussi de préparer la visite en consultant le dossier médical, cet indispensable dossier médical évoqué dans notre chapitre **3.1.1**.

La visite demande donc de prévoir du temps, pour l'organisation en amont. Mais la chronophagie est également en lien avec la visite en elle-même qui se déroule au domicile du patient.

3.2.2. L'espace-temps dans l'espace géographique

Les praticiens mettent un certain temps pour se rendre sur place :

« Et puis ça dépend aussi de l'endroit où ça se trouve, si c'est un peu loin, si il y a de la route, on perd pas mal de temps pour ça » (D11).

Pour cette raison, ils ont demandé que le patient participe et prenne du temps pour aider le praticien à être plus efficace. Il peut en effet venir chercher le médecin pour le guider au domicile :

« il disait à un membre de la famille de venir au cabinet, pour se mettre d'accord, et ils partaient ensemble en se suivant. Ça c'est une super idée » (D5).

Ils leur demandent aussi de se préparer et de préparer leur domicile à leur arrivée :

« Au minimum c'est qu'ils soient là quand j'arrive [dénombrer sur ses doigts] euh, [pause]. Si possible que les médicaments soient consultables, enfin qu'ils soient présents ou bien rangés, qu'on voit à peu près où sont les médicaments, ce qu'ils prennent, l'ordonnance. » (D11) ;

« bah peut être qu'ils aillent s'allonger dans leur lit déjà en sachant à peu près à quelle heure va arriver le médecin plutôt que de patienter au fond de leur jardin, devoir enlever leurs chaussures tout ça. » (D5) ;

« La chose où, que je suis quasiment tout le temps obligé de leur demander c'est de couper la télé quand on arrive. Ça paraît pas logique, ça paraît pas évident que, quand tu vas examiner les gens tu dois être au calme. » (D9).

Pour certains médecins, c'est au patient d'adapter également son espace-temps :

« Parfois ils sont exigeants sur l'heure. Certains, [regarde ailleurs] bon c'est des petites exigences mais, ils sont en train de manger quand tu passes et « ah, est-ce que le médecin peut passer un petit peu plus tard ? » « Ben, comment vous dire en fait euh, c'est, c'est plutôt au patient de s'adapter au médecin, je suis désolée de vous déranger pendant le repas mais bon » [sourit]. » (D10).

En effet, une fois sur place, ils prennent du temps pour réaliser une visite de qualité :

« le temps de faire un bon examen, de, de, de voir l'évolution et de réévaluer aussi le traitement » (D12).

Le temps pris par le patient, et donné par le médecin, c'est lorsque le médecin écoute le patient

« Bah parce que les gens ils aiment bien parler aussi après [rires] » (D3) ou lorsqu'il reste à son chevet : « tu appelles une ambulance et cetera euh, finalement ça peut te grignoter du temps si tu dois quand même rester avec le patient. [...] je dois l'hospitaliser parfois je, je vais pas le laisser, enfin, je vais pas laisser le patient tout seul quoi. Je vais attendre l'ambulance » (D4).

Et puis finalement, parfois, le temps est compté et la visite se prolonge a posteriori, au retour au cabinet, une fois les autres activités réalisées :

« Ce qui n'est pas toujours le cas hein, on n'a pas toujours le temps de faire comme on aime. Du coup le temps finalement on le prend a posteriori, à la fin de la journée, je refais un, une espèce de synthèse, sur le patient. » (D12).

En effet, la visite est placée au sein d'un agenda de médecin déjà bien rempli.

3.2.3. La visite s'inscrit au sein d'une activité du médecin généraliste qui déborde

Les médecins généralistes ont dit se sentir dépassés par leurs missions professionnelles qui ne cessent de grandir :

« Il y a de plus en plus de choses à faire dans un cabinet de médecine générale et du coup tout ce temps-là n'est pas passé à voir les patients et forcément bah il y a un côté qui en pâtit et je pense que c'est la visite. » (D1).

Ces choses, annexes mais chronophages, auraient une influence directe sur la réalisation des visites :

« On a tellement [appuie] déjà de papiers, de bilans biologiques à regarder entre midi et deux que finalement, ben on se met beaucoup la pression sur les visites » (D12).

Honorer des visites implique donc de donner du temps de travail supplémentaire :

« du coup on les fait forcément en dehors des plages horaires de nos consultations, donc soit le midi soit en fin de journée » (D7),

ce qui a des conséquences néfastes sur le moral des médecins :

« [soupire] Bah moi je trouve que ça, ça alourdit nettement la journée » (D2).

De plus cela implique pour les praticiens de consulter en dehors des horaires d'ouverture des autres professionnels ce qui peut être néfaste pour la qualité de la prise en charge :

« moi c'est ça mes mauvaises expériences sur les visites à domicile qui ont été faites en dehors [appuie] des horaires de cabinet c'est que c'est aussi [appuie] en dehors des horaires de laboratoire et de pharmacie [dénombre sur ses doigts]. Et du coup avec une difficulté pour, euh, pour les patients de pouvoir accéder au, au traitement qu'ils auraient eu si ils étaient venus plus tôt au cabinet » (D2).

A l'inverse, d'autres ont défendu l'inextensibilité de leur temps de travail

« si je fais, moi, une demi-journée en plus pour les visites à domicile euh, ça voudrait dire que je perds une demi-journée pour euh, faire mes consultations au cabinet. Ou alors il faudrait que je rajoute [appuie] une demi-journée euh, euh, sur mon temps de travail. Et comme je, je, je peux pas. »(D4).

Dans ce cas, si la visite est faite, ce sera au détriment du reste : des autres patients qui attendent leur consultation au cabinet dans le cadre d'une demande de visite urgente :

« on t'appelle en plein milieu du cabinet, euh de de ton, de tes horaires de, de cabinet, et c'est vrai que ça nécessite d'abandonner le cabinet pour aller faire la visite » (D2) ;

ou au détriment du repas ou des affaires personnelles des médecins :

« Et puis ce qui rebute aussi c'est la fatigue. Voilà. Parce que bah, parfois entre midi et deux on a juste envie de manger, se poser, et pas forcément aller faire une visite »(D10) ;

« et puis avec les contraintes familiales qu'on peut avoir et cetera, même entre midi et deux bah c'est euh [se racle la gorge], ça, ça vient un petit peu, chambouler tout ça. » (D9)

La visite urgente, elle, participe à toutes ces représentations de temporalité, avec un élément supplémentaire : le désordre qu'elle entraîne dans l'organisation de la journée du médecin :

« C'est vraiment la visite d'urgence qui rebute parce qu'on se dit « mince, ça tombe toujours mal dans le planning »

et puis surtout

« est-ce que c'est une urgence, que je me déplace pas pour rien ? » Parce que c'est déjà arrivé. » (D10).

La visite est donc une activité qui prend du temps, temps si précieux au médecin généraliste, temps compté pour lui, mais nécessaire pour le patient. Ces deux acteurs de la visite ont un rôle à jouer afin d'optimiser au mieux cet espace temporel modulable. Donner de son temps, prendre du temps et organiser son temps sont trois aspects qui demandent une réelle implication et du courage de la part des praticiens.

3.3. Visiter demande du courage

Le courage est défini comme l'ardeur mise à entreprendre une tâche, la force de caractère qui permet d'affronter le danger, la souffrance, les revers, les circonstances difficiles. (Larousse 2016).

Il s'agissait donc bien de courage lorsque les médecins nous racontaient leur vécu de la visite.

3.3.1. Confrontation à l'inconnu, à des situations inédites, à l'urgence

Ils se confrontent à l'inconnu :

« on sait pas ce qu'il va se passer, on sait pas trop ce qu'on va retrouver » (D1),

ou à des situations inédites :

« Non mais j'ai fait un accouchement à domicile c'est, on est arrivés après mais, c'est quand même euh, c'est quand même quelque chose quoi. On n'a pas ça au cabinet, enfin, la femme qu'accouche au cabinet j'ai, j'ai, je pense pas » (D7).

Parfois aussi à l'urgence qu'il faut savoir apprécier:

« il faut gérer un peu au cas par cas, savoir si il faut euh, voilà, y aller tout de suite, si il y a un petit creux dans la matinée, ou si ça peut attendre midi que, que les, voilà que les consultations soient finies » (D8),

et qui est souvent transmise par le patient ou la famille avec beaucoup d'anxiété:

« C'est pas toujours facile non plus. Si il y a quelqu'un qui est en panique. C'est pas toujours une question évidente, je trouve » (D11).

3.3.2. Ces situations mettent en exergue les carences des médecins généralistes

Au départ il y a la demande de visite ; cette demande, par sa nature et par les émotions qui peuvent être transmises par l'appelant, appelle à une réponse : le déplacement ou non. Le médecin doit réguler la demande, exercice particulièrement difficile, surtout lorsque l'urgence entre en jeu :

« D'autres [fois] où finalement c'est plus la panique des gens qu'on a au téléphone qui fait que ça peut nous paraître urgent, enfin ça leur [appuie] paraît urgent du coup ils nous transmettent un peu leur stress et leur urgence alors que finalement ça aurait pu attendre quelques heures. Mais ça c'est vrai, bon ben des fois on a du mal à, à juger sans, sans être sur place et sans avoir vu le patient et la famille quoi. » (D7).

C'est pourquoi certains ont reconnu leur manque de formation qui leur fait réellement défaut, en régulation médicale d'une part:

« je pense qu'on n'est pas forcément bien formé pour ça, contrairement aux gens qui régulent par exemple au SAMU » (D11) ;

et à la pratique de la visite ambulatoire d'autre part :

« Parce que c'est vrai que nous pendant notre internat, ou même pendant les études de médecine, la visite à domicile on nous en parle pas, et limite c'est un peu « oui, c'est toujours mieux au cabinet parce que vous avez toujours plus de matériel, machin et tout, vous avez tout à disposition. » (D3).

Les médecins ont décrit également un manque d'expérience. Ceci a été retrouvé tant chez des médecins remplaçants que chez des médecins installés pourtant depuis plusieurs années. Cela peut être expliqué par un défaut d'assurance:

« C'est parce que je suis plus jeune et c'est parce qu'aussi, je pense que j'ai un manque de confiance en moi. Je pense que ça aussi ça, ça joue aussi. » (D4).

La peur de se tromper était quasi constante. Les médecins ont bien fait remarqué que cette peur était retrouvée en visite mais au cabinet aussi. Tantôt assumée :

« Et euh, donc après c'est sûr on peut toujours passer à côté de quelque chose. Après euh, faut pas non plus avoir la peur, parce que sinon on fait plus rien. Ou on fait trop [ouvre de grands yeux]. » (D3) ;

tantôt reconnue comme facteur déclenchant d'acceptation de visite :

« Mais bon, je préfère me, voilà, me déplacer pour rien que prendre le risque que. » (D8).

Le courage c'est aussi de reconnaître son imperfection. La reconnaître c'est en prendre conscience et l'assumer. Cet extrait d'entretien avec le Docteur 10, à propos de la prise de décision d'accepter ou non de se déplacer en visite, l'illustre très clairement :

« Quand tu as l'impression que c'est pas grave et malheureusement c'est grave, et après qu'on te condamne. Bon bah ma foi euh ; enfin t'es droit dans tes bottes donc, t'as essayé de faire comme tu as pu avec les moyens du bord à ce moment-là, et puis il y a pénurie de médecins, et t'as, et [appuie] tes raisons aussi personnelles qui font que tu, ce [appuie] jour-là tu décides de pas te déplacer, je pense qu'il faut aussi déculpabiliser un petit peu. Et, puis se dire qu'on peut pas sauver tout le monde quoi [négative de la tête]. Quitte à être condamné d'une peine de prison avec sursis. Ce qui est quand-même [regarde ailleurs], c'est lourd quoi. [...] Parfois j'ai envie de me dire ben à un moment donné, on peut pas tout faire bien aussi. Donc oui [appuie] ça me fait peur, forcément, mais après je décide aussi en mon âme et conscience et en fonction de moi, humain, ce que je suis capable de faire et de donner à ce moment X. Voilà. Donc j'essaie d'être le plus lucide là-dessus et puis de me dire que je ne suis pas mieux qu'un autre, et que je ne vais pas sauver la planète. Et puis si la loi décide que [regarde en l'air] je n'ai pas fait ce qu'il faut et ben je paierai le prix hein, puis c'est tout. » (D10).

C'est en partie pour ces raisons que certains déprécient les visites. Mais malgré cela, ils vont quand-même en faire, comme D4 qui reconnut :

« Enfin moi je, [rires] je, [regarde en l'air] oui je pense que j'essaie de me motiver pour faire les visites mais je, je, [lève les sourcils] c'est pas quelque chose que j'apprécie enfin. » (D4)

puis nous dit un peu plus tard :

« Euh, en général, enfin je, sinon j'ai peur de, passer à côté de quelque chose et, j'y vais. » (D4).

La peur peut aussi être en rapport avec un sentiment d'insécurité. Certains médecins disaient ne jamais l'éprouver, d'autres ne pas vouloir y être confrontés :

« Non, non sinon j'ai jamais eu, j'ai jamais eu de sentiment d'insécurité lors d'une visite. Après ça pourrait arriver effectivement, après je ne suis jamais intervenue dans une cité ou euh, ou dans des coins un peu mal famés mais euh, j'ai ja, je l'ai jamais ressenti mais ça me plairait pas de le ressentir. » (D7).

D'autres reconnaissaient avoir vécu des situations inquiétantes et les redouter :

« Bah c'est sûr que [regarde ailleurs] si c'est pour un motif euh, [pause] je sais pas moi, trouble du comportement ou, je suis toute seule enfin, ouais, il y a une certaine forme d'insécurité. Une certaine appréhension. » (D4).

Enfin d'autres expliquaient demander de l'aide dans ces situations difficiles avec patients agités au domicile notamment ; aide de la famille (D3) ou des forces de l'ordre

« J'ai eu peur une fois alors du coup maintenant je demande leur aide [sourit]. » (D5)

Ainsi, malgré leur manque d'expérience, de formations, leur peur de l'erreur ou de l'insécurité, les médecins peuvent déprécier les visites mais se confrontent quand même à l'inconnu ou à l'urgence, et ont le courage de faire les visites qu'ils acceptent.

On peut alors se demander pourquoi ils font quand-même ces visites ?

3.4. La visite : une activité indispensable

Indispensable est le mot qui a été souvent mentionné lorsqu'il s'agissait de développer les motivations à la visite, de la part de nombreux médecins :

« Je vois, enfin pour moi, c'est impossible que dans ma pratique qu'il y ait pas de, qu'il y ait pas de visite. Ça me semble, [hausse les épaules] ça me semble indispensable. » (D8)

3.4.1. Certains patients ne peuvent se passer de visites

Du point de vue des médecins interrogés, la visite était indispensable, on ne pouvait s'en passer, parce qu'elle sert des patients qui ne peuvent se rendre au cabinet, comme expliqué au chapitre **3.1.2** :

« [A propos d'une patiente vue au domicile :] j'en avais discuté avec elle et elle m'a dit « bah si il faisait pas ça et bah je verrais pas de médecin » [lève bras au ciel]. » (D1).

