

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

**Année 2017**

**Thèse numéro n°2017 - 43**

**LES VISITES À DOMICILE :**

**Quelle place dans l'organisation des soins de demain ?  
Perception des internes en médecine générale et des patients  
picards**

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE  
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**Le 23/05/2017**

**Par KHAM Anne-Marie**

**PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Michel ANDRÉJAK**

**JUGES :**  
**Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI**  
**Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT**  
**Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT**

**DIRECTEUR :**  
**Monsieur le Docteur Pierre FORTANÉ**



**Président du jury :**

**Monsieur le Professeur Michel ANDRÉJAK**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier consultant  
(Pharmacologie fondamentale clinique)  
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS  
Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique  
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations  
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

**Membres du Jury :**

**Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Oto Rhino Laryngologie)  
Chef du Service ORL et Chirurgie de la face et du cou  
Pôle des 5 sens  
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

**Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Maladies infectieuses et tropicales)  
Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales  
Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »  
(D.R.I.M.E)  
Chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques

**Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT**

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Médecine interne)  
Chef du service de Médecine interne et maladies systémiques  
Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »  
(D.R.I.M.E)

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Pierre FORTANÉ**

Médecin généraliste



## **Remerciements**

### **A Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK**

Je tiens à vous remercier de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.  
Soyez persuadé de ma reconnaissance pour votre présence et votre jugement sur ce travail.

### **A Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI**

Vous me faites l'honneur d'examiner ce travail.  
Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT**

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury.  
Recevez à cette occasion mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT**

Vous avez accepté d'être membre du jury de cette thèse.  
Soyez assuré de toute ma considération.

### **A Monsieur le Docteur Pierre FORTANÉ**

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de diriger ce travail de thèse.  
Merci pour votre disponibilité, votre accompagnement tout au long de ce travail, votre patience et vos nombreuses relectures. Trouvez ici l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon sincère respect.

### **Merci à toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail**

Aux patients et aux collègues qui ont accepté de réaliser les entretiens.  
Aux médecins et secrétaires qui ont aidé au recrutement des patients.

**Aux médecins et maîtres de stages qui m'ont transmis leur savoir et leur expérience.**  
**Aux collègues qui m'ont aidée durant les stages.**

### **A mes parents,**

Merci de m'avoir soutenue tout au long de ces études.

### **A toute ma famille : Grand-mère, oncles, tantes, cousins et cousines,**

Merci de votre soutien.

### **A Justin,**

Pour les nombreuses relectures et corrections.

### **A Mamie et Grand-père,**

Je pense à vous.

### **A mes amis.**



## Table des matières

Principales abréviations.....	- 9 -
Introduction .....	- 11 -
1 La visite à domicile (VAD).....	- 11 -
2 La démographie médicale .....	- 12 -
2.1 La démographie médicale en France.....	- 12 -
2.2 En Picardie .....	- 12 -
3 Le vieillissement de la population et la demande de soins .....	- 13 -
4 La délégation .....	- 15 -
5 Les VAD à l'étranger.....	- 17 -
6 Modification des pratiques professionnelles .....	- 18 -
7 Problématiques :.....	- 19 -
Matériel et méthodes .....	- 21 -
1 Le type d'étude .....	- 21 -
2 Le recrutement.....	- 21 -
2.1 Les internes en médecine générale.....	- 21 -
2.2 Les patients.....	- 21 -
3 Le déroulement des entretiens.....	- 21 -
3.1 Les internes en médecine générale.....	- 21 -
3.2 Les patients.....	- 22 -
4 Le guide d'entretien .....	- 22 -
5 Le recueil des données .....	- 22 -
Résultats .....	- 23 -
1 Internes.....	- 23 -
1.1 Perception des VAD par les internes.....	- 24 -
1.1.1 Représentation des VAD par les internes.....	- 24 -
1.1.2 Les motifs de VAD .....	- 25 -
1.1.3 Les avis positifs concernant les VAD .....	- 26 -
1.1.4 Les avis négatifs concernant les VAD .....	- 32 -
1.1.5 L'évolution des VAD .....	- 39 -
1.2 Délégation .....	- 40 -
1.2.1 Avis positif sur les délégations des visites par les IDE cliniciennes.....	- 40 -
1.2.2 Avis négatif sur les délégations des visites par les IDE cliniciennes.....	- 45 -
1.2.3 Les renouvellements d'ordonnances .....	- 49 -
1.2.4 Difficile de prononcer .....	- 50 -
1.2.5 Place SOS médecin concernant les visites .....	- 50 -
1.3 Concernant l'avenir des VAD .....	- 52 -
1.3.1 Vision globales des VAD .....	- 52 -
1.3.2 Les problématiques .....	- 54 -
1.3.3 Leurs souhaits à propos des VAD .....	- 55 -
1.3.4 Les solutions proposées.....	- 61 -
2 Patients .....	- 65 -
2.1 Perception des visites par les patients .....	- 66 -
2.1.1 Les avis positifs.....	- 66 -
2.1.2 Les avis négatifs .....	- 70 -

2.1.3 Les VAD dans le passé.....	- 70 -
2.1.4 Les VAD actuels .....	- 72 -
2.2 Délégation .....	- 79 -
2.2.1 Avis positif sur délégation.....	- 79 -
2.2.2 Avis négatif sur délégation.....	- 82 -
2.2.3 Avis sur SOS médecins .....	- 84 -
2.3 A propos des VAD dans le futur .....	- 84 -
2.3.1 Les souhaits concernant les VAD dans le futur .....	- 84 -
2.3.2 En cas de disparition des visites :.....	- 85 -
2.3.3 Pour maintenir les VAD, les patients pensent qu'il faudrait.....	- 88 -
<b>Discussion.....</b>	<b>- 91 -</b>
1 Discussion de la méthode .....	- 91 -
1.1 La méthode qualitative .....	- 91 -
1.2 Les limites de cette étude .....	- 91 -
1.2.1 La validité interne.....	- 91 -
1.2.2 La validité externe .....	- 91 -
1.3 Les forces de ce travail.....	- 92 -
2 Discussion sur les résultats des internes.....	- 92 -
3.1 A propos de la perception des VAD.....	- 92 -
3.2 A propos de l'avenir .....	- 94 -
3.3 A propos de la délégation de tâche.....	- 96 -
3 Discussion sur les résultats des patients .....	- 100 -
2.1 A propos de la perception des VAD.....	- 100 -
2.2 A propos des VAD dans le futur .....	- 102 -
2.3 A propos de la délégation.....	- 102 -
4 Comparaison des résultats des patients et des internes .....	- 103 -
5 Retour sur quelques points .....	- 104 -
5.1 L'état actuel des infirmières cliniciennes dans les autres pays .....	- 104 -
5.2 L'expérimentation ASALEE en France .....	- 107 -
5.3 L'état actuel des infirmiers cliniciens spécialisés en France et de leurs formations .....	- 108 -
5.4 A propos de la revalorisation des visites .....	- 110 -
6 Ouverture sur les alternatives à la visite.....	- 111 -
6.1 Le développement du transport en commun dans les milieux semi ruraux et ruraux pour favoriser l'accès aux soins. ....	- 111 -
6.2 L'utilisation de la télémédecine .....	- 111 -
6.3 Évolution du statut du SOS médecin et le développement de médecins mobiles.....	- 113 -
<b>Conclusion.....</b>	<b>- 115 -</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>- 117 -</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>- 127 -</b>



## **Principales abréviations**

<b>AcBUS</b>	<b>Accord de bon usage des soins</b>
<b>ASALEE</b>	<b>Action de santé libérale en équipe</b>
<b>ARS</b>	<b>Agence régionale de santé</b>
<b>CNOM</b>	<b>Conseil national de l'ordre des médecins</b>
<b>HAS</b>	<b>Haute autorité de santé</b>
<b>MG</b>	<b>Médecin généraliste</b>
<b>MSP</b>	<b>Maison de santé pluri professionnelles</b>
<b>OCDE</b>	<b>Organisation de coopération et de développement économiques</b>
<b>SAMU</b>	<b>Service d'aide médicale urgente</b>
<b>SASPAS</b>	<b>Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée</b>
<b>UPRS</b>	<b>Union régionale des professionnels de santé</b>
<b>VSL</b>	<b>Véhicule sanitaire léger</b>



## Introduction

### 1 La visite à domicile (VAD)

La « visite » correspond à « l'acte de se rendre auprès du patient » selon la définition du dictionnaire Larousse. (1)

La visite à domicile a une place importante dans les soins primaires, et particulièrement pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Les visites à domicile sont quasi-spécifiques de la médecine générale. Mais leur nombre tend actuellement vers une diminution.

#### En France :

Dans les années 80, le nombre de visites à domicile représentait un tiers des activités des médecins généralistes. (2)

Le nombre de VAD a progressivement diminué jusqu'à environ 23% dans les années 2000.

Et il était à 14% en 2005 et à 11% en 2014.(3)

#### En Picardie :

En 2000, le pourcentage de visite à domicile était de 28.6% . (4)

En 2014, le nombre de visites dans chaque département a été regroupé dans le tableau suivant: (5)

**Tableau 1: Le nombre de visites en Picardie en 2014**

Département	Effectifs de MG	Consultations	Visites	V/ (C+V) en %
Aisne	370	1 983 780	243 573	<b>12%</b>
Oise	522	2 815 873	206 365	<b>7%</b>
Somme	489	2 443 917	380 916	<b>15%</b>
Total France métropolitaine	52 261	225 677 528	24 830 551	<b>11%</b>

**Source : système national interrégimes (Snir)**

Cette baisse s'est accentuée suite à la mise en place de l'AcBUS en 2002 (4) (cf. *Annexes*) qui avait pour but une amélioration des conditions d'exercice des médecins généralistes tout en assurant la promotion de qualité des soins. Ce dispositif visait à répondre à une double demande des médecins: d'une part, une revalorisation des visites et, d'autre part, une restructuration de l'offre de soins privilégiant les consultations en cabinet lorsque les patients peuvent se déplacer.(6)

## 2 La démographie médicale

### 2.1 La démographie médicale en France

Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière; soit une diminution de 8.4% des effectifs depuis 2007. (7)

Les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 52 ans, ils sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes, 27.3% sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs.

Le nombre de médecins en activité en France reste stable depuis plusieurs années, mais il existe de fortes disparités: les effectifs des généralistes baissent presque partout contrairement aux spécialistes.

Les médecins généralistes sont les "premiers touchés" par les départs en retraite, relève le Cnom. Au cours de la période 2007/2016, leurs effectifs ont diminué de 8%.

"Ils connaissent une chute inexorable, et ce, de manière préoccupante puisque cette chute devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre durant la période 2007-2025", alerte l'organisme représentant la profession médicale.(8)

### 2.2 En Picardie

En Picardie au 1er janvier 2016

**Tableau 2: Effectifs des médecins généralistes en Picardie en 2016**

Départements	Effectifs	Densité pour 10 000 habitants	Evolution Variation 2007-2016
Somme	858	146,9	-5,80%
Oise	865	103,5	-10,80%
Aisne	545	98,3	-20,30%
Total France métropolitaine	85513	131,3	-9%

Source : Atlas de la démographie médicale en France (2016)

La Picardie se caractérise par la plus faible densité de médecins généralistes libéraux de France. (9)

Pour autant, l'accès aux soins semble être globalement satisfaisant: les picards sont ceux qui y ont le plus souvent recours. En effet, ces généralistes, peu nombreux, sont facilement accessibles: 99% des picards sont à moins de 10 minutes en théorie d'un médecin généraliste.

Il existe une différence inter-départementale avec d'importantes inégalités.

Ainsi, si la plupart des grandes villes et notamment la capitale régionale apparaissent comme étant correctement dotées, le milieu rural connaît plus de difficultés: l'offre en médecins généralistes est inférieure à la moyenne régionale dans 57% des bassins de vie axonais, dont une bonne partie de la Thiérache. La situation est identique dans 68% des bassins de vie isariens, alors que seule la moitié des bassins de vie samariens dépasse ce seuil, en raison de la forte concentration de la présence médicale dans certaines zones, notamment l'Aménois et l'ouest de la Somme. Une autre zone se caractérise également par une densité élevée: il s'agit d'une bonne partie des bassins de vie du sud de la Picardie comprise entre Creil, Compiègne et Soissons. (9)

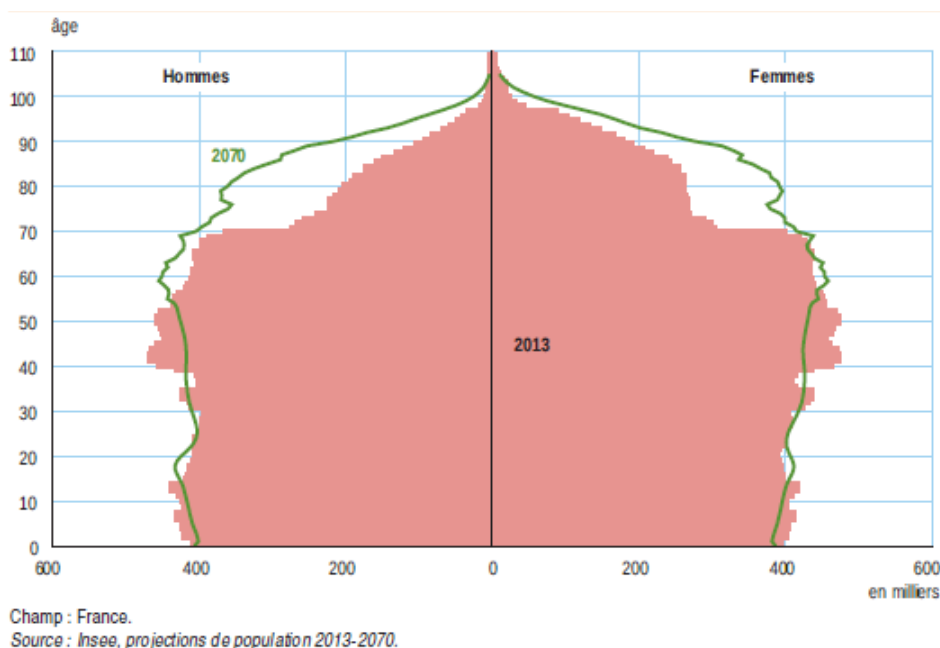
La situation pourrait être plus difficile dans les années à venir.

Afin de répondre aux remplacements des médecins âgés et aux besoins nouveaux générés par la croissance démographique attendue et le vieillissement de la population picarde, près de 700 nouveaux généralistes libéraux, correspondant à la moitié de l'effectif actuel, devront s'installer d'ici 2020.

Par conséquent, l'enjeu est fort et, même atteint, l'objectif ne permettrait que de conserver la densité médicale actuelle, qui est la plus faible de France. (9)

### 3 Le vieillissement de la population et la demande de soins

Figure 1: Pyramide des âges en 2013 et 2070



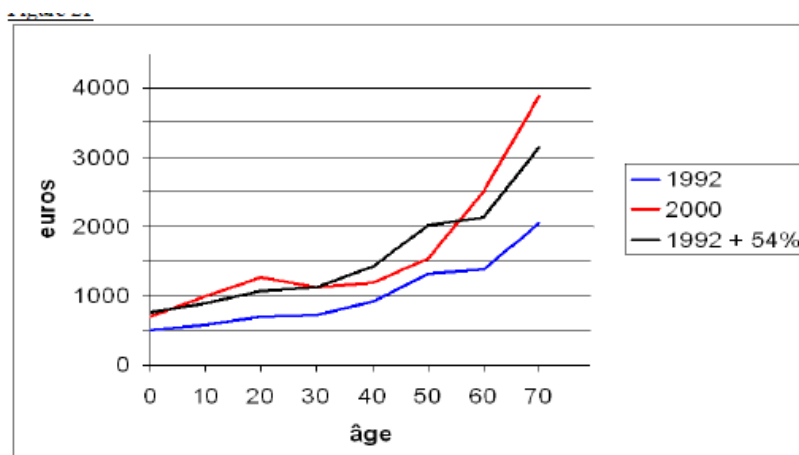
Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la France compterait 76.5 millions d'habitants au 1er janvier 2070. Par rapport à 2013, la population augmenterait de 10.7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10.4 millions). En particulier, la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus importante en 2070 qu'en 2013 (+ 7.8 millions).

Jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18% en 2013). Cette forte hausse correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du baby-boom. L'évolution serait ensuite plus modérée : selon les hypothèses, 25 à 34% de la population dépasserait cet âge en 2070. (10)

On estime en effet qu'une personne âgée dépense davantage chaque année pour se soigner qu'une personne jeune. (11) Le vieillissement se traduit par une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques. Mais on remarque également qu'il n'y a pas de corrélation mécanique entre vieillissement de la population et accroissement des dépenses de santé.(12)

On peut voir sur la courbe, que la dépense individuelle moyenne semble augmenter pour toutes les classes d'âge. (11)

**Figure 2: Les dépenses individuelles moyennes**



(Source : enquêtes SPS traitement HCAAM)

L'augmentation de la demande de soins est liée à un besoin sanitaire ressenti, au vieillissement de la population, l'augmentation du niveau de vie et à une couverture maladie.

Cette demande de soins est aussi accélérée par une augmentation de l'offre de soins et le progrès médical. (12) (13) (14) (15)

A côté de cela, l'allongement de l'espérance de vie nécessite d'autant plus le développement de la prise en charge à domicile.

#### **4 La délégation**

Afin de répondre aux problèmes de démographie médicale par la pénurie de médecins et l'augmentation de l'offre de soins, le rapport du Professeur BERLAND en 2003 a entamé une réflexion autour de la délégation de tâche.(16)

##### **Quelques définitions :**

**Délégation:** elle désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soins ou d'une tâche.

La délégation comprend l'idée de supervision.

La responsabilité (du médecin) du délégant reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte (17).