On distingue ici le caractère irremplaçable de la visite ; il a été mentionné également lorsqu'il s'agissait du suivi de ces patients :

« Bah en fait, ceux que je vais voir, c'est de toute façon, pour la plupart ils ne peuvent pas faire autrement. C'est juste [pour] qu'ils aient un suivi médical, sinon ils ne l'auraient pas. » (D9).

Parfois, les médecins font même passer en premier le confort du patient fragile :

« Ça leur évite un déplacement, une attente, des contraintes liées au transport, à leur maladie hein. » (D11).

Ils offrent à leur patient un lien social et parfois luttent contre l'isolement :

« il y a certaines personnes, certains patients qui sont en, en grande précarité et en isolement, sur lesquels évidemment [appuie] on continue le, le lien. » (D12).

Parce que les patients sont vus au domicile, les médecins qui visitent leur permettent ainsi un maintien à domicile :

« quand le médecin se déplace ça rajoute quelque chose dans l'esprit du patient, peut-être que ça amène une confiance supérieure, peut-être que ça amène euh, une, une possibilité d'être chez soi et d'avoir une prise en charge chez soi qui peut être rassurante pour le patient » (D1).

Ainsi, il leur est aussi permis de vieillir, voire mourir à leur domicile :

« ce sont des personnes âgées qui, bah qui peuvent pas se déplacer, qui sont en soins palliatifs aussi, j'ai pas mal de, donc régulièrement j'ai, je suis obligé de les accompagner les, des personnes en fin de vie » (D8).

Les patients sont donc bénéficiaires de la visite à domicile, mais sont-ils les seuls à en tirer profit ?

3.4.2. Les médecins bénéficient aussi de la visite

Le médecin se rend au domicile. La visite lui apporte des informations et éléments qu'il n'aurait pu avoir au cabinet comme l'accessibilité, la présence de tapis, d'animaux, les équipements et leur état, le stockage des médicaments :

« Ça peut permettre de, enfin des fois de se rendre compte des difficultés qu'ils peuvent avoir à la maison, des, des questions de, de, bon des questions d'ergonomie pour les personnes âgées le, par rapport à leur cadre de vie, des choses qui pourraient être améliorées dans leur quotidien pour éviter les chutes, éviter qu'ils se mettent en danger dans certaines situations, hum, et de voir un peu oui leur entourage familial, comment ils sont entourés. » (D8).

Avec cette connaissance de l'environnement, leurs attitudes et prises en charge sont optimisées.

Il s'agit pour eux d'évaluer le domicile mais également la situation au domicile : la qualité de la présence familiale, le niveau de précarité éventuel, ou le type d'alimentation du diabétique par exemple. Le regard du médecin change par sa représentation, l'image qu'il a du patient, il adapte ainsi sa prise en charge. D9 nous l'a très bien expliqué dans cet extrait d'entretien :

« Après sur le plan humain c'est différent euh, c'est. Bon après c'est vrai que, peut-être, enfin des fois on, ouais forcément on connaît d'autres facettes des gens, on peut comprendre certaines choses sur certaines difficultés qu'ils peuvent avoir. Quand on les a vus à la fois en visite et au cabinet, je pense que parfois il y a des regards qui changent. [...] Et euh, et quand, et du coup quand on voit les gens ici [au cabinet], ils ne sont pas dans leur élément ils sont dans le nôtre et euh. Et du coup il y a peut-être des choses qu'on peut leur dire qui, qui sans qu'on s'en rende compte, sont complètement inappropriées on va dire, tu vois. Quand tu vois après à la maison comment ils vivent tu comprends, ouais, tu comprends plus de choses. » (D9).

En cela la visite est indispensable aux médecins. Le médecin, pense être lui aussi indispensable aux visites. Lorsqu'on évoquait la délégation de la visite à d'autres professionnels, ils restaient très méfiants et justifiaient leur place en tant que pilier de la prise en charge assurant leur rôle de médecin traitant :

« Ben, pour une question de, de, ben je sais pas, enfin, je connais bien les gens, les patients, je connais leur dossier médical mais je connais aussi toute leur histoire familiale, depuis le temps que j'exerce, je connais vraiment les familles entières avec leurs problématiques, les histoires de famille tout ça. Donc je me dis, a priori, je suis le, la personne la plus, qui connais le mieux le patient et enfin, j'aurais une réticence à déléguer, déléguer les tâches médicales à une autre personne qui soit, une autre personne que moi. » (D8).

On peut ici dire que c'est du « donnant-donnant », un bénéfice mutuel apporté par l'autre, pour l'autre.

3.4.3. La notion de devoir

Si les visites sont indispensables et sont faites en reconnaissance de cause, certaines sont, par postulat ou par acceptation, réalisées car le praticien avoue ne pas avoir d'autre choix :

« Donc c'est sûr que j'ai une activité en visite qui est, qui est incompressible, je vois pas mal de patients âgés qui, pour lesquels je suis obligé de me déplacer. » (D8).

Les médecins reconnaissent à la visite une certaine légitimité :

« Bah, jamais [appuie] c'est vraiment inutile inutile. Parce que il y a ceux des fois on arrive on se dit « ouais c'est inutile parce qu'en fait la tension elle est bonne, la fréquence cardiaque elle est bonne », mais en fait euh, justement le truc que je disais, le fait que à la fin « oh ça va mieux, Madame, ou voilà, Docteur » : on sait que ça a quand même été utile parce que ça a remonté un peu le moral et que euh, voilà. » (D3).

En revanche, lorsqu'il s'agit de visites non justifiées, ils justifiaient leur refus par cette illégitimité de la demande :

« [en parlant d'un confrère qui réalise un nombre très important de visites :] C'est à lui de voir si il a envie de perdre son temps à aller voir des gens qui vont bien hein, qui peuvent se déplacer [sourit] » (D6).

Les visites peuvent donc aussi être le fruit de demandes illégitimes.

3.4.4. Des visites illégitimes

Les médecins voient aussi la visite comme un abus de la part de leurs patients. Abus dans leur demande, la visite n'était finalement parfois pas justifiée :

« Moi j'avoue qu'effectivement les abus de visite pour euh, des causes, qui n'ont pas lieu d'être euh, oui, ça m'énerve. » (D12).

On a relevé un vocabulaire et des expressions physiques riches de sens lorsqu'ils évoquaient les visites qu'ils qualifiaient d'injustifiées : ça les « énerve » (D12), ça les « agace » (D11), ils levaient les sourcils (D8), tapaient leur stylo sur la table (D5), pinçaient leurs lèvres (D6). On mesurait vraiment leur agacement, comme lorsque docteur 6 déclara :

« On ne peut pas demander aux médecins de venir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au domicile des malades pour n'importe quoi [serre les lèvres]. Je pèse mes mots sur le « pour n'importe quoi ». » (D6).

Mais il a cependant suggéré un peu plus loin que la demande de visite était une expression d'une plainte à part entière et qui devait être considérée comme telle, demande à laquelle le médecin devait répondre, malgré ses a priori :

« Après tu es toujours un peu euh, gêné, de refuser quelque chose à quelqu'un aussi euh. De refuser euh, si tu dis que t'y vas pas, c'est comme si tu refuses de voir qu'il souffre, euh. Voilà c'est un petit peu compliqué hein [lève les sourcils], à se mettre au bon, au bon niveau. » (D6).

Ainsi la visite médicale, acte indispensable pour le patient d'une part et pour le médecin d'autre part, fait partie intégrante du devoir des médecins, bien que certaines demandes de visite puissent paraître illégitimes. Mais alors, qu'est-ce qui fait que les médecins remplissent leur devoir, continuent de faire des visites malgré le temps que cela leur prend ou une certaine irritation ?

3.5. Satisfaction des praticiens de leur façon de réaliser leurs visites

Lorsqu'il s'agissait de comparer avec l'ancienne génération de médecins, les jeunes médecins se décrivaient soumis à des contraintes de volumes grandissants de

consultations, de tâches administratives, de « traçabilité » (D5), comme le résuma D1 :

« de ce que je peux voir et entendre il y a de plus en plus de choses à faire dans un cabinet de médecine générale » (D1) :

ce qui leur demandait beaucoup de temps, comme décrit au chapitre **3.2.3**.

Cela dit, ils revendiquent les choix qu'ils se permettent de faire, qui guident et protègent leur pratique, et leur permet de réaliser des visites.

3.5.1. Des choix assumés

C'est, toujours en se comparant à leurs aînés, que les jeunes médecins revendiquaient le métier qu'ils exerçaient, pas tant comme une vocation, mais davantage comme un choix souhaité, réfléchi :

« clairement moi, j'ai, enfin c'est sûr, ça peut être critiqué, je suis pas né pour faire médecine, et j'ai décidé de faire médecine parce qu'il fallait décider de faire quelque chose. Je suis ravi du métier que je fais et j'y prends beaucoup de plaisir » (D1).

Plus qu'un métier, certains insistaient sur leur choix de la médecine libérale. D10 a dit avoir fait ce choix, guidé par la possibilité de faire des visites à domicile:

« Alors que ce soit pour la visite d'urgence hein, c'est le côté excitant. C'est vrai que la visite classique de renouvellement est moins excitante mais euh, mais je, c'est vraiment quelque chose qui m'a beaucoup plu et qui m'a encore plus renforcé dans l'envie d'être médecin généraliste en ville.» (D10).

Plus qu'un mode d'exercice, c'est même leur patientèle qu'ils choisissent :

« Et euh, je pense que, là actuellement les médecins souvent même quand ils sont associés ils ont chacun leurs patients, nous on a chacun nos patients. [...] On a des gens qui sont des patients du cabinet, comme il y a des gens qui sont des patients de tel médecin. En visite, c'est clairement chaque, chacun a ses patients » (D9).

Et on voit que la patientèle en visite est également propre à chaque médecin.

D7 est allé plus loin et nous a expliqué qu'elle a choisi son mode d'exercice en choisissant son type de patientèle :

« Ouais, je ne pense pas prendre de plage horaire spécialement pour euh, pour les visites. Déjà j'ai pas spécialement, enfin j'aimerais bien avoir une patientèle euh, enfin une patientèle jeune, [hausse les épaules] je ne peux pas exclure les personnes âgées mais [sourit], j'aime bien plutôt la gynéco la pédiatrie, donc, vraiment s'il y a une urgence [appuie] pour faire euh, pour une personne âgée à aller voir en visite à domicile oui. Mais, avoir un suivi de plein de personnes à domicile [négative de la tête], c'est pas ça forcément qui m'intéresse. » (D7).

En l'occurrence elle n'était pas intéressée par la prise en charge des personnes âgées et allait donc orienter sa pratique sur une population jeune donc ne pas réserver de créneau dans son agenda pour les visites puisqu'elle ne souhaite pas axer son activité là-dessus.

Nous l'avons vu au chapitre précédent **3.4.4.**, certains choisissaient tout de même de refuser certaines visites, lorsqu'elles ne leur semblaient pas justifiées :

« Mais, non, c'est compliqué. De refuser une visite c'est, difficile. A moins vraiment que ce soit, rien du tout [rires] » (D12) ;

et ce d'autant plus qu'il n'était pas le médecin référent :

« Et j'allais y aller et puis la secrétaire que j'ai croisée un peu fortuitement, m'a dit « non, non, mais en fait c'est pas, c'est pas une patiente du cabinet, c'est pas vous le médecin traitant ici ». (D11).

D'autres, nombreux, précisait qu'ils réalisaient des visites à domicile, qu'ils avaient décidé d'en faire. De façon récurrente, dans leur discours, ils ont transmis ce message tout en parlant des autres (associés, médecins d'un autre cabinet, ou d'autres confrères en général) qui, eux, ne faisaient pas de visite :

« Moi quand je suis arrivé, j'ai remarqué qu'il y avait beaucoup de patients qui avaient des renouvellements mensuels [appuie] et qui n'étaient vraisemblablement pas vu, mensuellement. Qui étaient débriefés par téléphone hein, il parlait hein [mime une conversation au téléphone], l'infirmier « ça va ça, se passe bien, oui OK, je renouvelle ». Moi je ne concevais pas de travailler comme ça donc je préfère [appuie] renouveler trois mois, mais être sur place et examiner tout le temps.» (D5).

Ils jugeaient et critiquaient leurs confrères qui n'avaient pas la même attitude qu'eux vis-à-vis des visites. Parfois de façon cinglante :

« Après c'est l'envie aussi. Il y en a la visite à domicile ça, [pff], ça les botte pas. » (D3),

parfois en donnant une explication plus modérée :

« chaque médecin euh, voit midi à sa porte et il y a des médecins qui peut-être pourraient euh, euh avoir envie de favoriser la visite à domicile quoi qu'il arrive, et, et voilà. Donc je pense que [se racle la gorge] c'est au médecin lui-même de, de fixer ses propres limites » (D1).

Ils se comparaient à d'autres pour justifier leur choix. En cela ils étaient sur le chemin de la prise de conscience de leurs choix qu'ils assumaient et dont ils étaient satisfaits.

3.5.2. La Réunion, une population facilitante

Bien que la géographie de l'île ait été rapportée comme élément ajoutant à la complexité et à la durée du déplacement :

« Je pense c'est, c'est en grande partie le, le temps de déplacement. Euh, surtout à la Réunion où potentiellement heu, on est amenés à faire beaucoup de route avec beaucoup de virages » (D1),

sa population a largement été décrite comme spécifique, en comparaison avec celle métropolitaine, plus nombreuse à domicile mais facilitant la réalisation des visites.

En effet, ils ont décrit une population vieillissante qui reste davantage à domicile :

« on a effectivement une population vieillissante [bafouillage], d'autant plus à la Réunion, où les gens, pour l'instant, en tout cas, restent à domicile » (D2).

Les familles sont présentes, hébergent leurs aînés, et les médecins peuvent compter sur la solidarité familiale :

« Parce qu'à la réunion, il y a souvent des personnes âgées qui sont, enfin qui sont chez leur, chez leur enfant ou avec la famille qui est pas mal, pas mal autour. » (D8) ;

« Bah, [souponne] je pense [pose sa tête dans sa main], je pense que dans la majorité des cas un petit peu de solidarité familiale ça devrait se trouver, je pense qu'ici à la réunion on est quand même bien lotis » (D5).

Le respect, semble être une vertu préservée et qui renvoie au médecin une image positive de la visite:

« Je pense que tous les gens que je vais visiter ont été super correctes et super gentils et sont contents de voir le médecin arriver. Peut-être qu'à la Réunion aussi le regard est pas le même, je sais pas j'en sais rien. Il y a plus de respect peut-être. » (D11).