**Transfert:** il est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en terme de responsabilité, à une autre profession.

Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation.

Dans tous les cas, le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs.

**La notion de compétence** traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. Elle renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède et elle ne peut donc pas se déléguer.

Les compétences peuvent être spécifiques à un métier ou transversales à plusieurs métiers.

Ce transfert de compétence a été utilisé aux États-Unis et au Canada dans les années 1960 dans un contexte de rationalisation du système de soins. Ainsi, sont apparues les infirmières praticiennes (*nurse practitioners*), aux États-Unis la recherche du gain de productivité a accéléré le processus.

Au Royaume Uni, des expériences similaires ont vu le jour principalement dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins dans un contexte de saturation des médecins généralistes.

Dans ce contexte, le rôle des infirmières a été accru, soit dans des organisations autonomes soit par une collaboration renforcée entre le médecin généraliste et l'infirmière dans les cabinets de soins primaires.(16)

Cette notion de transfert de compétence a été reprise dans la loi de santé 2016, dans l'une des principales mesures de la loi de modernisation (18). Celle-ci prévoit d'élargir la compétence de certaines professions des grandes priorités de service public en reconnaissant le métier d'infirmier clinicien.

Cette loi crée un cadre légal pour l'infirmière de pratique avancée, avec l'article 119 (19) indiquant que « les auxiliaires médicaux [...] peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnées par un médecin, ou ,enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. »

Dr MARQUISET Delphine en 2007, a réalisé une thèse sur « la délégation de tâches en médecine générale : cette étude qualitative par *focus group* auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté montre qu'il existe de nombreux freins empêchant les médecins généralistes d'adhérer totalement au projet, mais la majorité d'entre eux est favorable à une délégation de tâche envers les infirmières libérales et c'est d'autant plus vrai pour les médecins qui exercent en milieu rurale au sein d'une maison médicale pluridisciplinaire.(20)



## 5 Les VAD à l'étranger

Selon une étude réalisée au Pays Bas, intitulée *Profils of General Practice in Europe*, publiée en 2003, celle-ci est basée sur les données de *the European Study of GP Task Profiles*, sorti en 1993/94. Il a été décrit que 13 pays sur les 18 ayant plus de 90% de médecins généralistes réalisaient des visites à domicile.(21)

Les visites à domicile ne faisaient clairement pas partie du travail du médecin généraliste en Grèce et en Finlande.

Le nombre de VAD que le médecin généraliste réalisait dans une semaine était par ordre de décroissance de 44 actes par semaine en Belgique jusqu'à 2 par semaine au Portugal.

Les médecins généralistes de l'Allemagne, Autriche et de France avaient reporté plus de 25 visites par semaine.

Les médecins généralistes danois réalisaient largement moins de visites que leurs collègues britanniques, irlandais et néerlandais qui avaient souvent été considérés comme comparables.

En général, les médecins généralistes dans les pays scandinaves ainsi que les pays méditerranéens sauf l'Italie avaient une faible fréquence de visite.

La diminution du nombre de VAD effectuées était remarquable, particulièrement les VAD d'urgence qui sont de plus en plus déléguées aux services d'urgence.(22)

Cette étude suggérait que les médecins généralistes en fonction de leur position, sont plus critiques dans la décision de réaliser des visites ou non.

En regardant l'Europe, il faut cependant reconnaître que la situation est différente dans les pays avec un grand nombre de VAD et beaucoup sont souvent en concurrence par les médecins travaillant dans les soins primaires.

Dans ces pays, les VAD sont plus pour les médecins généralistes un besoin économique.

## **6 Modification des pratiques professionnelles**

D'après la thèse réalisée par Dr AUGROS Sophie en 2012, les futurs médecins généralistes sont avant tout soucieux d'un environnement de travail confortable pour leur vie professionnelle mais aussi personnelle.

Selon une étude réalisée par l'ARS en Mai 2014 (23) sur « les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale : enquête réalisée auprès des internes de médecine générale » montre que les facteurs liés à la vie personnelle et familiale interviennent de façon majeure dans le choix du lieu d'installation (emploi du conjoint, scolarisation des enfants, environnement culturel) ainsi que la proximité des services de santé jugés comme indispensables à la pratique de la médecine générale. Cette étude montre aussi que la charge de travail constitue un frein majeur à l'installation en milieu rural (nombre de gardes, difficultés à se faire remplacer et à prendre des congés) et la charge administrative ainsi que la gestion financière du cabinet à l'installation en libéral.

En ce qui concerne les internes de médecine générale de Picardie, une enquête réalisée par l'URPS Picardie en mars 2016 (24) montre que l'exercice en libéral est envisagé par 61.5% des répondants, une activité mixte par 17.4% et un salariat à l'hôpital par 13.8%. L'installation est envisagée pour 67% des répondants.

L'exercice en groupe est fortement plébiscité qu'il soit sous la forme d'un cabinet de groupe (67%) ou d'une MSP (46.8%).

Le choix du lieu d'installation n'est pas ferme et définitif pour 61.5% des répondants. Les critères qui pourraient conditionner leur installation seraient les opportunités d'installation, les possibilités professionnelles du conjoint et les conditions d'exercice.

## **7 Problématiques :**

Face à la démographie médicale actuelle et à l'augmentation de la demande de soins, les médecins généralistes seront moins disposés pour faire les visites à domicile.

On peut ainsi s'attendre à ce que les tendances futures favorisent le conflit potentiel entre le médecin généraliste et les patients à propos des visites à domicile.

Ainsi, on peut se demander quelle serait la place des VAD dans le quotidien des futurs médecins généraliste et des patients picards ?

Et encore, les patients et les internes picards sont-ils prêts à accepter les délégations ?

### **Objectif principal :**

- Analyser la perception des internes et des patients picards sur les visites à domicile

### **Objectif secondaire :**

- Analyse des souhaits des internes et des patients picards à propos de la VAD dans le futur

- Analyse des avis des internes et des patients picards concernant la délégation de tâche aux infirmiers cliniciens



## **Matériel et méthodes**

### **1 Le type d'étude**

Il s'agit d'une étude de type qualitative. Ce type d'étude est plus adaptée pour étudier les phénomènes sociaux et donc ici pour analyser le ressenti des internes et des patients sur les visites à domicile.(25)

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

### **2 Le recrutement**

#### **2.1 Les internes en médecine générale**

Le recrutement a été réalisé directement auprès des collègues en stage et aussi par l'envoi d'un email (*cf. Annexes*) par l'intermédiaire du secrétariat du département de médecine générale d'Amiens aux internes ayant effectué un stage chez le praticien soit aux internes à partir du 3<sup>e</sup> semestre d'internat en fin juillet 2016 et une relance en début du mois de septembre 2016.

#### **2.2 Les patients**

Il a été demandé au patient tout venant à la fin de la consultation, leur volonté de participer à une étude sur les visites à domicile. Ensuite, les entretiens ont été réalisés dans un autre bureau du cabinet.

Quelques entretiens ont également été réalisés au domicile de quelques patients afin de recueillir aussi leur avis sur les visites à domicile.

### **3 Le déroulement des entretiens**

#### **3.1 Les internes en médecine générale**

Les entretiens ont été débuté fin juillet 2016 et le dernier entretien a été réalisé en décembre 2016, les lieux étaient choisis en accord avec l'interviewés par le même enquêteur.

Quelques entretiens ont été réalisés par téléphone en raison de l'éloignement géographique et de disponibilité de chacun.

La durée moyenne des entretiens était d'environ 15 minutes.

### **3.2 Les patients**

Les entretiens ont été réalisés sur 4 matinées (en juillet et en septembre 2016) dans un cabinet situé dans l'Oise et l'autre dans la Somme ainsi qu'aux domiciles de quelques patients après avoir demandé leur accord par téléphone au préalable.

La durée des entretiens variait de 6 minutes à 30 minutes. La durée moyenne était de 10 minutes.

Le nombre d'entretien à réaliser a été déterminé par la recherche de saturation de données.

### **4 Le guide d'entretien**

La méthode de l'entretien individuel semi directif a été réalisée en suivant un guide d'entretien (*cf. Annexes*).

Deux guides d'entretien ont été élaborés préalablement aux entretiens et ajustés après les premiers entretiens.

### **5 Le recueil des données**

Les entretiens ont été recueillis par l'investigateur seul durant tous les entretiens.

Les entretiens ont été enregistrés sur un support numérique après avoir eu l'accord d'enregistrement de l'interviewé.

Les données ont été retranscrites mot à mot par l'investigateur en respectant l'anonymat de chacun des interrogés, dans un fichier Word.

Les retranscriptions ont été analysées individuellement pour ressortir les idées développées par les répondants. Les mots et expressions portant un thème commun ont été identifiés puis regroupés en thématiques (analyse thématique), elles-mêmes divisées ensuite en sous-catégories. L'analyse des données a été effectuée par l'utilisation de logiciel QDA Miner 4 Lite.

## Résultats

### 1 Internes

**Échantillon** : Au total, 16 entretiens individuels ont été réalisés.

Au cours des 3 derniers entretiens, il n'y avait plus de nouveaux éléments (saturation des données), permettant ainsi l'arrêt du recueil.

Tableau 3 : Caractéristiques des internes

Interne	Sexe	Age	Année d'internat	Stage chez le praticien niveau 1	Stage chez le praticien de niveau 2	SASPAS
1	F	28	3	oui	oui	non
2	M	27	3	oui	non	non
3	M	29	2	oui	non	non
4	F	28	3	oui	non	oui
5	F	30	3	oui	oui	non
6	M	28	3	oui	non	oui
7	M	27	3	oui	non	oui
8	M	28	3	oui	non	oui
9	F	28	3	oui	non	non
10	M	30	2	oui	non	non
11	F	30	3	oui	non	oui
12	F	28	2	oui	non	non
13	F	30	3	oui	non	oui
14	M	27	3	oui	non	non
15	F	28	3	oui	non	non
16	F	28	3	oui	non	oui

Tableau 4 : Caractéristiques des internes (suite)

Variables	Nombres
Homme	7
Femme	9
Age moyenne (ans)	28,3
27 ans	3
28 ans	8
29 ans	1
30 ans	4
2e année d'internat	3
3e année d'internat	13
internes ayant réalisé un stage chez le praticien de niveau 2	2
internes ayant réalisé un SASPAS	7

## **1.1 Perception des VAD par les internes**

### **1.1.1 Représentation des VAD par les internes**

#### **1.1.1.1 Découverte des VAD en internat**

Interne n°6 : « Avant les stages, j'avais pas d'idée, j'en pensais pas du tout, j'en ai jamais vues. J'en ai jamais faites, j'avais aucune idée avant le stage Prat. J'en ai jamais utilisées et j'ai pas de grands parents qui me racontaient...j'étais naïf. »

#### **1.1.1.2 Vision d'enfance et externat**

Interne n°1 : « Quand j'étais externe, j'ai aussi fait un stage chez le médecin généraliste juste avant d'y aller en 5e année de médecine. [...] Je trouvais que c'était uniquement du renouvellement, je me suis dit qu'en fait c'est que ça, et je ne comprenais pas pourquoi les gens, ils n'allaient pas au cabinet.»

Interne n°11 : « : C'était normal, en fait, moi, ma vision, c'est ma vision de mon médecin quand j'étais petite. [...] Il se déplaçait à la maison parce qu'on avait besoin de lui, ça le dérangeait sûrement d'ailleurs, mais qu'il faisait quand même. »

Interne n°13 : « Du coup, avant aussi d'avoir effectué le stage en tant qu'externe, car j'avais déjà effectué des visites en tant qu'externe aussi. »

#### **1.1.1.3 Vocation médicale et fait partie du métier du médecin généraliste**

Interne n°4 : « Après je pense que si on choisit de faire médecine, c'est difficile de dire que "on veut pas se déplacer", "on veut pas voir de patients", bien qu'il y ait des médecins actuels qui ont ce postulat là, en gros pour eux c'est trop fatigant, après je pense que ça éloigne un peu de "la vocation médicale". »

Interne n°6 : « Pour moi, ce n'est pas de la bonne médecine de faire médecin traitant et ne pas faire de la visite à domicile des personnes âgées qui en ont besoin. Pour le maintien, ça serait vraiment uniquement pour le bénéfice du patient, je pense que j'aurais honte et j'aurais la culpabilité à ne pas reprendre la visite à domicile du médecin à qui je vais succéder, la raison c'est vraiment uniquement la raison qui pousse à être médecin, c'est l'altruisme, c'est dans le bien des gens.»



Interne n°12 : « c'est du service à la personne, on est médecin, on fait partie de tout ce qui est santé sociale, ça fait partie de notre métier je pense. »

## **1.1.2 Les motifs de VAD**

### **1.1.2.1 Souvent des renouvellements d'ordonnances pour les personnes âgées qui ne pouvaient pas se déplacer**

Interne n°1 : « Pour moi, c'était juste le médecin généraliste qui allait chez eux, et puis il renouvelait les traitements, il prenait la tension et puis il vérifiait les ordonnances. [...] Alors c'est plus pour les personnes âgées, qui ne pouvaient pas se déplacer, vraiment, donc 80 ans. »

Interne n°3 : « A la fois pour les personnes âgées, mais pas forcément que pour les personnes âgées, ça peut être pour un nourrisson, un enfant ou un adulte par exemple qui s'est cassé la jambe. »

Interne n°5 : « Franchement, très très souvent, c'était des renouvellements d'ordonnance, pour des personnes âgées qui ne pouvaient pas se déplacer au cabinet, très très souvent. »

Interne n°7 : « Il y a aussi pas mal des sorties d'hospitalisation des gens pas nécessairement dépendants, puis aussi quelques unes qui demandent des visites pas nécessairement justifiées qui pourraient se déplacer. 'fin, pour les gastro-entérites chez les enfants euh... quelques unes sont pas tout à fait justifiées mais bon, voilà. »

Interne n°15 : « C'était surtout des renouvellements d'ordonnance et les personnes âgées, et c'est à ça qu'on pense en tant que visite à domicile, les personnes âgées et principalement les renouvellements. [...] De temps en temps, il y arrivait qu'il y ait des urgences, des gens jeunes, qui ne pouvaient pas se déplacer. La plupart du temps, c'est pour des lombosciatiques, des lumbagos. Après oui, il y a déjà eu des enfants, pour des fièvres, quand les parents ne pouvaient pas se déplacer.»

### **1.1.2.2 Peu d'urgence**

Interne n°5 : « J'ai eu que très très peu d'urgence, la grosse urgence à savoir, qui a mal, qui ne pouvait pas se déplacer, parce que très souvent quand c'est des grosses grosses urgences : il se déplace pas, il ne ferme pas son cabinet, il allait voir les urgences, ou appelait SOS médecins, c'est très souvent des renouvellements. »

Interne n°16 : « pas trop d'urgence. »

### **1.1.2.3 Souvent identique au consultation**

Interne n°1 : « C'est un peu le même rôle qu'en consultation, mais à la maison, pour les personnes dépendantes. »

Interne n°12 : « Ben pour moi... pour moi c'était une consultation comme au cabinet sauf que c'était chez le patient. Pour moi, il n'y avait pas trop de différences entre les deux. »

## **1.1.3 Les avis positifs concernant les VAD**

### **1.1.3.1 L'intérêt pratique des VAD**

#### **1.1.3.1.1 Découvre l'environnement du patient**

Interne n°2 : « Après pour les aspects positifs, on voit quand même les gens dans leur jus, c'est-à-dire, comment ils vivent, si leurs logements sont chauffés ou pas, parce que parfois les gens ils n'ont pas de chauffage.»

Interne n°4 : « Je pense qu'elle est au cas par cas, mais on ne peut pas non plus s'en passer, on ne peut pas ne pas la réaliser, en plus quand même souvent, ça apporte des informations sur le lieu de vie du patient, donc ça nous permet de connaître le patient peut-être un peu plus »

Interne n°8 : « je pense vraiment que de voir l'environnement du patient, ça peut rester intéressant pour nous de temps en temps. [...] des fois ça nous aiguille un petit peu, et on comprend mieux le patient aussi. »

Interne n°11 : « Après voilà, mais sinon, je trouve que c'est intéressant, je trouve qu'on voit les gens de l'autre côté, on les voit vivre chez eux, et ça apporte pas mal de choses quand même.[...] Après si parfois, ça permet de voir un peu certains patients qu'on a vus au cabinet

qu'on va quand même voir chez eux pour une raison X ou Y, c'est de revoir un peu, de les remettre dans leur contexte, de savoir où est-ce qu'ils habitent, d'avoir peut-être une autre vision de là où ils habitent, les vraies conditions de vie, et de ne pas juste savoir qu'ils ont fait tels métiers, qu'ils doivent toucher après à peu près tant, et de dire que chez eux ça doit être à peu près comme ça. Des fois on a des surprises. »

Interne n°12 : « Ça dépend des patients, il y a des patients pour qui ça ne change pas grand-chose que ce soit chez eux ou au cabinet, puis il y a d'autres patients où ça change tout, parce qu'on se rend compte de l'environnement dans lequel ils vivent, de la précarité »

Interne n°16 : « Les avantages, essentiellement pour les patients, ça apporte en effet ton aide à la maison et tu vois aussi comment vivent les gens. [...] ça peut nous permettre de rencontrer les paramédicaux, notamment les infirmières à domicile, surtout sur des cas de diabète compliqué ou des poly-pathologiques compliqués qui sont suivis par des infirmières ou des pansements etc. Ça permet de discuter de l'évolution des choses, et d'avoir des avis partagés, voilà. »

#### **1.1.3.1.2 Vérifier l'observance**

Interne n°2 : « Si les médicaments sont en vrac, ou s'ils sont bien organisés dans un pilulier, on peut contrôler. »