D7 a raconté par exemple :

« Je pense que globalement à la Réunion, il n'y a pas trop d'abus et les gens ils font euh, ils sont plutôt conciliants et font en sorte que voilà, si tu leur dit que tu passes entre midi et deux bah même si ils sont en train de manger, ils arrêtent ce qu'ils font et, et ils sont là pour euh, pour que le médecin vienne et ils mettent de côté leurs activités et ils reçoivent le médecin et après ils reprennent leurs activités. Mais je pense qu'à la Réunion non, c'est plutôt euh, ils sont plutôt corrects de ce côté-là. » (D7).

Ainsi les médecins réunionnais sont moins confrontés aux visites décrites précédemment comme illégitimes, ce qui renforce leur satisfaction :

« Mais en général à la Réunion ceux, ceux qui demandent des visites à domicile, on les connaît ils sont suivis, et c'est justifié généralement j'ai l'impression. » (D7).

D8 a même comparé le volume horaire qui est pour lui plus faible que celui de ses confrères métropolitains:

« Oui bon, c'est vrai que, [pause] les médecins actuellement ont envie d'avoir une vie sociale, une vie de famille, une vie sociale, ne pas être complètement accaparés par leur travail et d'être de garde tous les, tous les soirs ou. Bon là, je vois, enfin ici à la Réunion je suis pas trop confronté à ça mais, bon. Certains médecins en métropole, certains médecins que j'avais remplacé sur [X, grande ville métropolitaine], qui avaient une activité énorme, qui arrêtaient de bosser à dix heures du soir, qui étaient de garde tout le temps. Bon c'est vrai moi j'ai, moi j'ai pas envie de [négative de la tête], de voilà, que ma vie soit complètement consacrée à cent pour cent à la médecine. » (D8).

Nous retrouvons ici la satisfaction d'un agenda maîtrisé et maîtrisable pour permettre l'accomplissement du médecin dans sa sphère professionnelle et privée.

3.5.3. Conscience de leur choix et satisfaction de leur façon de visiter

Il y avait ceux qui parlaient globalement positivement de la visite et évoquaient les aspects qu'ils appréciaient : un champ d'action plus grand de la profession :

« C'est juste que je trouvais que ça, ça avait ce côté sympa d'aller se déplacer pour quelque chose de grave. Voilà. Je trouvais que ça agrandissait les possibilités en fait, enfin les champs d'action du médecin généraliste. » (D10),

une relation privilégiée avec le patient :

« Voilà tout se passe bien, je suis toujours [rires] bien reçu. » (D8).

Et D3 de conclure :

« C'est peut-être pour ça qu'on continue les visites à domicile [rires] ? Parce que nous elles sont bien nos visites à domicile ! » (D3)

Il y en eu d'autres qui, malgré les critiques qu'ils pouvaient faire, cheminèrent dans leur réflexion en même temps que leur discours s'articulait, et qui, finalement, reconnurent leur satisfaction de visiter :

« [Prend une grande inspiration] Euh, non, sinon, que des fois ça me fait plaisir de sortir prendre un peu l'air [sourit]. Quand par exemple il y a un trou, il n'y a pas de patient c'est toujours agréable de faire une petite sortie, il fait beau, de voir un peu autre chose, enfin d'autres gens qui sont contents de te voir arriver, c'est, c'est agréable aussi. Ça a ses petits côtés agréables aussi. » (D11) ;

« Et c'est vrai que j'avais trouvé ça intéressant comme, euh, comme expérience et comme vécu par rapport, on se sent vraiment médecin de famille là [acquiesce de la tête]. Même en tant que remplaçante, j'ai eu l'impression de prendre une place [mime avec ses mains] au sein de la famille pour prendre les décisions pour ce patient et pour l'accompagner, vers sa mort. Donc j'ai trouvé ça intéressant. » (D7) ;

« Finalement [voix forte] je, je râle un peu quand je dois faire une visite, mais finalement quand je l'ai faite euh [souponne], ouais je me dis « bon ben, c'était quand même sympa », parfois c'est sympa. Enfin, voilà [rires]. » (D4).

Les praticiens sont fiers et revendiquent le pouvoir qu'ils ont de pouvoir faire des choix dans leur pratique. Ainsi, si tous n'ont pas un profond affect pour la visite, tous en réalisent, en plus ou moins grande quantité, et tous sont satisfaits de leur choix et de leur pratique qu'ils reconnaissent leur convenir, particulièrement à La Réunion grâce aux qualités humaines qui semblent conservées sur l'île.

3.6. Les facteurs d'influence

Nous avons repéré plusieurs facteurs qui permettaient aux médecins d'avoir ces représentations de la visite et d'autres qui influaient sur leurs représentations.

Nous en détaillerons trois principaux ici : les médecins comptent sur les paramédicaux ; le médecin est un membre de sa famille et de la société qui est en constante évolution ; et enfin l'influence réciproque du type de patientèle et des représentations de la visite.

3.6.1. Les médecins comptent sur les paramédicaux

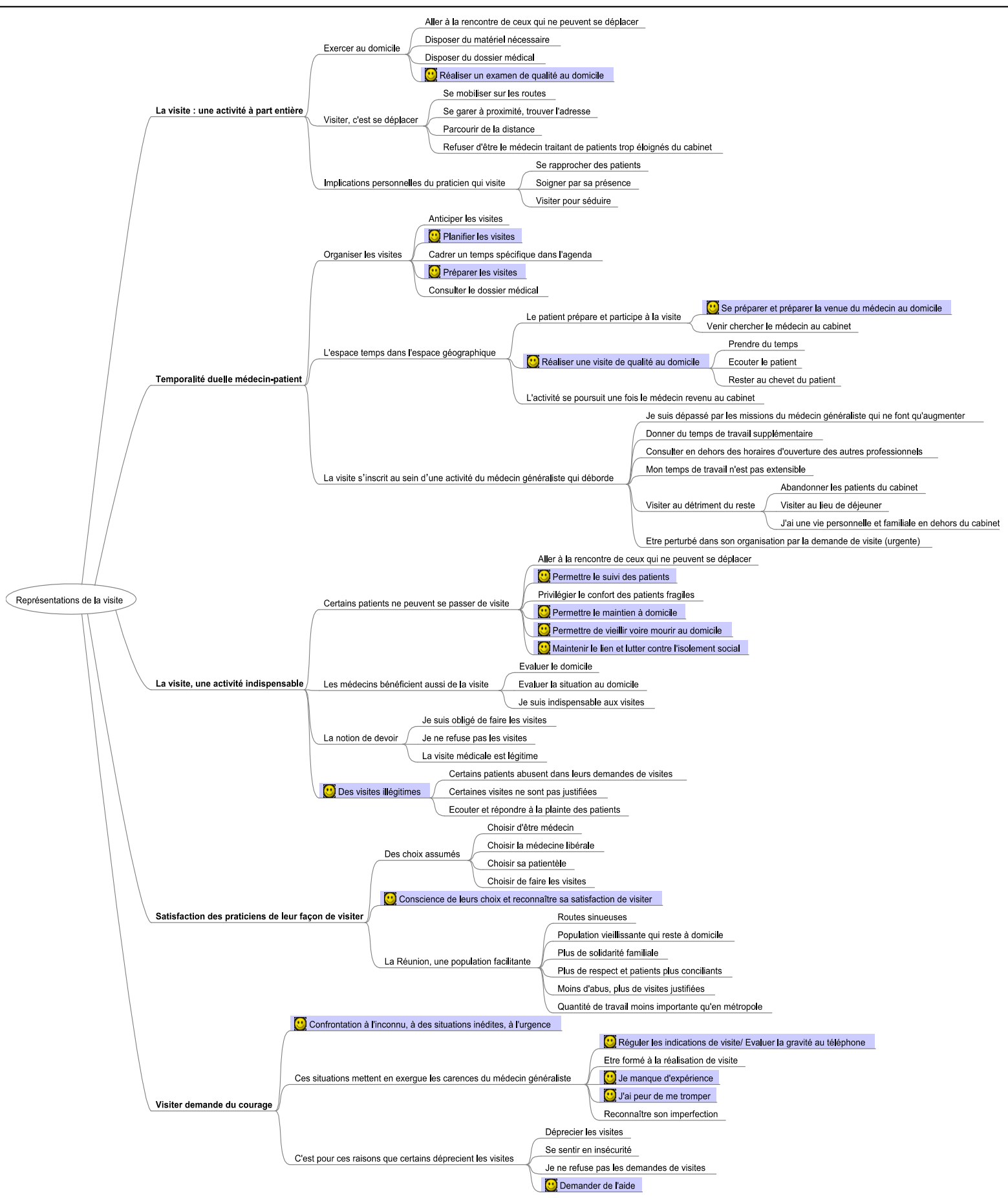


Figure 2 : Influences des paramédicaux sur les représentations de la VAD (FreeMind®)
58

La visite est une activité à part entière. Par exemple, il y a peu de consultations pendant lesquelles l'infirmier est présent. En visite c'est tout autre :

« Euh, et après, il y a des visites ça arrive, où c'est urgent par exemple [fronce les sourcils], euh, ça fait un appui euh, un appui enfin pour euh, les gestes, enfin j'ai jamais à faire vraiment de gestes mais enfin, mais euh, les patients qui sont alités, grabataires, en détresse respiratoire, t'as l'infirmier qui est là, pour t'aider à le mobiliser pour pouvoir écouter et cetera euh, qui va prendre la tension, en attendant que toi tu, enfin t'examines, t'auscultes par exemple. Voilà, ça fait aussi un appui aussi au point de vue euh, comment dire, [pause] t'es pas toute seule quoi [sourit] [se désigne de la main]. » (D4).

Souvent le médecin appelle l'infirmier pour faire le point avant de venir. Ce dernier l'aide dans cette régulation médicale (de l'indication de visite) difficile par téléphone :

« Bah après nous, on est euh, on joue beaucoup déjà avec les infirmiers hein, qui nous disent : « voilà, oui, je suis allé le voir ce matin, faudrait vraiment aller le voir », ou « non ça peut attendre ». » (D3).

La qualité professionnelle de l'infirmier va directement influencer sur le volume des demandes de visites, tout en réduisant ces visites illégitimes agaçantes pour les médecins :

« Euh, c'est sûr que, plus on a des infirmiers efficaces et proches du patient et moins on a des demandes de visite inutiles. » (D10).

Les infirmiers permettent aussi aux médecins de gagner ce précieux temps, car eux sont disponibles (dans l'imaginaire des médecins) et eux sont mobiles :

« Non non ouais : infirmiers. Ben en fait c'est les seuls électrons libres, qui se baladent [mime des cercles sur son bureau avec son stylo], y'a pu de médecin qui se balade [serre les dents]. » (D5).

Parce qu'ils passent souvent, les infirmiers permettent également au patient de garder un lien social indispensable satisfait par les visites:

« Bah elles, elles [les infirmières] le font en fait. En fait en général c'est des patients qui sont vus tous les jours déjà. » (D7)

et aussi au médecin d'espacer les visites.

D12 résumait la situation et cette importance du professionnalisme de l'infirmier, et de leur communication, pour la qualité de la visite à domicile perçue par le médecin :

« Euh, maintenant, les visites en elles-mêmes, elles sont aussi je trouve, très dépendantes de l'infirmier avec qui la famille travaille. Alors c'est peut-être juste moi qui ai observé ça je sais pas, mais euh, c'est vrai que c'est euh,

vraiment en fonction, très [appuie] bien organisé si on a beaucoup de, de communication entre la famille, l'infirmier, et nous. Et ça peut-être un peu plus difficile ou un peu plus délicat [fronce les sourcils], en fonction de la non-communication [sourit]. Voilà. [...] [Et à l'inverse lorsqu'il y a une bonne communication :] C'est un pur plaisir et il n'y a pas de soucis.» (D12).

Nous retrouvons ici la reconnaissance de la satisfaction de visiter dans ces conditions rendues possibles par l'infirmier.

3.6.2. Le médecin est un membre de sa famille et de la société qui est en constante évolution

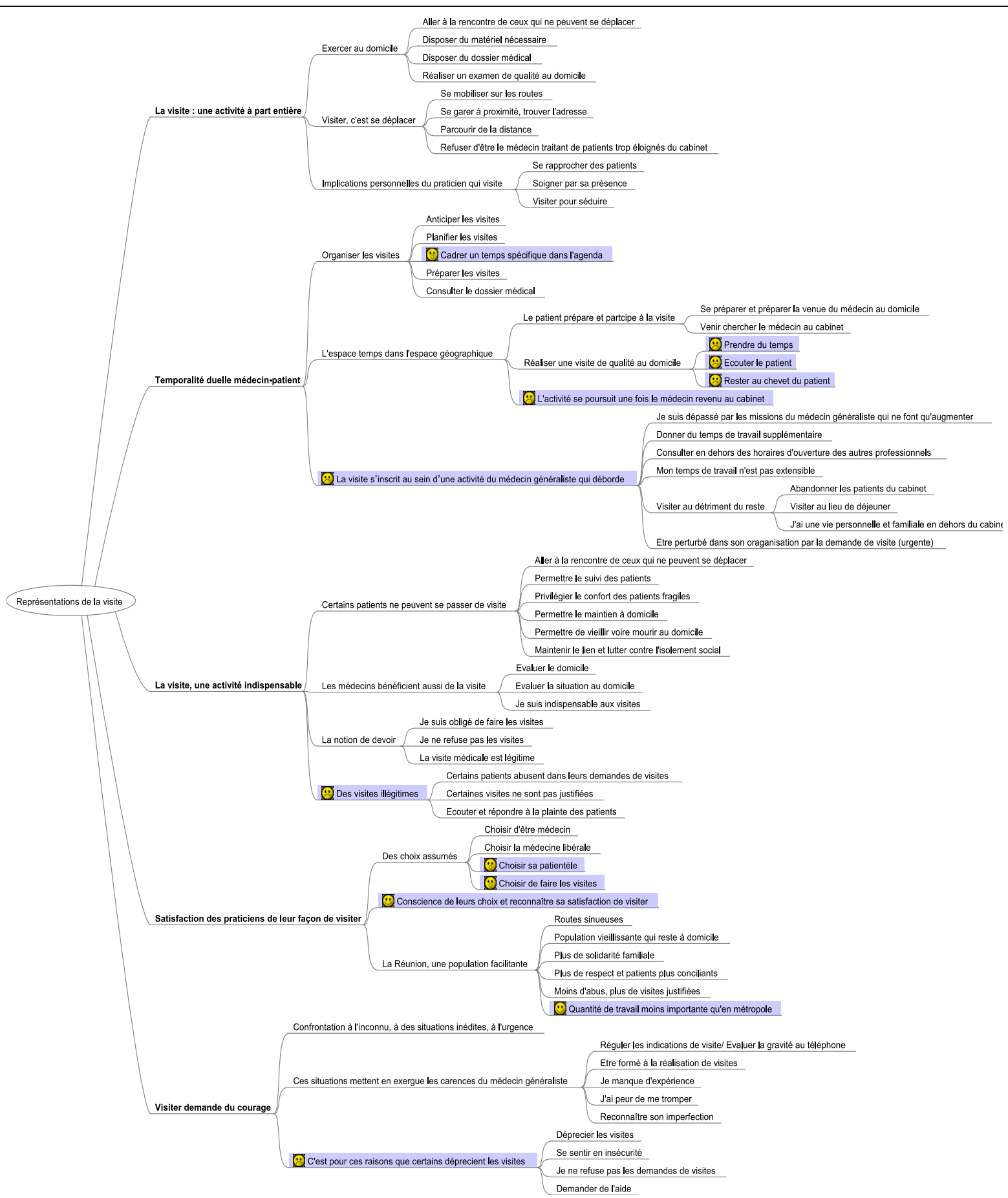


Figure 3 : Influences de la société et de la famille sur les représentations de la VAD
61

Lorsqu'on les a interrogés sur leur avis à propos des critiques que leurs aînés peuvent faire sur leur façon d'exercer et notamment de faire moins de visites à domicile, tous ont dit pouvoir concevoir ces critiques :

« j'entends, j'entends » (D2),

« je peux comprendre » (D12).