Interne n°12 : « on se rend compte de s'ils prennent leurs médicaments ou pas, combien il y a des boîtes de médicaments, ça permet de se rendre compte d'autres choses aussi. »

Interne n°13 : « Déjà de voir un peu le milieu de vie du patient, et de pouvoir se rendre compte de leurs besoins, notamment sur des maintiens à domicile difficiles, sur des problèmes d'observance. [...] On peut avoir aussi des surprises en allant au domicile du patient, et en trouvant toutes les boîtes non entamées sur la table, de voir l'entourage qu'on ne connaît pas toujours, et de voir qui s'occupe de la personne quand elle est en difficulté parce que finalement quand on va aux visites à domicile c'est pour des personnes qui sont à mobilité réduite, des poly-pathologiques et du coup, c'est des personnes qui ont plus besoin d'attention et on peut se rendre compte de beaucoup de choses en allant au domicile. »

#### **1.1.3.1.3 Apporter de l'aide, adapter la prescription et pour anticiper**

Interne n°1 : « par exemple pour les personnes âgées, ben ça permet de voir s'il y a besoin de l'aide, ça permet d'anticiper les choses qu'on ne voit pas quand ils viennent au cabinet. »

Interne n°3 : « Je pense qu'on peut adapter au mieux nos prescriptions parce qu'on voit l'environnement du patient et puis apporter des informations par exemple sur l'ergothérapie, d'enlever les tapis au sol qui favorisent beaucoup les chutes chez les personnes âgées, etc. On peut mieux cibler nos informations, une fois chez le patient. »

#### **1.1.3.1.4 Service**

Interne n°9 : « L'intérêt, ça permet d'aller voir les gens, de suivre des gens qui ne peuvent pas se déplacer, après... C'est juste ça, c'est pour voir des personnes âgées, souvent, c'est pour leur tenir compagnie aussi, ils sont contents de voir leur médecin. »

Interne n°10 : « c'est quand même un gros service pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer et qui sont âgés, et pour lequel ça demande beaucoup d'efforts pour aller juste en consultation, ne serait-ce que pour un renouvellement ou un tout petit problème de santé. »

Interne n°11 : « c'est une aide aux personnes dépendantes, c'est une aide aux personnes qui n'ont pas de voiture, c'est un service qu'on leur offre, c'est un service tout court, c'est quelque chose qui doit leur permettre d'aller mieux. [...] Moi je crois qu'il n'y a pas d'intérêt en soi, [...] c'est pour rendre visite aux gens, leur apporter des soins qu'ils auraient difficilement si jamais il faudrait monter dans une ambulance pour qu'ils viennent au cabinet, ou leurs enfants qui ne sont pas toujours présents viennent. »

Interne n°12 : « c'est le service aussi, ça fait partie du service à la personne, parce que la personne qui ne peut pas se déplacer, il faut bien trouver une solution. »

#### **1.1.3.1.5 Facilité pour le patient**

Interne n°1 : « Je trouve que c'est plus agréable d'aller les voir chez eux, que de tout mettre en oeuvre pour qu'ils puissent rentrer dans le cabinet, au risque, d'être dérangé, d'attendre dans la salle d'attente, donc c'est pour moi important d'aller voir les gens chez eux. »

Interne n°10 : « Pour le patient, c'est la facilité. »

### **1.1.3.2 Avantages des VAD**

#### **1.1.3.2.1 Consultation dans un cadre différent et agréable**

Interne n°1 : « Et en fait, à mon premier stage prat., le deuxième praticien me faisait faire les visites à domicile, et là en fait, j'ai découvert que ce n'était pas du tout pareil [...] On fait la même chose, on fait du renouvellement mais dans un cadre plus agréable [...] C'est plus agréable, j'aime bien les visites, je trouve qu'on voit l'environnement dans lequel le patient évolue. [...] Heu, on a plus une approche différente, moins formelle que quand ils sont en consultation au cabinet.»

Interne n°9 : « c'est aussi le contact avec le patient qui est différent, c'est sympa en visite, on voit chez lui, dans son univers, on peut se rendre compte de pas mal de choses. »

Interne n°10 : « Une bonne expérience agréable. »

#### **1.1.3.2.2 Sortir du cabinet, faire une pause**

Interne n°2 : « après c'est vrai que ça permet à des médecins de se déplacer, de faire autre chose, de se déplacer »

Interne n°6 : « Un autre point positif des visites c'est qu'en campagne, tu prends la voiture, tu sors la voiture, tu fais une petite pause, t'écoutes la radio, bon du coup, tu travailles pas vraiment, ça t'oblige à faire une pause, de changer d'air, ça a cet aspect sympa. [...] Quand j'étais en visite de campagne j'aimais bien prendre la voiture un quart d'heure, je traverse les champs, ça a un côté sympathique. »

Interne n°14 : « Après avoir fait, je me suis dit que [sourire] de temps en temps c'est vachement agréable. Ça n'a rien à voir avec les patients ce que je vais dire, de temps en temps ça fait du bien de couper un petit peu les consuls, d'aller prendre l'air, de sortir un peu du cabinet. Ça c'est pour moi. Pour le médecin une fois de temps en temps, je trouve que c'est pas mal non plus. »

Interne n°15 : « Pour nous, ça peut être un moyen de se promener, de prendre l'air, de sortir du cabinet, je ne vois que ça pour le moment. »

### **1.1.3.3 Nécessité**

Interne n°1 : « Je trouve que c'est nécessaire pour certains, par exemple pour les personnes âgées, pour les personnes dépendantes, pour les personnes qui ont des handicaps, heu, qui sont en fauteuil roulant. »

Interne n°2 : « Moi je trouve c'est une nécessité, c'est-à-dire, c'est pas un plaisir mais faut le faire, parce que les gens en ont besoin, s'ils en ont pas besoin, je pense qu'on en ferait pas. »

Interne n°5 : « C'était quelque chose de normal, qu'il fallait que ça arrive jusqu'au domicile, donc que tu ne pouvais pas ne pas en faire, c'était souvent pour des personnes qui ne peuvent pas se déplacer, ou des personnes qui ont un milieu, tout ce qui est en zone rurale, les difficultés d'accès aux soins. [...] c'est nécessaire, mais pas pour tout le monde, il y a des abus, des fois c'est pas justifié. [...] La place de la visite à domicile, je pense qu'elle a une place importante comme je disais pour les patients qui sont dans l'impossibilité réelle de se déplacer, et d'accéder aux soins.»

Interne n°9 : « je pense que c'est essentiel, parce que de toute façon t'auras toujours des gens qui ne pourront pas se déplacer, si c'est pas nous qui allons, il y aura personne pour y aller, et je pense qu'on ne peut pas passer outre. »

Interne n°11 : « Normal, c'est le mot qui me revient [rire] normal ou nécessaire même, ou alors faut trouver une autre solution pour pas qu'il n'y ait de visite. »

Interne n°14 : « Ben, c'est nécessaire, comme ce que j'ai dit. Il y a des patients qui ne peuvent pas se déplacer, pour certains patients. [...] Je pense que c'est quand même nécessaire pour le patient et les confrères, je pense. »

### **1.1.3.4 Indispensable**

Interne n°3 : « Moi je pense que c'est indispensable la visite à domicile même si ça diminue un peu, pour tous les critères qu'on a évoqué et pour l'accès aux soins »

Interne n°6 : « C'est le dernier lien qu'il y avait pour les personnes âgées pour avoir un médecin, c'est vraiment indispensable pour qu'ils continuent à avoir des soins pour avoir des ordonnances, quelqu'un qui les connaît etc. »

Interne n°7 : « Ben sa place pour moi, elle reste indispensable, ben comme je dis, c'est pour les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées, je pense que les personnes qui ne peuvent pas se déplacer c'est indispensable pour eux [...] Ceux qui ont des difficultés pour se déplacer, il y a pas de raisons de ne plus les voir chez eux »

Interne n°12 : « Je pense que c'est indispensable, en médecine générale, on a des patients qui sont parfois âgés ou même s'ils ne sont pas âgés, dans 10, 20 ans ils seront âgés, ils auront du mal à se déplacer. »

Interne n°16 : « Je pense qu'elle a sa place surtout en milieu rural, où il y a des populations âgées quand même âgées qui peuvent difficilement se déplacer. En milieu urbain, elle a sa place mais je pense qu'elle est moins importante qu'en milieu rural. Les gens ont quand même plus de moyens, il y a des bus etc. »

#### **1.1.3.5 Renforce le lien médecin malade**

Interne n°4 : « le fait probablement de se déplacer chez le patient, ça permet au patient d'être peut-être plus ouvert ensuite pour les consultations ultérieures. [...] Ça renforce un peu le lien entre le soignant et le soigné »

Interne n°10 : « je trouvais que c'était pas mal, ça avait un lien privilégié, puis on voyait bien leurs modes de vie où ils vivaient, on peut compter une demi-heure je pense.»