Mais cette question ne les a pas laissés indifférents. Leur langage corporel a été particulièrement riche à ce moment là : boire une gorgée d'eau (D7), se racler la gorge(D9), tendre les mains (D2), hausser les épaules (D2), taper son stylo sur la table avec les lèvres pincées (D5) par exemple.

Ils envisageaient en effet la visite et leur pratique de la visite, au sein de la société dans laquelle ils évoluent, et qui elle-même évolue. La société change, la culture change, le monde change, la médecine change et le médecin et donc sa pratique changent avec eux. D5 y voit même un caractère irréversible :

« c'est une évolution sociétale contre laquelle on peut rien » (D5).

D2 a mis l'accent sur la médecine en elle-même ; cette médecine qui évolue par l'état des connaissances était responsable des évolutions du métier qui ne pouvait ni devait se faire comme auparavant selon elle. La pratique des médecins spécialistes change peut-être de façon plus concrète et compréhensible mais, celle des médecins généralistes aussi car l'ensemble des connaissances médicales évolue aussi pour le médecin généraliste :

« de toute manière on ne peut pas, on ne peut plus [appuie] faire la médecine qu'ils [les médecins plus âgés] faisaient à l'époque, c'est pas possible. C'est, de toute manière, il n'y a qu'à voir comment la sécurité sociale a évolué, tout ça, c'est toute une évolution. Donc on ne peut pas revenir en arrière. Pourquoi il y aurait que ? Enfin, il n'y aurait que cette spécialité-là [la médecine générale] qui ne changerait pas ? A un moment donné c'est pas possible, donc nous aussi on a évolué, et c'est normal, et c'est pas forcément en moins bien. » (D2).

Il s'agissait réellement du changement : changement de société, changement de représentations aussi liées à l'âge :

« Je pense que, je pense que on est quand-même, comme les gens de notre âge. Je veux dire on a des, on change de priorités. » (D9).

Ils ont évoqué la féminisation comme grand facteur de modification des représentations et donc des pratiques, cela influençant directement sur les quantités et qualités des visites :

« Mais après, quand c'est uniquement une question de confort pour les patients, [pince les lèvres] je suis un peu réticente on va dire. J'ai jamais dit non hein, mais euh, ça, j'ai moins de plaisir à faire des choses quand ça empiète sur ma vie privée, ce que je considère comme ma vie privée. Après une certaine heure j'ai envie d'être à la maison avec mes enfants [rapproche ses mains vers elle], et pas forcément faire des heures sup' pour pas grand-chose quoi. » (D4).

On voit que c'est la satisfaction de visiter qui en pâtit, en conséquence.

Mais la société qui change modifie aussi le rôle du père au sein du foyer :

« Et euh, on n'est pas de la même génération, maintenant euh, on demande aussi euh aux jeunes pères d'être, de faire de faire la même chose que font les jeunes mères euh, voilà le partage des tâches, le fait de la féminisation aussi de la profession. On ne peut pas demander aux médecins de venir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit au domicile des malades pour n'importe quoi [serre les lèvres]. » (D6).

Par voie de conséquence leur disponibilité pour les visites aussi :

« Moi oui, je fais moins de visite parce que, à certaines heures j'ai, j'ai mon gamin à aller récupérer ou à déposer faire du sport et cetera. J'ai pas fait médecine pour m'occuper plus [appuie] des autres que de mes enfants. » (D9).

Ainsi, ces changements sociétaux ont un effet sur les représentations de la visite à domicile qui, bien que toujours indispensable, peut demander encore plus de courage, sembler encore plus chronophage, être plus difficile à choisir et accepter lorsque la demande semble peu opportune et bousculer la satisfaction du médecin de visiter.

3.6.3. Responsabilité réciproque du type de patientèle et de la représentation de la visite

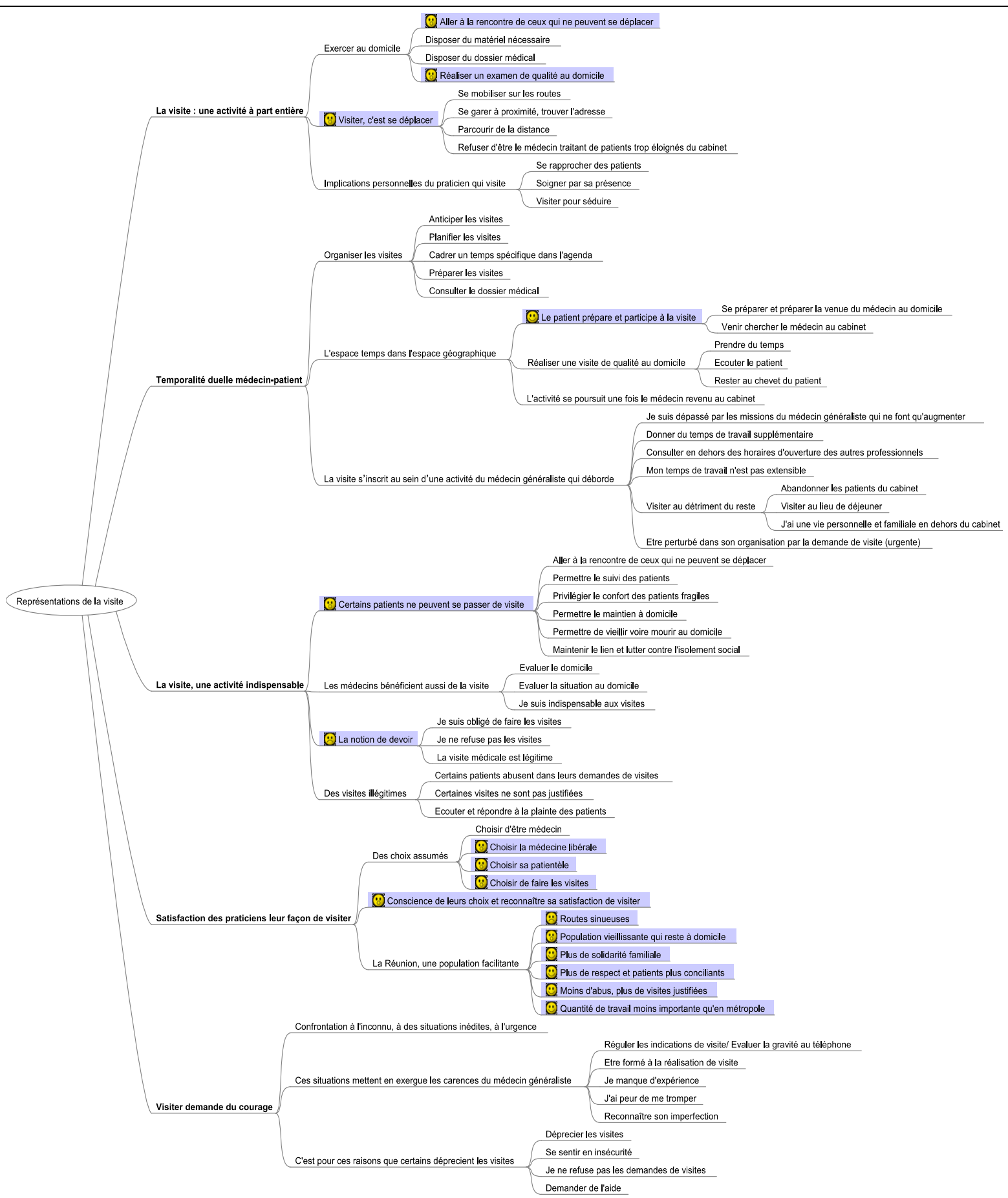


Figure 4 : Influences réciproques du type de patientèle et des représentations de la VAD

Lorsqu'on a demandé au Docteur 1, remplaçant, quelle activité de visite il ferait lorsqu'il serait installé, il nous a bien expliqué que l'activité en visite est dépendante de plusieurs paramètres :

« Comme on disait c'est difficile, enfin c'est pas évident de se projeter. Ça dépend de la, ça dépend effectivement de la patientèle, de la taille de la patientèle, du, de l'âge de la patientèle » (D1).

Il distinguait ici son activité en fonction des besoins de la population, auxquels il semble prêt à répondre. Les besoins de la population étaient décrits comme différents selon leur localisation, en milieu urbain ou rural :

« Mais par contre c'est vrai que dans les hauts ils sont obligés d'en faire plus. Parce que quand l'hôpital il est à une demie heure, les gens il faut bien qu'ils voient un médecin donc ils n'ont pas d'autre choix que de faire des visites à domicile [hausse les épaules].» (D7).

On retrouve la notion d'obligation, qui est mentionnée à deux reprises par les termes « obligés » et « pas d'autre choix ».

Ce choix est également pris lorsqu'il s'agit de ne pas réaliser de visite, en milieu urbain, comme analysa D1 à propos d'un médecin qu'il avait remplacé :

« Après j'ai pas de détail du pourquoi c'est refusé. Euh, je pense que c'est, alors, c'est plus un cabinet, heu, [pause], qu'on pourrait qualifier de « en ville », du coup euh, du coup peut-être qu'il estime, ce médecin-là que, les gens peuvent se déplacer si ils ont euh, si ils ont besoin de le voir, avec les moyens de transports qui existent en ville. Ou peut-être que c'est une décision qu'il a pris lui-même par rapport à son organisation à lui. Il a suffisamment de travail en restant tout le temps au cabinet et euh, et du coup bah il a pas, euh, il a pas le temps de prendre peut être de...» (D1).

Prenant cela en considération, certains ont choisi, par recherche ou acceptation, de s'installer dans des lieux ruraux aux forts besoins de visites, et d'autres dans des localisations plus urbaines où les urgences ne sont pas loin si nécessaire et les personnes âgées moins nombreuses.

D7, remplaçante, exprima clairement son choix, d'installation et de patientèle, dépendant de son choix à ne pas faire de visite :

« Déjà j'ai pas spécialement en, enfin j'aimerais bien avoir une patientèle euh, enfin une patientèle jeune, [hausse les épaules] je ne peux pas exclure les personnes âgées mais [sourit], j'aime bien plutôt la gynéco la pédiatrie [...]. Mais, avoir un suivi de plein de personnes à domicile [négative de la tête], c'est pas ça forcément qui m'intéresse. » (D7).

Parce qu'elle n'apprécie pas le suivi des personnes âgées elle ne souhaite faire que peu, voire pas, de visites à domicile « *entre zéro et une par jour* » (D7).

D10, récemment installée, nous a dit être satisfaite de sa façon de visiter car, justement, entre autre, elle n'a pas encore trop de visites car beaucoup de patients âgés étaient récemment décédés :

« Pour l'instant ça va parce que c'est vrai que j'ai pas beaucoup de visites à domicile dans ma patientèle puisque j'ai beaucoup de patients qui sont décédés, depuis que j'ai repris le cabinet, la patientèle de ma collègue. Donc ça limite un peu, donc pour l'instant je gère comme ça. Après, l'avenir, on verra. » (D10).

On distingue une petite inquiétude sur l'avenir : arrivera-t-elle à poursuivre son activité, à répondre à la demande et à en être satisfaite ?

On retrouvait en effet la notion de visite-obligation, lorsque D8 nous décrit la patientèle qu'il a reprise :

« J'ai une patientèle, la patientèle que j'ai reprise de mon prédécesseur, il y avait déjà pas mal de personnes âgées. Donc c'est sûr que j'ai une activité en visite qui est, qui est incompressible, je vois pas mal de patients âgés qui, pour lesquels je suis obligé de me déplacer. » (D8).

D8 a indiqué, comme de nombreux autres jeunes médecins, l'intérêt d'exercer en groupe pour permettre de réaliser les visites, de façon confortable et détendue :

« [lorsqu'on lui demande les éléments dont il dispose pour réaliser une visite de qualité :] Déjà [se frotte les mains], bon, ce qui est pas mal déjà c'est d'exercer en cabinet de groupe. Ça peut permettre de, pour un médecin de se libérer, du temps, pour aller faire les visites. Donc déjà l'exercice en groupe c'est quand même un gros facteur. » (D8).

Au contraire, être seul était clairement un facteur stressant, altérant la perception de la visite:

« Dans un cabinet où on est seul, euh, c'est plus compliqué [hausse les sourcils]. Parce que si la salle d'attente est pleine qu'il faut partir dans l'urgence et que la visite est pas à côté, là ouais c'est compliqué, effectivement. » (D7).

On retrouvait encore bien cette notion de choix, la visite était faite par choix, et cela allait passer par le choix de sa patientèle :

« On a des gens qui sont des patients du cabinet, comme il y a des gens qui sont des patients de tel médecin. En visite, c'est clairement chaque, chacun a ses patients » (D9).

Bien que des médecins puissent être associés dans un même cabinet les patients vus en visites étaient propres à chaque praticien. D9 et D5, tous deux installés, décrivaient la patientèle et les visites qu'ils ont construites :

« Je pense que, ça doit correspondre à la patientèle qu'on a en fait. J'ai une patientèle qui s'est, qui s'est constituée, que j'ai constitué, en venant ici » (D9);

« Non [croise les bras], moi la visite qu'on a créée ici au cabinet, c'est vraiment dans l'intérêt [appuie] du patient, pas dans l'intérêt du médecin [sourit]. »(D5).

D5 rajoutant quant à lui son souhait de bienveillance envers ses patients, bien qu'il « crée» (D5) sa visite, afin qu'elle corresponde également à ses attentes, puisqu'acteur de ses décisions.

D9 expliqua un peu plus loin dans l'entretien cette sélection réciproque du médecin qui choisit sa patientèle tout comme les patients qui choisissent leur médecin :

« Voilà [hausse les sourcils], c'est pas en étant toujours là, en disant « oui, oui, oui oui, venez venez, on va faire, tout ça ». Je pense que les gens ont pas, enfin, on fait sa patientèle à son image. » (D9).

Parfois ils ont pu expliquer la non-réalisation de visites dans des cabinets qui se disaient déjà surchargés de patients :

« Euh, ça prend énormément de temps. Et après il y a des cabinets où euh, il y a énormément d'affluence, et où ils n'ont pas forcément le temps [appuie], non plus. Parce que, bah il y a des patients, il y a des médecins moi je sais ils voient soixante patients dans la journée. Déjà nous quand on en voit quarante, le midi les visites à domicile c'est chaud patate. Alors avec soixante dans la journée, euh, la personne elle mange pas, elle se repose pas. Et après ça fait pas forcément des consultations de qualité non plus au [appuie] cabinet. Donc après euh, voilà, c'est en fonction de euh, de euh, de la méthode de travail. Parce qu'après c'est vrai que nous [appuie] les visites à domicile, les jours où on voit quarante quarante-cinq patients, la visite à domicile euh, [souponne] c'est pas possible ». (D3).

L'affluence au cabinet aurait été un facteur d'explication à la non-réalisation des visites, mais cela serait aussi une conséquence de « la méthode de travail » des praticiens, encore une fois, de leurs choix, car une fois encore, dépendant du temps

que cela prend et de leurs aspirations à une vie en dehors du cabinet (les repas, les loisirs, le repos, dont nous parlions précédemment).

La localisation géographique, la moyenne d'âge des patients, les aspirations propres à chaque médecin étaient des éléments déterminants sur le vécu de la visite des praticiens et aussi sur leur choix de pratique de la visite lors de leur installation. Lorsqu'ils ont le choix de leur patientèle de visite, c'est avec plaisir et satisfaction que la visite sera vécue. Alors que, si c'est par obligation, ce serait avec stress et difficulté.

DISCUSSION

1. Analyse des principaux résultats

1.1. Contexte de l'étude

La question de recherche était de décrire les représentations de la visite à domicile pour les jeunes médecins généralistes réunionnais et leurs possibles facteurs d'influence.

Ils percevaient la visite ambulatoire comme une activité à part entière avec des caractéristiques propres qui lui conféraient sa singularité au sein de leur exercice.

Reconnue comme indispensable, elle était parfois réalisée par notion du devoir ou d'obligation, parfois refusée lorsque la demande paraissait illégitime.

Il était retrouvé une dualité temporelle entre l'agenda débordant des médecins et les attentes chronophages de leurs patients. Les médecins souhaitaient qu'ils leur facilitent la tâche en faisant des efforts pour permettre une meilleure qualité de la visite.

Si la visite demandait du courage, de par la confrontation à des situations inconnues ou difficiles, elle était aussi faite par choix. Les praticiens reconnaissaient une satisfaction dans leur façon de visiter.

La population réunionnaise avec notamment son respect de la profession a été décrite comme facteur participant à un vécu positif des visites.

Ces représentations de la visite étaient influencées par des facteurs extérieurs comme la disponibilité du personnel infirmier qui permettait au médecin d'espacer ses visites, d'avoir une aide à la régulation des indications de déplacements ou encore un soutien par leur présence au domicile lors des visites. Le type de patientèle, sa moyenne d'âge ou sa localisation géographique allaient aussi apporter un sentiment positif ou négatif sur la visite et déterminer un choix d'installation et de pratique de la visite. Enfin, la place du médecin au sein de la société et de sa famille s'affirmait davantage. Elle était responsable d'un changement de pratique de la visite chez la jeune génération de médecin qui souhaitait assumer tous ses rôles dans un contexte sociétal et de connaissances médicales qui évoluaient encore plus vite que la pratique de l'exercice médical.

Ainsi nous avons dégagé les représentations de la visite ambulatoire pour les jeunes médecins généralistes réunionnais. De par leurs récits, leurs attitudes et leurs réflexions, nous avons construit ici une théorie qui répond à notre question de recherche.

1.2. Portée et implication des résultats

La visite ambulatoire, particularité de l'exercice libéral des médecins généralistes garde toute sa place dans les soins primaires, actuellement mis sur le devant de la scène politique et institutionnelle. C'est ce qui ressort de la globalité des récits de douze médecins interrogés en entretiens semi-dirigés. En étudiant ce qu'en pense la jeune génération, nous pouvons répondre aux critiques qui leur sont faites de bouder ce type de pratique. Nous pouvons comprendre comment ils perçoivent cette activité, les éléments participants à un vécu positif de la visite et ceux qui influent négativement. Nous pouvons également concevoir la place de la formation dans les représentations de la visite. Nous pouvons entrevoir aussi comment peut s'envisager une pratique sereine de la visite au sein d'une activité de plus en plus lourde au cabinet.

L'analyse du verbatim des douze entretiens permet de dégager quelques axes de réflexion :

1.2.1. Une nécessaire modification des pratiques

Les médecins interrogés ont tous dit comprendre les remarques de leurs aînés qui leur étaient faites quant à leur mode d'exercice en général et leur pratique de la visite médicale en particulier. Ils reconnaissent en effet réaliser un volume horaire plus faible et une quantité de visite plus limitée. Ils entendent réaliser une meilleure prise en charge de leurs patients par un médecin qui les éduque à ne pas demander de visite pour des motifs ne justifiant pas un déplacement. Par cela, le médecin aspire à une meilleure répartition de son travail entre les consultations au cabinet, organisées, et les visites à domicile, souvent organisées aussi mais faisant figure d'exception, lorsque c'est indispensable (c'est à dire pour les renouvellements de traitements des patients en perte d'autonomie de déplacement par exemple, ou pour les soins non programmés comme les visites urgentes pour raison médicale). Ainsi ils se sentent

en accord avec eux-mêmes, sont plus épanouis au travail et à la maison. Ils ont semblés particulièrement préoccupés par le souhait de faire partie de la société « comme les autres », c'est-à-dire des non médecins, avec des loisirs notamment, et de jouer leur rôle au sein de leur famille, ce qui n'était pas souvent le cas chez leurs aînés, selon eux. Cela serait pour eux la solution pour ne pas « *finir en burn-out* »(D7) ou se « *rendre compte qu'ils n'ont pas vu grandir leurs enfants* » (D5).

L'état de santé des médecins, et donc la qualité de prise en charge des patients, passe par une acceptation, par la société et les médecins eux-mêmes, d'un bon équilibre de vie entre leurs activités professionnelles et privées. Ceci serait permis par une meilleure organisation de la charge de travail et donc de leur capacité à organiser leur activité de visite à domicile.

1.2.2. D'autres individus que le couple médecin-patient influent les représentations de la visite à domicile

Nos résultats ont montré que leurs représentations de la visite dépendent du vécu qu'ils ont expérimenté depuis qu'ils sont en activité. La présence d'infirmiers à disposition, d'une secrétaire disponible, d'une famille source d'informations, ou encore d'un logement adapté à un examen à domicile permettent d'avoir une représentation positive de la visite.

Les secrétaires reçoivent les demandes de visite ; elles notent les informations de cheminement, et les raisons justifiant le déplacement, et les transmettent aux médecins ; elles peuvent garder le cabinet le temps de la visite. Les infirmiers assurent des suivis de patients en se rendant régulièrement à leur domicile ; ils peuvent être sur place en attendant la visite du médecin et mesurer les paramètres généraux ; ils peuvent être là pendant la visite pour aider aux mobilisations etc. Ce sont autant de services appréciés des médecins, leur permettant de gagner du temps, d'espacer les visites, de réaliser une visite plus sereine. Si le temps est compté et la visite décrite comme élément perturbateur de l'activité au cabinet, ces éléments opérationnels vont permettre des expériences satisfaisantes de visite et donc une image embellie de celle-ci. En conséquence, une demande de visite aura davantage de chances d'être réalisée, voire d'être réalisée avec plaisir.

On peut donc comprendre l'importance du personnel paramédical ou de secrétariat pour la pérennisation de la visite ambulatoire. Les patients et médecins ne sont pas les seuls acteurs de la visite. Ainsi, pour assurer une activité de visite ambulatoire de bonne qualité, il faudrait aussi prendre en considération les attentes de ce personnel indispensable.

1.2.3. Place de la formation initiale et continue dans la perception de la visite ambulatoire

Nos résultats montrent sans surprise que la formation initiale et continue joue un rôle important dans les représentations de la visite ambulatoire. D10 explique son choix de la médecine générale, et même de son installation dans les Hauts de La Réunion, guidés par son choix de faire des visites à domicile, activité découverte lors de son stage ambulatoire en troisième cycle. Inversement, d'autres comme D11 regrettent qu'on ne leur ait pas fait découvrir la visite sous son aspect positif mais plutôt comme une activité réduite à un examen de moins bonne qualité qu'au cabinet.

On comprend alors l'importance des terrains de stage et des médecins formateurs dans la découverte d'une pratique puis dans l'influence des représentations de cette visite ambulatoire pour les jeunes médecins généralistes. La visite ambulatoire n'est rencontrée que lors de ce (ou ces) stage(s) car, par « définition », elle est extra-hospitalière.

De plus, un manque de confiance a été relevé, peut-être amplifié par la faible expérience de nos jeunes médecins. Ils ont été nombreux à nous parler de leur peur de se tromper : « *l'angoisse toujours de passer à côté de quelque chose* » (D12). Certains l'ont expliqué par leur manque de formation dans la régulation médicale, exercice particulièrement difficile. Ils se sont souvent comparés aux régulateurs du 15. En effet, comme le montrent nos résultats, l'activité de la visite médicale commence avant d'aller voir le patient, et notamment lorsqu'il s'agit de réguler la demande urgente ou grave au téléphone. Des formations dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) et des fiches type « guidelines » ont été demandées.

Des actions de formations spécifiques à la régulation par téléphone destinée aux médecins généralistes pourraient-être une réponse à leurs carences afin que ceux-ci soient plus sereins et efficaces lorsqu'il s'agit de prendre des décisions de déplacement (ou non) par téléphone.

1.2.4. Des résultats ambivalents

Chaque médecin comme chaque personnalité a ses aspirations. Tous ont reconnu la nécessité des visites à domicile. Certains font des visites par obligation. Mais ils ont quand même tous reconnu prendre leurs décisions par conviction personnelle et ne pas être guidés par l'argent. Tout en revendiquant une revalorisation tarifaire de la visite, ils reconnaissent qu'ils n'en feraient pas davantage s'ils étaient mieux payés.

Nos résultats ont montré que les médecins donnaient de leur temps, de leur disponibilité et de leur personne pour satisfaire un besoin dont ils (se) considéraient être la personne qui devait y répondre. Nous entrons là dans un domaine plus large de la valorisation du travail et du service rendu des médecins généralistes, qui passe par la reconnaissance de la société et des patients.

De là naissent deux pistes de réflexions : le besoin de valorisation de leur travail qui passe d'abord par la valorisation « morale » de la visite à domicile. D'autre part, les mesures incitatrices financières ne sont pas celles qui permettraient aux jeunes médecins généralistes d'accroître ou de pérenniser l'activité de la visite ambulatoire.

2. Critique et appréciation : forces et faiblesses de notre étude

2.1. Pertinence du choix du sujet

Nous avons étudié les représentations des jeunes médecins généralistes réunionnais. Notre sujet est ancré dans les soins primaires qui sont actuellement sur le devant de la scène universitaire et politique (11) (12) (17). En témoignent les programmes des dernières élections d'avril 2017 où le domaine de la santé avait une place majeure ; le Président élu y avait d'ailleurs inscrit son souhait de renforcer l'attractivité des métiers de santé de soins primaires (32).

Il est original puisqu'il s'attache à l'étude des jeunes médecins généraliste et non des internes (14) (18) ou des médecins généralistes plus expérimentés (16) (13) (15). De plus, les médecins exerçant à La Réunion n'avaient jamais été interrogés à ce sujet. Les particularités de l'île ont été décrites comme facteur d'influence positif sur leurs représentations.

2.2. Matériel et Méthode

Le type de recherche qualitative était particulièrement approprié puisque le facteur observé était subjectif donc difficile à mesurer (19). Cette méthode explore les émotions, sentiments, comportements que le chercheur a pu analyser au travers des enregistrements audio et vidéo.

Comme il s'agit d'une étude des représentations, les entretiens individuels semi-dirigés ont facilité le recueil d'opinions et d'expériences à caractère personnel. Les sujets interrogés étaient plus libres dans leur discours. Pour permettre une confrontation des idées, nous aurions pu ajouter à la suite des entretiens individuels un focus group afin de permettre aux sujets d'aller plus loin dans leur argumentaire. Une contrainte de temps et de disponibilité des sujets et du chercheur ne nous ont pas permis d'en réaliser.

Un entretien test pour tester la compréhension des questions a été faite en interrogeant un premier sujet, par le directeur de thèse, avec le chercheur qui observait et annotait. La triangulation des données a été faite sur cet entretien. De plus, une micro-analyse a été faite sur cet entretien afin de permettre une mise à distance des présupposés du chercheur (20) dès le premier entretien. Cet entretien a été intégré au corpus de recherche puisque rigoureusement réalisé sur le plan de la méthode et particulièrement intéressant du point de vue du contenu. Une étude pilote préalable aurait renforcé encore davantage la fiabilité de notre étude.

Le guide d'entretien a été modifié après chacun des premiers entretiens afin de répondre au mieux à la question de recherche. La simultanéité de la collecte et de l'analyse (21), tout au long de la recherche, ont permis la maturation du processus de questionnement plutôt que la codification d'un corpus, éléments fondamentaux dans la théorisation d'une question de recherche.

Le chercheur a travaillé ses compétences d'enquêteur en observant son directeur de thèse mener le premier entretien, et en travaillant la méthode proposée dans les manuels de LEJEUNE, PAILLE et sur le site internet de la faculté de Nice (20) (21) (22). Elle s'est attachée à rester neutre et clarifier les réponses ambiguës.

Les aspects éthiques ont été respectés puisqu'aucune donnée nominative n'a été enregistrée. L'identité des personnes interrogées, leurs enregistrements audio et vidéo n'ont été connus que par le seul chercheur et sont détruits à la fin de l'étude. Un formulaire de consentement écrit a été remis et expliqué avant chaque entretien avec la valorisation de l'importance de chaque témoignage. Et le libre accès à toute donnée les concernant.