#### **1.1.3.6 Assure la continuité des soins et le maintien à domicile**

Interne n°6 : « Je pense que ça les maintient de plus en plus possible à la maison et ça permet aussi d'être plus libre de leur choix de vie, d'être bien traité, c'est un peu de la bonne médecine, la visite à domicile. [...] L'intérêt de la visite, c'est le maintien à domicile des personnes âgées avec un médecin qui va suivre, de temps en temps, ça permet vraiment de garder une autonomie à domicile, euh et d'avoir, plutôt que d'aller à l'hôpital et que voilà [...] C'est aussi de ne pas les abandonner, c'est important c'est ce qu'on a nous dans le coin. »

## **1.1.4 Les avis négatifs concernant les VAD**

### **1.1.4.1 Faut que le patient soit disponible**

Interne n°2 : « Et ensuite, quand on arrive chez les gens, il faut qu'ils soient disponibles et qu'ils nous attendent, pour eux aussi ce n'est pas évident. »

### **1.1.4.2 Peu intéressant**

Interne n°1 : « J'en ai fait donc en 5e année d'externat et j'ai trouvé que ce n'était pas très intéressant. »

Interne n°15 : « Dans la grande majorité des cas, c'est les renouvellements, il y a rien de passionnant dans les visites [sourire]. »

### **1.1.4.3 Plus d'avantage de consulter au cabinet**

Interne n°7 : « après toutes les autres personnes qui peuvent se déplacer, vaut mieux qu'elles se déplacent au cabinet, on a le dossier du patient, c'est beaucoup mieux pour lui. [...]Et si on fait que des visites, on peut voir moins de patient, et donc après,.... vaut mieux en voir plus de monde en consultations, ça leur permet d'avoir un rendez-vous plus rapidement aussi. »

Interne n°11 : « Parce que c'est quand même plus simple que les gens viennent au cabinet, parce que le temps de la consultation à domicile, c'est au moins 20 minutes sans compter le trajet. »

Interne n°14 : « Si on veut recevoir le jour même, et qu'on ne peut pas travailler 24h sur 24, il faut quand même les recevoir au cabinet, c'est quand même un peu plus pratique. [...] on voit plus de monde sur la même période de temps qu'en visite.»

### **1.1.4.4 Les abus**

Interne n°1 : « il y a toujours des personnes âgées qui sont autonomes, qui ont leurs voitures, mais qui aiment bien que le médecin vienne chez eux, parce que ça a toujours été comme ça, c'est plus convivial. »

Interne n°2 : « Moi, ça m'est déjà arrivé de me déplacer avec mon maître de stage, se déplacer pour rien, les gens ils avaient un rhume et ils ne voulaient pas se déplacer chez le médecin, ça ça m'énerve [rire]. »



Interne n°5 : « Elles ne sont pas forcément toutes justifiées, dans le sens où, il y en a pas mal, même si il y en a qui sont dans l'impossibilité de se déplacer, il y en a beaucoup qui ne se déplacent pas, il y en a qui ne sont pas forcément justifiées. »

Interne n°8 : « Le ressenti...que c'est parfois nécessaire, et c'est souvent exagéré, il y a pas mal de visites qui sont faites, qui ne nécessitent pour moi pas d'être des visites.[...] Ça a une place chez certaines personnes, mais que...du coup c'est que souvent il y a des personnes qui en profitent un petit peu, qui demandent des visites à domicile mais pour lequel ce n'est pas justifié. »

Interne n°9 : « Ils sont capables d'aller faire les courses mais ils ne sont pas capable de venir chez toi. »

Interne n°13 : « c'est aussi la responsabilité du patient de ne pas abuser du système de soins. »

Interne n°15 : « Après les supprimer, ben c'est vrai que pendant les remplacements, ça m'est déjà arrivé, d'arriver chez un patient de lui dire que "je vais prendre votre ordonnance pour aller à la pharmacie" et puis qui me répond que "ben non, je vais y aller", alors que la pharmacie est à côté du cabinet, hein, donc on a envie de dire...Et qu'il habite à 20 bornes du cabinet! »

#### **1.1.4.5 Les difficultés et les inconvénients**

##### **1.1.4.5.1 Difficultés pour les internes de trouver la maison**

Interne n°2 : « Oui, après avoir effectué les visites à domicile, je trouvais que c'était très difficile [rire]. Je m'explique, déjà, faut prendre sa voiture, faut avoir la bonne adresse, ça prend du temps. »

Interne n°3 : « Donc le périmètre d'action on va dire, peut-être aussi certains pavillons qui sont difficiles d'accès. Par exemple, on avait fait une visite chez un patient, il fallait emprunter un chemin, voilà fallait le savoir. »

Interne n°6 : « c'est aussi des embêtements parce que faut chercher l'adresse, faut monter les escaliers, faut bouger un petit peu, faut trimbaler son sac tout le temps avec soi, ça peut être compliqué. »

Interne n°11 : « les premières fois toute seule, on se demande toujours où il faut sonner, si c'est la bonne maison, etc. [...] il faut déjà trouver l'endroit, savoir où les gens habitent, trouver comment rentrer chez les gens des fois, moi ça me... »

#### **1.1.4.5.2 Difficultés liées au patient**

Les internes remplaçants ne connaissent pas les patients. A cela s'ajoute que les patients vus à domicile sont souvent plus dépendants donc dont la prise en charge est plus difficile.

Interne n°1 : « Il y a des visites à domicile, quand on fait des remplacements, on bosse pas comme le médecin, lui, il connaît bien les patients. Il peut en faire 5,6 visites entre midi et deux, nous on ne peut pas les faire, car on ne connaît pas le patient, on ne connaît pas le milieu, on ne connaît pas l'adresse, ça c'est des inconvénients en tant que médecin remplaçant. »

Interne n°4 : « Alors, ça dépend en tant qu'interne c'est compliqué parce que les patients on les connaît pas, soit on va chercher le dossier du patient avant, soit on a le dossier sous la main, notamment chez certains médecins avec qui je suis en SASPAS, j'ai toujours le dossier avec moi, donc éventuellement, si j'ai besoin d'accéder, du coup ça prend encore plus de temps, mais je peux accéder aux données. [...] c'est pas toujours évident, surtout, c'est souvent des patients qui sont poly-pathologiques, alors souvent le médecin il va te dire "oui, t'inquiète pas, il est pas terrible, c'est normal" mais pour nous, ça veut pas forcément dire grand chose. [...] je connais pas grand chose du patient, donc c'est un peu difficile quoi.»

Interne n°11 : « puis la population c'est pas la même non plus, s'ils sont paralysés, ils se déplacent pas, c'est compliqué.[...] D'être à la maison c'est aussi des personnes plus âgées, plus dépendantes, en général. Donc du coup, c'est peut-être plus difficile à prendre en charge aussi. »

Interne n°13 : « Souvent, bien, la plupart du temps très bien même, mais j'ai été parfois en difficulté, parce que je ne connaissais pas les habitudes du médecin. [...] Donc du coup, certaines personnes il fallait rentrer directement, ça n'a pas été précisé parce que la personne était sourde, ou que la personne avait la maladie d'Alzheimer, et que c'est la voisine qui s'en occupait, du coup, il y avait des petites habitudes qui étaient instaurées avec le médecin et que je n'ai pas pu retrouver. »

### **1.1.4.5.3 L'éloignement géographique**

Interne n°1 : « Oui, l'éloignement géographique du cabinet »

Interne n°13 : « Il y a aussi le temps de trajet qui est à prendre en compte, et c'est vrai que c'est n'est pas toujours évident dans l'organisation de pouvoir prendre le temps de conduire un quart d'heure pour aller voir le patient, ça peut prendre vraiment beaucoup de temps. »

Interne n°16 : « Les inconvénients, c'est que tu ne peux pas voir beaucoup de personnes, si ton secteur est assez étendu. »

### **1.1.4.5.4 Le manque de temps et la chronophagie**

Interne n°2 : « Ben essentiellement parce que c'est chronophage, donc une visite à domicile ça prend je pense au minimum 30 minutes avec le temps de transport alors qu'on aurait pu voir peut-être 2 patients voire pour les plus rapides 3 patients au cabinet, donc c'est vrai, si on veut s'organiser, c'est pas simple pour le médecin. »

Interne n°4 : « Moi je pense que globalement c'est bien, c'est juste qu'on a pas le temps, ça veut dire que si on avait plus le temps, ou du moins, ou peut-être que ça serait un peu mieux valorisé, parce que clairement, logiquement, bah voilà une visite ça peut durer 30 minutes, sauf qu'on se retrouve dans le milieu du patient, ça dure jamais 30 minutes, donc moi clairement, quand je fais une visite à domicile, et qu'en plus le patient, je le connais pas forcément très bien, je m'en sors toujours pour 45 minutes, 50 minutes, euh, donc au niveau timing de la journée, c'est vraiment compliqué. »

Interne n°6 : « c'est vrai que ça prend du temps et que c'est un peu compliqué »

Interne n°7 : « Puis après, le temps que ça se met, le temps de faire les visites tu peux voir plus de monde en consultation, donc c'est un peu chronophage. »

Interne n°8 : « c'était finalement assez long, finalement plus long qu'une consultation habituelle »

Interne n°10 : « c'est une perte de temps parce qu'on ne voit pas d'autres personnes qui eux aussi nécessitent une consultation. »

Interne n°12 : « La durée en elle-même une fois chez le patient, c'est 10 à 15 minutes à peu près, j'avais l'impression que c'était presque un peu plus court que c'est les patients qu'au cabinet, je ne sais pas c'est parce qu'on a la pression, vite, vite, vite, faut qu'on avance, mais bon. [...] si je voudrais les supprimer, ça serait pour gagner du temps pour le médecin, pour qu'il puisse consulter plus de personnes au cabinet.»