Les entretiens ont tous été enregistrés sur support audio et vidéo. La transcription du verbatim, puis du langage corporel, ont été réalisés, au décours immédiat des entretiens pour une analyse fine et sans délai. Nous avons donc pu comparer les résultats obtenus à partir de deux techniques de recueil des données : c'est la triangulation des méthodes de données (19). Comme précisé précédemment, nous aurions pu renforcer davantage la validité interne en réalisant pour toute notre analyse une triangulation des sources de données. Cependant, LEJEUNE dans son manuel d'analyse qualitative (20) dit que la triangulation doit permettre au chercheur d'explorer des pistes, des sens, soulevés par l'autre analyste et non perçus par lui-même. Mais cette finalité doit se faire dans un but de compréhension de la pensée de l'autre et non pas dans une recherche d'exhaustivité des sens possibles du verbatim exprimé. Nous en avons réalisé une pour le premier entretien où un membre extérieur a réalisé un codage ouvert. La mise en commun de ces deux codages a retrouvé une superposition presque totale permettant de confirmer la convergence presque totale des deux analyses. La micro-analyse préalable avait permis à l'auteur d'explorer les sens possibles des mots et idées d'un extrait de cet entretien. Nous nous sommes donc permis de ne pas poursuivre de triangulation des méthodes des sources de données. La recherche qualitative est en effet subjective et son analyse est propre à chaque analyste. PAILLE (21) cite STRAUSS et CORBIN : « Nous, chercheurs interprétatifs, acceptons la responsabilité de nos interprétations, conclusions et théorisations ».

Le choix des médecins interrogés s'est fait selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale : un échantillonnage théorique où on cherchait à se rapprocher

de l'exhaustivité des hypothèses émises par les sujets (23). Ainsi peut-être aurions-nous pu insister pour interroger le médecin qui avait refusé l'entretien car le sujet ne l'intéressait pas ; aurait-il apporté des arguments encore inabordés ? Nous pouvons relever également une faiblesse de recrutement. L'échantillonnage par réseau ne pose pas le problème de la représentativité de la population puisque l'échantillonnage doit être ciblé et représentatif de la problématique. Par contre il expose au risque de rétention d'information puisque le chercheur connaissait de près ou de loin chacun des médecins interrogés. La parité professionnelle a pu faciliter la confiance. Mais elle a également pu entraîner une rétention d'information par peur du jugement.

La fiabilité de nos résultats est assurée également par l'obtention de la saturation des données atteinte lors du dixième entretien et confirmée par l'absence de donnée nouvelle lors de l'analyse des deux entretiens supplémentaires.

Nous avons soumis pour validation les premiers résultats de notre analyse aux médecins interrogés et qui s'étaient déclarés disponibles pour ce travail. Ils ont corroboré nos résultats, bien que surpris par certaines données relevées. (D1 d'être le seul à avoir mentionné de longues routes sinueuses alors que les autres décrivaient des visites plutôt proches du cabinet, D2 d'avoir été la seule à envisager un possible exercice seule, D10 d'avoir été la seule à parler du problème plus global de l'installation des médecins en zone rurale)

Notre carnet de bord dans lequel nous avons réalisé constamment des comptes rendus permet également de renforcer la validité interne de notre étude en conservant une trace du processus de recherche, facilitant aussi la reproductibilité de notre analyse et garantissant l'ancrage de la théorie. Par contre nous avons rédigé la quasi-totalité des 81 pages sous forme manuscrite. L'écriture de l'auteur, peut-être médiocre, pourrait être un frein voire une source potentielle d'erreurs dans sa lecture.

3. Comparaison des résultats aux données publiées

CLARK, dans son article du British Medical Journal intitulé « Preventive home visits to elderly people » (24) explique comment le bénéfice des visites à domicile, en particulier de prévention aux personnes âgées, ne peut être calculé par des études

chiffrée. En effet, il explique que l'objectif de ces visites est l'autonomisation, l'indépendance, l'estime de soi et la confiance en soi, qui sont plus difficilement mesurables que la morbi-mortalité. On retrouve ici le caractère spécifique de l'acte médical à domicile qui, par ses moyens et objectifs, diffère de l'acte réalisé au cabinet. De la même manière que l'on ne peut que difficilement chiffrer le gain propre et personnel de la visite pour chaque patient, on ne peut que difficilement chiffrer également les gains propres et personnels de la visite pour les médecins, de même que leurs inconvénients. Ceci est en accord avec le choix de notre méthode d'analyse qualitative pour notre étude.

Si certaines thèses ont souhaité répondre à ces questions en évaluant la démarche décisionnelle, l'évolution ou les perspectives d'avenir] par des études quantitatives (25) (26) (18) d'autres se sont attachées aux perceptions de la pratique en menant des études qualitatives (13) (14) (15) (16). Toutes concernent des médecins métropolitains.

Les données apportées par les praticiens interrogés dans ces différentes études étaient cohérentes entre elles, et avec les nôtres, pour ce qui est des grands avantages et inconvénients de la visite : l'étude de l'environnement du patient (16) (14) (13) (15) et l'appréciation de son autonomie et de son observance médicamenteuse (13) (15). Nous retrouvons chez eux le plaisir de sortir et couper du rythme du cabinet (16) (14) (15) comme nous l'expliquait D11. Pompey (14) a relevé chez ses médecins interrogés les contraintes liées au déplacement avec notamment des routes accidentées, elles ont été décrites comme sinueuses (comme à La Réunion), avec le même terme d' « angoisse » qui a également été relevé chez certains de nos médecins lorsqu'ils évoquaient les routes, trouver l'adresse, se garer etc.

S'ils sont d'accord pour apprécier la pause que la visite leur permet dans leur quotidien, ils sont aussi d'accord concernant la perturbation que cela leur provoque au sein de leur agenda bien rempli (16), comme nous l'avait bien expliqué D9 notamment.

La notion de « visite chronophage » (13) (14) (16) (15) semble faire l'unanimité, de même que les difficultés liées aux conditions d'examen (16) (14) (13) et au possible manque de matériel (16) (15) comme le dossier en particulier (14) au domicile.

La visite à domicile, qualifiée d'indispensable dans les thèses de POMPEY (14), GAUTER (13) et la nôtre, a été décrite comme « ne servant à rien » par un des praticiens interrogés par BIGOT MORA (16). Il argumentait en posant la question théorique de savoir quel médecin n'avait pas fait le diagnostic de tel ou telle maladie parce qu'il n'était pas allé voir le domicile de son patient ? Aucun de nos participants ne s'était placé dans ce genre de registre. Ils ont plutôt reconnu, voire vanté, toutes les informations supplémentaires recueillies au domicile. Ceci nous confirme que nous aurions dû insister auprès du médecin qui ne voulait pas répondre à notre étude, nous en aurions peut-être appris davantage sur les raisons d'un tel discours et ouvert nos hypothèses sur les représentations de la visite ambulatoire. (Bien que tous nos participants n'étaient pas très amateurs de la visite, tous lui reconnaissaient son utilité, même D9, après réflexion)

Même s'ils le reconnaissaient plus ou moins implicitement, la présence des secrétaires des cabinets médicaux fait partie *sine qua non* de la réalisation sereine des visites. Transmettre le message de demande de visite, réguler les demandes, gérer le cabinet pendant que le médecin s'absente, appeler les ambulances, voire donner des informations sur le contexte familial ou environnemental qu'elles connaissent parfois mieux que les médecins eux-mêmes contribue grandement à rendre plus faciles ces soins non programmés. Leur rôle dans la visite et dans sa perception pour les médecins est clairement exprimé. Pourtant quand on interrogeait les médecins sur les ressources humaines nécessaires à la bonne réalisation d'une visite, citer leur secrétaire ne leur venait pas de prime abord, alors même qu'ils décrivaient de façon claire et détaillé toute leur implication dans la gestion de la demande et de la réalisation des visites. Les secrétaires ont pourtant été citées comme « véritables partenaires » dans la thèse d'Aline BIGOT MORA (16). La thèse d'Elodie GAUTIER (13) met également en avant ce rôle de secrétaires qui filtrent la demande. Mais elle a relevé, en plus, l'avantage qu'elles incitent les patients à se rendre au cabinet. Les médecins interrogés pour notre travail n'ont pas évoqué cette mission-là. Serait-ce parce qu'ils sont jeunes et ont toujours connu cette pratique, à la différence des médecins plus âgés qui ont connu l'avant et l'après AcBUS de 2002 (27) ?

Ce sont des accords de bonnes pratiques qui ont permis de réguler la demande de VAD. L'objectif était de définir les visites médicalement justifiées ou non et de pouvoir demander, si tel était le cas, une majoration financière pour déplacement injustifié. Grace à cette mesure, les médecins, par le biais de leur secrétaire, ont pu avoir un argument, du moins un support « légal », pour ne plus accepter toutes visites alors que la densité de médecins commençait à réduire et leur charge de travail augmenter.

On pourrait d'ailleurs aller plus loin dans notre réflexion et nous demander si la grande grève des gardes de fin 2001 a été l'initiatrice de la rédaction de ces accords en 2002 (33)? D2 l'évoqua : « *Je pense que ça dépend beaucoup des médecins avec lesquels on discute parce qu'il y en a avec qui j'ai discuté qui euh, qui ont été très surpris de se rendre compte que, avec la diminution des visites, il n'y avait pas plus de problèmes. Donc euh, et que, et qui sont même frustrés [...] c'est plus pour les gardes, de s'être rendu compte que, qu'avec l'arrêt de gardes, il ne s'est rien passé.* » (D2) Cette grève a en effet permis à l'opinion publique de prendre conscience que les vraies urgences doivent être régulées par le 15, et aux médecins généralistes de se rendre compte que leurs patients ne mourraient pas plus s'ils ne répondaient pas à tous les appels injustifiés de nuit.

La thèse d'Elodie GAUTIER (13) a en effet étudié l'opinion de six médecins généralistes de la région nantaise à propos de la visite à domicile. Mais son focus group était composé de médecins d'une moyenne d'âge de 53 ans avec 24 ans d'installation en moyenne. En dehors du caractère commun de la chronophagie, ils n'ont pas utilisé d'autres termes péjoratifs de la visite. Nous pouvons mettre cela en lien avec leur fonction : tous maîtres de stage ayant répondu à l'invitation à participer au focus group alors qu'ils ont un planning chargé ; on peut penser qu'ils étaient particulièrement intéressés par le sujet et ont donc décrit une vision idéalisée et enjolivée de la VAD. Il est ressorti de cette thèse une vive inquiétude et une critique de la pratique de certains médecins qui refusent de faire les visites. Ils ne comprenaient pas, étaient choqués, et mettaient cela sur le compte de la nouvelle génération de médecins. Cette critique est à rapprocher de ce que nous disions en début de chapitre, à savoir que le paradigme d'exercice de la jeune génération de médecins avait évolué au sein d'une société qui avait également changé, sous-

tendue par des connaissances scientifiques nouvelles, une médecine renouvelée et donc un exercice qui change.

Les résultats d'Aline BIGOT MORA (16) sont plus modérés. Sa population de médecins interrogés était plus variée en termes d'âges et fonctions. Le problème de leurs confrères qui ne font plus de visite à domicile a été soulevé, mais il n'a pas été uniquement mis sur le compte des médecins plus jeunes. Les médecins « d'aujourd'hui » ont été décrits comme mieux organisés et plus habitués à dire non. Mais, face à une patientèle peut-être plus jeune, ils ne seraient pas confrontés aux mêmes choix que leurs confrères plus âgés dont la patientèle est plus âgée aussi, avec ses besoins propres.

Aline BIGOT MORA(16) a distingué dans sa thèse des représentations différentes en fonction de l'exercice urbain ou citadin, tout comme l'ont montré nos résultats. Cela ne serait donc pas en lien avec la jeunesse des médecins mais bien lié à une particularité géographique, donc de patientèle, donc d'exercice qui influent sur les représentations de la visite.

Par contre, elle a soulevé un problème : celle de la manipulation de certains patients pour obtenir des visites à domicile qui ne sont pas justifiées. Celles-ci ont été largement pointées du doigt dans son étude par les médecins interrogés, amplifiant un vécu négatif de la visite à domicile. Nous retrouvons cela dans la thèse de VIALTEL (15) dont les résultats montrent la souffrance des médecins du manque de respect pour la profession qui est manifeste au niveau de la visite à domicile. En effet les médecins décrivent dans son étude une pression des demandes ; ils devaient négocier, imposer ou céder. Nous ne retrouvons pas du tout cela dans nos résultats, au contraire, les médecins ont spontanément évoqué des patients respectueux et ne pas pouvoir se plaindre de visites injustifiées. Ils ont décrit ces faits et leur satisfaction tout en se comparant à la métropole. En effet ils étaient plusieurs à avoir déjà exercé en métropole. Cette fois ci, la différence observée ne serait pas liée à la jeunesse de nos médecins mais à la particularité de la patientèle réunionnaise qui participe à un vécu positif de la visite pour nos médecins.

Le rapport de la DREES (5), publié en 2016, sur le portrait des professionnels de santé a présenté le mode d'exercice des médecins français. Le poids des visites dans la pratique du médecin semblait extrêmement lié à ses caractéristiques

personnelles et professionnelles. Tout comme dans notre étude, c'est l'influence réciproque des représentations et de la pratique des visites qui est illustré. Ainsi, les médecins effectuant peu de visites (moins de 2 % de leurs consultations) se caractérisaient par une très forte proportion de femmes (47 % contre 29 % pour l'ensemble des médecins). Ils étaient plus jeunes que la moyenne (36 % ont moins de 50 ans, contre 32 % de l'ensemble), et exerçaient nettement plus souvent au sein d'un grand pôle urbain (85 % versus 67 %). Ils avaient une activité plus faible que la moyenne des généralistes. Les tendances étaient opposées concernant les médecins effectuant un nombre important de visites (plus de 20 % de leur activité de consultations) et qui comptaient une part significativement plus élevée de personnes âgées de 65 ans ou plus dans leur patientèle que la moyenne (25 % versus 19 %) : la prise en charge souvent complexe de ces patients nécessite en effet plus fréquemment des visites à domicile. Cependant, dans son rapport de 2014 sur la prise en charge des personnes âgées vivants à domicile (3), la DREES fait remarquer que toutes choses étant égales par ailleurs, cet effet de genre est moins marqué parmi les médecins les moins jeunes. C'est ce qui ressort de notre étude, en effet, les hommes se sont décrits comme partie prenante de l'éducation de leurs enfants et de la société dans laquelle ils évoluent. La « féminisation » n'étant plus un terme adapté selon eux. Dans le rapport de 2016, il a été retrouvé que la charge de travail, qu'elle soit objective ou ressentie, semblait déterminante sur certains choix d'organisation de la pratique et notamment sur une coopération avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches (interrogation et éducation des patients, surveillance, actes techniques spécifiques comme les frottis, etc.) chez ceux qui sont plus jeunes. Ce point a été évoqué et expliqué dans nos résultats qui donnent à l'infirmier une place centrale dans la perception positive de la visite chez nos jeunes médecins interrogés.

Si l'on compare maintenant à ce qui a pu être publié à l'étranger, on peut citer l'étude qualitative allemande « Home visits, central to primary care, a tradition or an obligation ? » (28). Nous retrouvons les mêmes critiques de chronophagie et de faible rentabilité financière. Pour ces raisons, les visites à vocation sociale ont été quasiment toutes supprimées et les appels pour visites urgentes passent le plus souvent par le centre des urgences. Comme dans notre étude, la coopération avec le personnel infirmier a été jugée comme une des clefs pour assurer une visite réussie. Ces dernières années, de nombreuses études allemandes se sont penchées sur les

solutions pour faire face à ces contraintes démographiques et de nouvelles conditions d'exercice. La délégation de tâches est en cours d'évaluation dans ce pays (29) (30) (31). Nos médecins interrogés, D12 par exemple, ont également mis en avant le poids du rôle de leur relation avec les infirmiers dans leur satisfaction de la visite. Seront-ils prêts à déléguer des tâches médicales pour combiner satisfaction de leurs consultations au cabinet, des visites indispensables et de leur vie privée ? Et les infirmiers à domicile, à qui on demande déjà beaucoup, accepteront-ils ces délégations de tâches qui se laissent entrevoir ?

4. Perspectives

4.1. Donner une place majeure à la visite ambulatoire dans la formation initiale et continue

Un manque d'envie, de confiance en soi, et parfois même d'acceptation des visites prend sa source dans un manque de formation. Il y aurait peut-être un manque de formation au cours du deuxième mais également et surtout du troisième cycle, comme précise la thèse de POMPEY, comme l'ont regretté plusieurs médecins de notre étude, D11 notamment. Un enseignement théorique sur la visite devrait être développé au sein des universités. Il pourrait s'axer autour des grands thèmes comme le matériel indispensable et le superflu, la gestion du patient et de la famille au domicile, l'examen de l'environnement, la conduite de l'examen clinique en situations particulières, la gestion du dossier médical et des transmissions aux infirmières, par exemple.

Les maîtres de stage universitaire ont une place majeure dans la découverte d'abord, puis dans l'apprentissage ensuite, de la visite à domicile. On pourrait s'interroger sur leurs perceptions à eux ? Ils n'ont, à notre connaissance, jamais été interrogés dans ce domaine : quelle est leur vision de l'enseignement de la visite ambulatoire ?

Une formation continue pourrait être également développée. Il a été fréquemment regretté le défaut de formation sur la régulation médicale. Ils ont été plusieurs à

proposer l'élaboration de guidelines pour les aider dans la prise de décision lors de la régulation médicale téléphonique d'un appel pour une demande grave ou urgente.

4.2. Permettre et reconnaître aux médecins le droit légitime d'exercer son rôle dans la société et sa famille

La perception d'une visite réussie et appréciée c'est lorsqu'elle a été réalisée dans de bonnes conditions. Un agenda maîtrisé et laissant la place à des visites qui ne sont pas faites en surplus du reste en serait la clef. Pour cela il faudrait que celui-ci ne déborde pas et laisse la place aux loisirs et aux activités familiales pour permettre au médecin de ne plus évoquer le terme péjoratif de chronophage dès lors qu'on lui parle d'une visite.

Les jeunes médecins ont une peur plus ou moins consciente de succomber, comme certains de leurs aînés en burn-out, passant à côté de leur vie extra professionnelle. Ce sont des hommes et femmes comme les autres qui ont besoin de leur espace social et privé, ce sont des patients comme les autres, à risque de pathologies comme les autres. « C'est une question de santé publique » dit D12.

4.3. Renforcer la place des infirmiers et secrétaires

Garants d'une gestion de visite réussie et piliers majeurs dans la réalisation des visites, la place des infirmiers et secrétaires est à renforcer voire à optimiser.

Certains médecins de notre étude ont proposé que les infirmiers, sous couvert d'une formation supplémentaire, puissent réaliser des visites, ou que leurs secrétaires soient formées à la régulation médicale.

Nos résultats ont montré leur rôle majeur dans la visite ; partager des compétences administratives avec les secrétaires et médicales avec les infirmiers ne serait-ce pas la réponse à la densité de médecins qui ne cesse de baisser et au besoin impérieux de cette jeune génération de renforcer son propre rôle dans la société et sa famille ?

4.4. Revalorisation de l'image du médecin qui passe par la revalorisation de l'image de la visite

La Réunion semble encore préservée des incivilités et du manque de respect de la part des patients visités. La métropole fait image de projection de ce que pourrait devenir la population réunionnaise dans les années à venir. Sachons garder ce qui fait la spécificité de ces patients qui est si importante pour les médecins et qui permet des visites de qualité. Que les pouvoirs publics les encouragent (par des campagnes d'affichage, de sensibilisation ?) ; que les médecins le remarquent et leur renvoient leurs hospitalité et gentillesse.

CONCLUSION

Il s'agit de la première étude réunionnaise sur les représentations de la visite à domicile et de la première étude française concernant cette activité chez les jeunes médecins généralistes.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les représentations de la visite à domicile pour les jeunes médecins généralistes réunionnais. Notre étude a montré que les représentations générales de nos jeunes médecins sont en accord avec celles de leurs aînés. Si la visite est reconnue comme indispensable, c'est une activité à part entière distincte de celle du cabinet. Elle demande du temps et du courage à des praticiens qui se permettent de réaliser une visite qui convient à leurs attentes tant professionnelles que privées. Conscients de leurs choix de pratique, limitée pour certains, ils les assument et les revendiquent dans un objectif de qualité de la prise en charge des patients au sein d'un agenda qui déborde, d'une part, et de qualité de vie à laquelle ils estiment être en droit de bénéficier, d'autre part. Ainsi, si tous n'ont pas un profond affect pour la visite, tous en réalisent, en plus ou moins grande quantité, et tous sont satisfaits de leurs choix et de leur pratique qu'ils reconnaissent leur convenir, particulièrement à La Réunion grâce aux qualités humaines qui semblent conservées sur l'île.

Nos entretiens ont fait ressortir principalement trois facteurs d'influence de ces représentations. La présence de paramédicaux va permettre aux médecins d'augmenter leur satisfaction de visiter. Ils vont permettre, d'une part, des conditions de visites favorables sur place, et, d'autre part, d'espacer les visites du médecin en permettant un suivi régulier au domicile des patients. Les changements sociétaux ont un effet sur les représentations de la visite à domicile qui, bien que toujours indispensable, peut demander encore plus de courage, sembler encore plus chronophage, être plus difficile à choisir et accepter lorsque la demande semble peu opportune et bousculer la satisfaction du médecin de visiter. La localisation géographique, la moyenne d'âge des patients, les aspirations propres à chaque médecin sont également des éléments déterminants sur le vécu de la visite des praticiens et aussi sur leur choix de pratique de la visite lors de leur installation. Lorsqu'ils ont le choix de leur patientèle de visite, c'est avec plaisir et satisfaction que

la visite sera vécue. Alors que, si c'est par obligation, ce serait avec stress et difficulté.

La place de la formation initiale et continue n'est plus à démontrer mais serait à renforcer dans le domaine de la visite à domicile. Des maîtres de stages convaincus et une formation théorique, notamment à la régulation des appels, permettraient aux jeunes médecins des choix de pratique et des décisions médicales plus sûrs. Un transfert de compétences, médicales aux infirmiers et administratives aux secrétaires, seraient peut-être une des solutions pour libérer du temps médical aux médecins dépassés par tout ce qu'on leur demande. Le travail de fond des syndicats de médecins pour obtenir les avancées conventionnelles pour les visites à haut niveau d'exigence permettra peut-être d'apporter du changement dans la pratique de la visite médicale. Cela devra sans doute passer par une nécessaire reconnaissance du travail des médecins, par une valorisation pas uniquement financière mais aussi morale de la visite, afin d'augmenter leur satisfaction de visiter et la pérennisation d'un acte sur lequel patients comme instances comptent plus que jamais.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
2. Bouvier G. L'enquête Handicap-Santé, présentations générale. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. oct 2011;(F1109).
3. Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées vivant à domicile. DREES. Février 2014;(869).
4. Atlas de la démographie médicale en France. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
5. Mikol F, Bachelet M, Mothe J, Pereira E, Vergier N. Portrait des professionnels de santé. Etudes et Recherche [Internet]. Février 2016;(134). Disponible sur : http://www.paps.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/PDF/2016-02-11_DREES-portraits-PS.pdf
6. Les conditions de travail des médecins généralistes. DREES [Internet]. 2016; Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
7. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? Analyse micro-économétriques de l'offre de Soins [Internet] [Economies et finances]. [Paris IX] : Université Paris Dauphine; 2015. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01215131/document>
8. Richard J-B, Balicchi J, Mariotti E, Pradines N, Beck F. Premiers résultats du baromètre santé DOM 2014, La Réunion. 2014 ; Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1662.pdf>
9. Recueil d'indicateurs régionaux - cpom_la_reunion.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cpom_la_reunion.pdf
10. Mariotti E, Cellier M. Les professions de santé à Mayotte et à La Réunion. Dossiers statistiques [Internet]. juillet 2012;(6). Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/professionnels-de-sante-16>
11. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; Disponible sur : http://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf?ua=1
12. Communiqué de presse CMG: Rapport Druais sur la médecine générale : le « virage ambulatoire », effet d'annonce ou vraie réforme ? Collège de médecine générale [Internet]. 17 mars 2015 ; Disponible sur : http://www.lecmg.fr/photos/communiqu%C3%A9_cm_g_20150.pdf

13. Gautier E. La visite à domicile en médecine générale : opinion de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. [Nantes]: Médecine; 2012.
14. Pompey D, Frappé P. Apprentissage de la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. *exercer*. 2011;22(97):92-6.
15. Vialtel S-E. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Internet] [Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIALTEL_SABINE_ELOISE.pdf
16. Bigot Mora A. S'y rendre ou non ? Facteurs d'influence des visites à domicile : étude qualitative basée sur 30 entretiens de médecins généralistes du Maine-et-Loire [Internet] [Médecine]. Université d'Angers; 2013. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20076392/2013MCEM1116/fichier/1116F.pdf>
17. Projet stratégique 2015-2017 - Moderniser l'offre de soins [Internet]. Direction générale de l'offre de soins. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_plan_strategique.pdf
18. Jennah D. La visite à domicile : quel avenir pour ce mode d'exercice en médecine générale ? Etude quantitative descriptive transversale d'un échantillon d'internes de Paris XIII [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2016.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. introduction à la recherche qualitative. *exercer*. 2008;19(84):142-5.
20. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck; 2014. 152 p.
21. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994;(23):147-81.
22. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. Faculté de médecine de Nice. 2013. Disponible sur : <http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
23. Schneider D. Méthodes qualitatives en sciences sociales [Internet]. 2006. Disponible sur : <http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/quali/>
24. Clark J. Preventive home visits to elderly people. *BMJ*. 29 sept 2001;323(7315):708.
25. Poiret A. La visite à domicile : Analyse de la démarche décisionnelle, enquête réalisée auprès de médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2013.
26. Fourrier E. La visite à domicile du médecin généraliste : état des lieux, évolution et perspectives en Basse-Normandie en 2014 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2014.

27. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins | Legifrance [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2002/8/26/SANS0222796A/jo>
28. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 22 avr 2011;12:24.
29. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887837/>
30. Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam Pract.* août 2012;29(4):448-54.
31. Dini L, Sarganas G, Heintze C, Braun V. Home Visit Delegation in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int.* nov 2012;109(46):795-801.
32. Santé [Internet]. En Marche ! [cité 18 sept 2017]. Disponible sur : <http://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme/sante>
33. Lehmann C. Médecins : l'urgence d'une réforme. *Libération* [Internet]. 21 nov 2001; Disponible sur : http://www.liberation.fr/tribune/2001/11/21/medecins-l-urgence-d-une-reforme_384568

ANNEXES

1. Annexe 1 : Version 5 du guide d'entretien

Présentation de l'enquêteur et justification de l'entretien

Aude Jan, 30 ans, a fini son internat de médecine générale et exerce des remplacements en cabinets à La Réunion.

Face à la démographie médicale en baisse, mais à l'augmentation de la population âgée et dépendante qui vit à domicile, les médecins sont confrontés à des demandes de soins à domicile qui ne vont qu'augmenter.

Les jeunes médecins généralistes, dont la part ne cesse d'augmenter, semblent envisager une pratique différente de la continuité des soins à domicile.

Ces entretiens vont nous permettre de faire émerger des hypothèses sur l'avenir de la visite à domicile, en France et à la Réunion.

Justification de la sollicitation de l'enquêté.

Vous êtes les médecins d'aujourd'hui et de demain, votre analyse de la situation, vos regards, opinions et attentes pour l'exercice de demain est primordial afin d'évaluer quel avenir a la pratique de la visite à domicile.

L'analyse de ces entretiens sera anonymisée. Avec votre permission, je vais enregistrer notre échange pour une transcription écrite secondaire. Je vous inviterai à répondre à une série de questions auxquelles vous aurez toute liberté de réponse. J'attends de vous les réponses les plus précises possibles, sincères et complètes, le but étant de bien comprendre vos représentations et attentes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Tous les avis sont recevables, sans jugement de valeur de la part de l'enquêteur ou du chercheur. A la fin de notre entretien, je vous demanderai de signer votre consentement à exploiter notre entretien.

Guide d'entretien (les incises en petite police de caractère étaient là pour guider le chercheur voire relancer les interrogés, mais n'étaient pas énoncés dans la question lors de l'entretien)

Que pensez-vous de la VAD dans votre pratique, actuellement ?

- Importance dans l'exercice du médecin généraliste
- Volume
- Organisation
- Temps passé

Qu'est-ce qui vous rebute ou au contraire qui vous encourage à aller faire une VAD ?

Qu'est-ce qui vous permet, actuellement, de réaliser une VAD optimale ?

- Eléments matériels (trousse, matériel mobile et adapté, dossier médical, hygiène...)
- Eléments immatériels (horaires, distance à parcourir, sécurité, rémunération...)
- Acteurs (patients, famille, secrétaire, ide ...)

Que pensez-vous apporter au patient en allant faire une VAD ?

- Importance de la VM/Cabinet
- Avantages
- Inconvénients

Pensez-vous que les patients devraient faire des efforts concernant les VAD ? Quels efforts pourraient faire les patients ?

- Quant à la demande
- Quant aux conditions de réalisation de la VAD, au domicile

Avec le vieillissement croissant de la population et la densité de médecin qui diminue, assiste-t-on à la mort de la visite à domicile ? Quel avenir vous représentez vous pour cette pratique ?

Quelle serait la Visite médicale du futur selon vous ? Comment la VAD doit-elle évoluer pour vous permettre d'en réaliser davantage ...ou moins, dans votre pratique ? De quelle aide auriez-vous besoin ?