#### **1.1.4.5.5 L'inconnu**

Interne n°1 : « Ceux chez qui on vient, et qu'on est pas préparés, par exemple, ils ont des grosses pathologies, on ne sait pas trop en fait parfois qu'on est appelés en visite pour quoi. »

Interne n°12 : « Après le problème, c'est que ça prend du temps, après, on ne sait jamais sur quoi on va tomber une fois à domicile. »

#### **1.1.4.5.6 Absence de matériel adapté et de dossier médical (ou mauvais dossier médical)**

Interne n°1 : « On pense que c'est pour un renouvellement, en fait non, c'est pas du tout pour ça, il a une plaie, il est diabétique, on n'a pas du tout le matériel avec nous, faut qu'on ait notre trousse d'urgence, faut essayer de mettre en place avec le secrétariat ou avec nous, quand nous on prend les rendez-vous, savoir exactement pourquoi ils viennent, permettre en amont de préparer notre matériel. »

Interne n°2 : « une fois sur place, il faut aussi avoir le matériel, la sacoche, les ordonnances, on a pas forcément le dossier médical informatique, ce qui fait qu'on doit se débrouiller avec les dossiers papiers. »

Interne n°5 : « aussi on n'a pas forcément accès aux dossiers. Tu ne peux pas transporter tout le dossier du patient, [...] il y en a, ils le font tenir un petit cahier à jour, un petit cahier tout est consigné, telle personne est venue, on est venus la dernière fois, on a fait ça ça ça et il y en a d'autres, l'inconvénient c'est que tu viens c'est un peu... Voilà quoi, c'est compliqué [...] C'est pas facile quand t'as pas le dossier sous les yeux.»

Interne n°7 : « Ben c'est ce qu'on a dit, pas le dossier du patient, on a pas tout le matériel qu'on a au cabinet, par exemple, moi j'ai pas de Vidal en visite, j'ai juste que le guide thérapeutique,

mais bon s'il y a des médicaments que je ne connais pas, si t'as pas de connexion Internet sur ton portable, t'es plus embêté. »

Interne n°8 : « Et c'est plus compliqué à gérer, parfois c'est plus difficile, on est facilement débordés, on n'a pas forcément tous les éléments qu'on peut avoir au cabinet. [...] C'est plus compliqué qu'au cabinet, qui avait une différence matérielle, pas d'aide informatique à côté avec notamment logiciel qui permettait d'aller sur les antécédents, pour mieux connaître les patients »

Interne n°10 : « On n'a pas...souvent un mauvais dossier médical , donc un suivi du patient qui est moins bon. On n'a pas tous les courriers, on n'a pas tous les renseignements à disposition à domicile. »

#### **1.1.4.5.7 Environnement non adapté à l'examen clinique**

Interne n°2 : « Je trouve l'examen moins rigoureux [...] J'ai trouvé aussi difficile, quand on n'a pas de table d'examen, les gens se font examiner sur leur chaise ou dans leur canapé ou sur leur lit, ce n'est pas évident.[...] surtout on est mal équipés, notre examen n'est pas fait dans de bonnes conditions »

Interne n°3 : « Bon s'ils n'en ont pas, sur la chaise, donc on est peut-être moins précis sur les examens, mais on va dire sur les conditions d'examens du patient, faut s'adapter au milieu par rapport à la place qu'il a dans sa maison, par rapport aux choses qu'il dispose.[...] souvent ça se fait dans le canapé. »

Interne n°12 : « bon c'est vrai que c'est pas toujours évident quand il y a des gros chiens par exemples. [rire] C'est une expérience, qu'il t'aboie dessus, pour écouter le coeur et les poumons, c'est un peu compliqué, c'est un peu tout ça, l'avantage et l'inconvénient en même temps. »

Interne n°13 : « Il peut avoir des inconvénients quand il y a beaucoup d'animaux domestiques dans la maison et qu'on a des problèmes d'allergie, c'est déjà arrivé à des confrères. [...] Donc ça peut être un frein, des fois, c'est compliqué, si on a des problèmes d'allergie ou de phobie animalière et que la maison est pleine d'animaux, ça peut être un frein pour un professionnel de santé. »

#### **1.1.4.5.8 Pas rentable**

Interne n°6 : « c'est effectivement la perte financière, puisque c'est quand même beaucoup moins lucratif que de faire 4 consultations en 1 heure [...] Le problème des visites, c'est que c'est chiant et que c'est mal rémunéré, et c'est un défaut que ce soit mal rémunéré »

Interne n°9 : « Ah ben, c'est sûr que tu gagnes moins d'argent à faire une visite à domicile que de faire plusieurs consultations »

Interne n°10 : « Autre inconvénient : l'inconvénient financier qui est pas du tout rentable »

#### **1.1.4.5.9 Fatigant**

Interne n°15 : « c'est quelque chose qui est assez fatigant je trouve. »

Interne n°16 : « Euh, ça demande pas mal d'énergie aussi je trouve, c'est assez fatigant que d'être au cabinet en consultation. »

#### **1.1.4.5.10 Manque de repère**

Interne n°2 : « Nous non plus, on n'est pas dans notre élément puisqu'on doit se déplacer, on a l'impression aussi que les gens, on ne peut pas trop les brusquer, alors que dans le cabinet on se sent plus à l'aise puisque c'est chez nous. [...] On n'a pas les repères. On n'a pas nos repères qu'on a au cabinet, on n'a pas toujours les mêmes instruments, il y a aussi le contexte du patient, enfin le cadre de vie»

Interne n°7 : « Euh, je ne saurais pas te dire, rien de particulier, je me suis senti un petit peu moins à l'aise qu'au cabinet parce qu'en fait, on est dans l'environnement des gens, on est un petit peu moins à l'aise pour les premières visites, on a pas l'ordinateur en face de nous, pas nécessairement le dossier du patient voilà. »

Interne n°12 : « On n'a pas les repères. On n'a pas nos repères qu'on a au cabinet, on n'a pas toujours les mêmes instruments, il y a aussi le contexte du patient, enfin le cadre de vie. »

#### **1.1.4.5.11 Danger de la route**

Interne n°11 : « Principal : c'est la route et le temps que tu perds, ouais, les dangers de la route. [...] les premières fois vraiment c'est la route, la route en hiver dans les petites campagnes, bah voilà si c'est gelé, si c'est ceci ou cela, pour en avoir fait en fin fond de l'Aisne en hiver c'est pas évident. »

Interne n°16 : « Les inconvénients en temps que femme, je pense aussi, si les routes sont en mauvais état ou si c'est gelé, c'est des risques d'accident, donc c'est accidentogène. »

### **1.1.5 L'évolution des VAD**

#### **1.1.5.1 Comparaison aux anciens**

Interne n°4 : « Oui, il y a quand même une évolution, c'est-à-dire que il y a plus de visite à domicile quand nous on était petits, alors que maintenant ça se limite aux urgences. »

Interne n°14 : « Je crois qu'avant les médecins en faisaient plus, mais je ne sais pas si ça va continuer comme ça »

Interne n°15 : « les médecins âgés ils faisaient beaucoup de visites à domicile, ils aimaient bien ça. »

#### **1.1.5.2 Les médecins se déplaçaient facilement**

Interne n°4 : « Pour moi, c'était plutôt rendre visite aux gens qui ne peuvent pas se déplacer, et c'est plus des consultations d'urgence, bien que par rapport il y a peut-être 15 ans, quand nous on était petits, enfin, j'ai le sentiment que mon médecin traitant venait souvent à la maison, alors que ce n'était pas forcément des urgences. »

#### **1.1.5.3 Diminution des visites actuellement**

Interne n°3 : « Moi je pense que c'est indispensable la visite à domicile même si ça diminue un peu, pour tous les critères qu'on a évoqué et pour l'accès aux soins, je pense qu'on doit la maintenir et les mobilités de certains patients font qu'on est obligés d'aller vers eux pour assurer la continuité des soins. »

Interne n°4 : « Oui, il y a quand même une évolution, c'est-à-dire que il y a plus de visite à domicile quand nous on était petits, alors que maintenant ça se limite aux urgences. »

Interne n°12 : « Là je pense que ça a déjà beaucoup évolué depuis ces dernières années. Il y en a de moins en moins, c'est l'impression que j'ai en passant chez les prat., je pense que ça va se stabiliser, parce qu'on ne peut pas supprimer complètement la visite à domicile, une à deux visites à domicile par jour, c'est ce que j'ai vu chez mes prat. Ça me paraît raisonnable et je pense que c'est le minimum nécessaire, on va dire. »