- Humaine (IDE, secrétaires, auxiliaires médicaux, familles...)
- Matérielle (transports collectifs de malades, tablettes/dossiers/logiciel adapté VAD, appli DOCADOM...)
- Organisationnelle (horaires, service de régulation médicale, délégation de tâches, SOS médecin...)
- Politique (rémunération, transfert de compétence, lutte contre la dépendance, équipements...)

Quel est votre avis sur la délégation de tâches médicales / administratives ?

- Aspects pratiques
- Rémunération

Quel est votre avis sur la télémédecine ?

- Y avez-vous recours ?
- Avantages/inconvénients
- Rémunération

Quel type d'insécurité pouvez-vous ressentir lors des demandes de visite ?

- Trajet / domicile
- Régulation de l'appel et risque de faute (appréciation de l'urgence/ refuser la visite...)

On peut lire ou entendre une certaine critique des médecins plus âgés quant à la nouvelle génération de médecins, qui refuserait de faire des visites par exemple ou qui n'aurait plus la même dévotion. Qu'avez-vous à leur répondre ?

Pour finir, j'aurai besoin de recueillir quelques renseignements sur votre pratique actuelle et ses caractéristiques :

- Sexe + Age
- Année fin d'internat
- Date 1^{er} remplacement
- Installation/association/collaboration/médecin remplaçant ?
- Mode d'exercice (seul/groupe)
- A défaut : projet d'installation ? échéance ?
- Lieu d'exercice : rural/ semi rural /urbain
- Mode de filtrage des appels pour demandes de VAD : direct/secrétaire direct/secrétaire régule
- Combien de visites par jour/ par semaine effectuez-vous en moyenne ?
- Combien de visites par jour / par semaine effectueriez-vous dans votre idéal ?
- Quelle part de votre activité pensez-vous que les visites représentent-elles ?
- Où pensez-vous vous situer par rapport à l'activité des autres médecins ? qu'en pensez-vous ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Remerciements :

Vos idées comptent et c'est grâce à celles-ci que des projections vont pouvoir être faites sur ce que tendent à devenir les VAD, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, et par quels moyens de réalisation.

Pour ceci je vous remercie.

Je pourrais, si vous le souhaitez, vous adresser les résultats de cette enquête.

2. Annexe 2 : Codage axial
Organisation des propriétés / caractéristiques

1. La visite, une activité à part entière

- Singularité de la visite
 - o Aller à la rencontre de ceux qui ne peuvent se déplacer
 - o Evaluer le domicile
 - o Evaluer la situation au domicile
 - o Eviter l'attente ou le déplacement des patients fragiles
 - o Lutter contre l'isolement social
 - o Permettre le maintien à domicile
- Légitimité de la visite
 - o Assurer le suivi des patients en réalisant les VM
 - o Je ne suis pas néfaste en me déplaçant
 - o La VM est licite
 - o Les VM sont importantes
 - o Rassurer les patients
 - o Répondre à la demande des familles
 - o Toucher les patients
 - o Valoriser la VM
 - o Vieillir à domicile ou dans les institutions
 - o La VM est indispensable
- Les visites illégitimes
 - o Certaines visites ne sont pas justifiées
 - o Certains patients abusent dans leurs demandes de visites
 - o Définir les indications de visite
 - o Je ne connais pas l'AcBUS 2002
- Particularités de la visite : exercer au domicile
 - o Disposer du dossier médical
 - o Je dispose du matériel nécessaire
 - o Je m'introduis dans le quotidien des gens
 - o Je manque de matériel
 - o Réaliser un examen de qualité au domicile
- Visiter c'est se déplacer
 - o J'ai des difficultés à me mobiliser sur les routes sinueuses de La Réunion
 - o Se garer à proximité
 - o Trouver l'adresse
 - o Refuser d'être le médecin traitant de patients trop éloignés du cabinet
 - o Se déplacer pour un motif justifié
- Les acteurs de la visite
 - o Compter sur les paramédicaux
 - o Compter sur les familles
 - o Compter sur les pompiers ou gendarmes
 - o Compter sur les réseaux

- Compter sur les SAMU
- Compter sur les transports médicaux
- Exercer à plusieurs
- Exercer seul
- J'ai besoin de personnel au chevet de patients
- Je (médecin traitant) suis indispensable aux visites
- Je compte sur ma secrétaire
- Laisser le cabinet à la secrétaire

2. Les praticiens, acteurs de la visite

- Apport de la visite pour le praticien
 - Contribution restreinte
 - Evaluer le domicile
 - Evaluer la situation au domicile
 - Reconnaître sa satisfaction de visiter
- Les praticiens ont-ils le choix ?
 - Choisir de faire des visites
 - Choisir la médecine libérale
 - Choisir sa patientèle
 - J'ai choisi d'être médecin
 - Je ne refuse pas les VM
 - La VM n'est pas une évidence
 - Permettre la possibilité de VM
 - Réformer la visite n'est pas ma priorité
 - Refuser les visites
 - Je suis obligé de faire des visites
- Adaptabilité du praticien
 - Adapter son exercice à sa patientèle
 - S'adapter aux pathologies des patients
- Implications personnelles du médecin généraliste
 - Se dévouer aux patients
 - Se rapprocher des patients
 - Se rendre disponible pour les patients
 - S'investir dans le cabinet
 - Soigner par sa présence
 - Visiter pour séduire
- Le temps de travail des praticiens
 - Chronophage des tâches administratives
 - Donner du temps de travail supplémentaire pour faire la VM
 - Mon temps de travail n'est pas extensible
- Les carences du médecin généraliste
 - Être formé à la réalisation des visites
 - Reconnaître son imperfection
 - Réguler les indications de VM

- Le médecin est aussi un membre à part entière de la société et de sa famille
 - o Je suis une femme médecin
 - o Privilégier sa vie de famille
 - o Se permettre des loisirs
 - o Partager sa vie de famille

3. La visite, une préparation en amont

- La visite désorganise l'équilibre en place
 - o Etre perturbé par la demande de visite
 - o La VM au détriment du reste
 - o Visiter au lieu de déjeuner
- Organiser les visites médicales
 - o Anticiper les Visites
 - o Cadrer un temps dans l'agenda pour la réalisation des visites
 - o Consulter en dehors des horaires des autres professionnels de santé
 - o Organiser les VM
 - o Planifier ses visites
- Préparer la visite
 - o Evaluer la gravité au téléphone
 - o Prendre le temps de consulter le dossier médical
 - o Réguler les indications de visites
- La visite médicale demande du courage
 - o Déprécier les VM
 - o J'ai peur de me tromper
 - o Je manque d'expérience
 - o Puiser dans ses ressources
 - o Se confronter à l'inconnu
 - o Se confronter à l'urgence
 - o Se confronter à des situations inédites
 - o Se sentir en sécurité
- Chronophagie de la visite ?
 - o Ecouter les patients
 - o Je parcours de faibles distances
 - o La VM peut ne pas être chronophage
 - o Prendre le temps de consulter le dossier médical
 - o Prévoir du temps
 - o Rester au chevet du patient

4. La visite, l'exercice médicale et la société : une évolution générale

- Evolution de l'exercice médical
 - o Critiquer les médecins d'expérience
 - o Je (médecin) suis une espèce en voie de disparition

- Je (médecin) appartiens à la société d'aujourd'hui
- Je subis les décisions politiques passées
- Je suis dépassé par les nouvelles missions du médecin généraliste
- Se protéger des attaques en justice
- Evolution quantitative du volume des VAD
 - Activité de la VM en retrait
 - Réduire le nombre de visites a été sans conséquence sur la qualité de la prise en charge
 - Réduire le nombre de VM
 - Trouver un équilibre VM-consultations
 - Visiter davantage
- Le coût de la visite
 - Eviter de recourir à une ambulance
 - Eviter une évolution vénale de la visite
 - Je veux faire économiser la sécurité Sociale
 - Réaliser des VM malgré la faible rentabilité financière
 - Rémunérer du personnel supplémentaire
 - Valoriser financièrement la VM
 - Demander un dépassement d'honoraire

5. Des propositions pour l'avenir

- Le travail à faire des patients, acteurs de la visite
 - Certains patients abusent dans leurs demandes de visites
 - Eduquer les patients
 - Eviter la sédentarisation des patients
 - Préparer la venue du médecin
 - Venir chercher le médecin
- Réorganiser la pratique en modifiant son espace d'exercice
 - Créer des maisons médicales
 - Exercer à distance
 - Installer du matériel médical/informatique au domicile
 - Recourir à la télémedecine
 - Se regrouper à plusieurs médecins
 - Rendre le cabinet accessible
- Gagner du temps médical
 - Déléguer des tâches administratives
 - Déléguer des taches médicales
- Réalisation des VM par d'autres que le MG
 - Créer de nouveaux métiers
 - Etre remplacé par les paramédicaux
 - Etre remplacé par une appli
 - Inventer de nouveaux métiers
 - Je n'ai pas confiance en la délégation de taches
 - Je ne connais pas les délégations de taches
- Alternatives à la visite ?

- Privilégier les consultations au cabinet
- Proposer des alternatives à la VM
- Rendre le cabinet accessible
- Renouveler sans voir le patient
- Je ne connais pas la définition de la télémédecine
- Je ne maîtrise pas les nouvelles technologies
- Sélectionner les patients par la télémédecine
- Féliciter les initiatives

3. Annexe 3 : Formulaire de consentement

Titre : Les représentations de la visite ambulatoire. Etude qualitative auprès de jeunes médecins généralistes réunionnais.

Responsables du projet :

Aude JAN, étudiante en médecine, réalise cette étude dans le cadre de son projet de thèse.

Docteur Philippe DESMARCHELIER, directeur de thèse.

Objectifs :

Alors que les évolutions démographiques générale et médicale font diminuer la densité de médecins, des évolutions majeures de notre pratique ont commencé à être engagées.

La visite à domicile va-t-elle survivre à ces évolutions ? Comment percevez-vous cette activité ? Quelles sont les solutions envisageables pour permettre une meilleure efficacité des soins et la pérennité de cet acte particulier.

Quelle vision avez-vous de l'avenir de la visite ambulatoire ? Comment envisagez-vous la réalisation des visites à domicile dans votre pratique future, à la Réunion ?

Justification de la population étudiée :

Vous êtes un jeune médecin généraliste, vous avez déjà acquis une expérience de la visite ambulatoire et de la gestion d'un cabinet, vous faites partie des médecins de demain. Votre avis est nécessaire afin de prévoir l'évolution de notre pratique, de faire émerger des hypothèses sur les solutions à envisager pour réformer la visite ambulatoire.

Déroulement de l'étude :

Entretiens individuels semi dirigés, réalisés par le directeur de thèse avec présence de la thésarde en qualité d'observatrice ; ou alors réalisés par la thésarde seule.

Chaque personne participant à l'étude ne sera interrogée qu'une seule fois, aux lieux et horaires de son choix.

Durée environ 30 minutes en fonction de votre souhait.

Ces entretiens seront enregistrés par un microphone et une vidéo, avec votre accord.

Vous serez informés des résultats de la recherche et des éventuelles publications.

Aucune participation ou compensation financière ne sera demandée ou offerte.

Confidentialité :

Les enregistrements audio et vidéo ne seront entendus et visionnés que par le directeur de thèse et son étudiante, personne d'autre n'y aura accès. Ils seront retranscrits par écrit sous forme anonymisée. Ils seront utilisés dans les seules fins de l'étude et ne pourront en aucun cas être soumis à un autre travail ou un autre individu que les deux chercheurs suscités.

Ils seront gardés pour les besoins de notre étude sur l'ordinateur de la thésarde pour une durée de 1 an puis seront détruits.

Je, soussigné _____, participant à l'étude, déclare avoir lu et compris le présent formulaire et en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature :

Fait à _____, le _____.

Je, soussigné _____, chercheur de l'étude, certifie avoir expliqué au (à la) participant(e) intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature :

Fait à _____, le _____.

SERMENT MEDICAL

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Contexte : La densité de médecins diminue et les politiques veulent s'engager dans le virage ambulatoire. La Réunion, par sa faible offre de soins hospitalière et de spécialistes est confrontée à une forte demande de soins ambulatoires. Les jeunes médecins, critiqués pour faire moins de visites à domicile (VAD), n'ont jamais été interrogés sur leurs perceptions de celles-ci.

Objectif : Evaluer les représentations de la VAD pour les jeunes médecins généralistes réunionnais ainsi que leurs facteurs d'influence.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 jeunes médecins généralistes réunionnais. Le guide d'entretien comportait 3 axes : Etude des représentations de la VAD ; réponses aux critiques faites par leurs seniors, recherche de propositions quant à l'avenir de cette pratique.

Résultats : La visite, reconnue indispensable, demandait aux médecins temps, courage et organisation. Leurs représentations étaient influencées par la présence de paramédicaux, leur type de patientèle et la place qu'ils souhaitaient avoir au sein de la société et de leurs familles. Ils justifiaient leurs choix pour une meilleure qualité de leurs prises en charge au sein d'un agenda qui débordait, tout en se préservant un espace privé indispensable. Les patients réunionnais, respectueux, participaient à une meilleure perception de la visite.

Conclusion : Les représentations de la VAD des jeunes médecins semble rejoindre celles de leurs aînés. Les facteurs d'influence des représentations sont déterminants dans leur choix de pratique. La place de la formation, et des paramédicaux vers un transfert de compétence, seraient à étudier pour la pérennité d'un acte indispensable.

Background : As the medical density is being diminished, there is a real political wish to promote ambulatory care. In Reunion Island, because of the lack of hospital care and specialists, patients need more ambulatory care than in mainland. Young doctors are criticized for doing less home visits but have never been questioned about it.

Objective: Evaluate the representations of ambulatory visits by young general practitioners in Reunion Island and the influencing factors.

Method: Qualitative study with semi-structured interviews of 12 young general practitioners in Reunion Island. Three main themes were developed in the interview guide: Study of the perceptions of the ambulatory visit, answers to the elders' critics and proposals for the future of ambulatory visits.

Results: The visit is known to be essential but is considered as an activity in itself that requires time, courage and organization. Their perception is largely influenced by the availability of help like nurses, the kind of patients they have and the aura they wish to have within the society and in their families. Aware of the choice they made, general practitioners justified it by the quality of care to provide within an already overbooked agenda while keeping vital time for them. The local population was, however, described as more respectful than in mainland which is one of the positive sides of ambulatory visits.

Conclusion: The perceptions of ambulatory visits by young general practitioners seems to be the same as their elders. They are choosing their practice according to the described influence factors. The idea of transferring knowledge to trained paramedics could be a way to give more satisfaction about this practice as well as creating a more sustainable way of conducting visits that are more important than ever for patients and the authorities.

Mots-clefs : Médecine générale, visites à domicile, île de La Réunion, recherche qualitative

Key words : General practice, house calls, Reunion island, qualitative research