Interne n°13 : « D'après ce que j'entends, j'ai un peu peur du devenir parce que dans la ville où je vais exercer à priori, il y a de moins en moins de visites à domicile qui sont réalisées. »

Interne n°14 : « Je me trompe peut-être, mais déjà j'ai cru comprendre que peut-être qu'il y en a moins qu'avant. [...] je pense qu'il y a des choses qu'on faisait avant et qu'on ne fait plus, maintenant, tout ce qui est acte, moi, je vois que chez les praticiens à qui shui passé, ils ne prennent plus trop de temps à réaliser des petits actes au cabinet. Ils envoient très vite aux urgences à l'hôpital. Avant, il y avait des soins infirmiers qu'on faisait au cabinet et qu'on ne fait plus trop donc, forcément, on ne peut plus trop déléguer. »

Interne n°16 : « Mes ressentis, euh, voilà. Après j'ai eu qu'un seul prat. qui faisait beaucoup de visites à domicile, les autres n'en avaient pas trop, donc voilà, c'est tout. »

## **1.2 Délégation**

### **1.2.1 Avis positif sur les délégations des visites par les IDE cliniciennes**

#### **1.2.1.1 Travail en collaboration**

Interne n°2 : « Oui pourquoi pas, mais il faut qu'on soit en étroite relation avec eux, ils iraient en visite à domicile, ils relèvent les problématiques, et ils jugeraient s'il y a des choses, urgences, à envoyer à l'hôpital ou envoyer un taxi pour que le médecin le voit, oui ça serait en quelque sorte une "hospitalisation à domicile". »

Interne n°3 : « Oui, je pense que, notamment par exemple, les soins de pansements avec les infirmières, je pense que ça peut être une bonne solution, comme ça on voit l'évolution à deux, les types de pansements à choisir et on fait le point à distance par exemple dans 2 semaines,



ou par exemple, passer quand le kiné est en train de faire certaines manipulations par rapport à telle ou telle pathologie, euh, je pense qu'on a un échange direct. [...] Déléguer oui mais avec un suivi quand même. »

Interne n°5 : « Si c'est pour du renouvellement, l'infirmière peut passer, peut prendre une tension, peut poser des questions, oui d'accord, elle peut passer de temps en temps, faut pas que ça soit pendant un an tous ces renouvellements. [...] Ça soit l'infirmière qui l'a fait, faut qu'il soit quand même quelque chose de ponctuel, faut quelque chose de planifié, voilà. [...] Bah comme je te disais sur le système, le patient tient chez lui, un petit livret, qui consigne tout, antécédents, traitements, chaque fois chaque intervenant il note, il y a la partie médicale et la partie paramédicale, le médecin il est passé il note, l'infirmière elle est passée elle note, là, je pourrais déléguer en toute confiance, et moi quand j'arrive, je sais que l'infirmière elle est venue elle a fait ça, je sais que mon collègue est passé et a fait ça, et je sais où j'en suis dans ma prise en charge. »

Interne n°6 : « Je pense qu'il faut que ça soit un médecin quand même qui évalue au bout d'un certain temps les choses, notamment sur les renouvellements d'ordonnance etc. »

Interne n°7 : « Déléguer, euh, moi je sais pas trop à qui, je pense qu'il faut une coordination, de toute façon des personnes qui sont dépendantes, elles ont besoin des soins infirmiers, soins de kinés, faut que tout ça soit coordonné, je pense que le médecin généraliste, il a une place importante pour coordonner les soins d'une personne qui a besoin à domicile. »

Interne n°8 : « Pourquoi pas, il y a certaines visites qui pourraient peut-être être faites par d'autres paramédicaux, mais pas toutes en tout cas à mon avis. »

Interne n°9 : « Plutôt que d'y aller tous les mois ou des fois tous les 2 à 3 mois on espacera un peu plus peut-être avec un suivi avec un paramédical à côté, je pense que ça devrait se faire. [...] Après, quand t'as une pathologie aiguë, ben forcément tu retournes, mais ça serait plutôt ça, une personne que tu vois tous les mois à l'origine, tu vas peut-être tous les 3 mois mais du coup t'as l'infirmière qui passe une fois par mois le jour où t'y vas pas qui passe pour prendre sa tension, pour voir comment ça va, pour voir s'il y va pas... une infirmière je vois que ça. »

Interne n°11 : « C'est sûr, ça nous ferait gagner du temps, après ça peut être une fois sur trois.[...] On peut se dire de temps en temps, eux ils y vont et puis que nous on rattrape une fois, par exemple si c'est une ordonnance pour 3 mois, ils y vont tous les mois pour vérifier si tout va bien, et puis nous on passe tous les 3 mois ou tous les 6 mois pour voir si tout va bien. Et nous, tous les 6 mois on fait le point sur les traitements, ça peut être quelque chose. [...] Il faut absolument qu'on ait une vision, avec un échange avec, si on ne prévoit pas de temps pour l'échange, si on ne prévoit pas de temps pour la supervision des patients à domicile, on risque de passer à côté de plein de choses.»

Interne n°12 : « Oui, c'est une bonne idée, parce que l'infirmière elle connaît aussi bien le patient que nous, elle a des compétences. L'infirmière clinicienne c'est qu'elle est formée aussi à ça, elle a des compétences pour faire tout ça, nous on peut voir le patient après une fois tous les 6 mois, une fois par an pour faire un petit peu le point sur tout le reste sur la prévention. Effectivement, il y a les renouvellements d'ordonnance, elle est capable de faire et puis de dire s'il y a quelque chose en plus qui ne va pas, de dire ben là il faut aller voir votre médecin, ça allégerait les visites et puis pas mal de consultations aussi au cabinet. [...] Éventuellement des consultations intercurrentes par l'infirmière, mais je pense que faut quand même que le médecin voit son patient, même si c'est une fois par an, au moins pour faire le point un peu sur tout le reste. Après oui, peut-être 3,6,9 mois ça peut être fait par l'infirmière, je pense qu'il faut quand même voir son patient, le connaître un peu.»

Interne n°15 : « C'est vrai qu'il y a certaines personnes âgées où on revient tous les mois et finalement tous les mois on fait toujours la même chose. Alors on s'attarde peut-être même plus sur la personne, on renouvelle l'ordonnance et puis c'est tout. Donc, est-ce que l'avoir tous les trimestres ne serait peut-être pas plus... On prendrait en tout cas plus de temps, ça nous permettrait de faire plus le point, plutôt que de renouveler son ordonnance bêtement tous les mois. Après faut toujours avoir un oeil dessus, ça ne me choquerait pas. [...] Alors après pourquoi pas, oui, par exemple, nous de faire des visites trimestrielles, et avoir un suivi mensuel par d'autres professionnels de santé. [...] »

### **1.2.1.2 Relation de confiance médecin IDE**

Interne n°13 : « Tout dépend de l'infirmière, comme tout dépend du médecin, je dirais, mais ça dépend des infirmières. [...] Il y a des infirmières qui ont un niveau de compétence qui font qu'elles gèrent les glycémies au quotidien et l'adaptation des doses d'insuline par rapport au protocole qu'on a établi à la base, et que tout est bien géré pour le patient, et auquel cas j'aurais confiance en sa pratique. »

### **1.2.1.3 Supervision par le médecin**

Interne n°1 : « Faut voir comment elles sont formées, faudrait avoir un droit de regard sur les visites, comment elles font les visites au départ pour établir un lien de confiance avec elles, voir l'équipe avec laquelle on travaille. »

Interne n°3 : « Après si c'est pour des soins, les pansements oui, je laisserais les infirmières prescrire, après il faut quand même qu'on ait un œil sur les prescriptions pour dire qu'on arrête ou pas tel ou tel admettons tel pansement ou médicament pour réévaluer quand même, pour qu'on puisse bon ben voilà si c'est cicatriser ou pas, et donc on arrête ou on continue le traitement. »

Interne n°11 : « Il faut absolument qu'on ait une vision, avec un échange avec, si on ne prévoit pas de temps pour l'échange, si on ne prévoit pas de temps pour la supervision des patients à domicile, on risque de passer à côté de plein de choses. »

### **1.2.1.4 Formation spéciale**

Interne n°11 : « Pourquoi pas, après oui voilà, mais faut qu'elles soient formées, faut qu'on ait un retour avec elles, faut que ça soit toujours au moins, en départ, le temps que ça se met en place. »

Interne n°13 : « Donc sur le fond, je ne pense pas que ce soit une mauvaise idée, mais en même temps, je pense qu'il faut être très stricte dans les règles qui vont être rédigées pour créer ce poste et de créer une formation pour ce poste. »

### **1.2.1.5 Leurs rôles possibles**

Interne n°4 : « Quelque part, je pense qu'on le fait déjà, ça veut dire que souvent les infirmières, elles vont faire les soins elles-mêmes, elles vont alerter, en gros, l'état de santé du

patient, typiquement, on va donner un exemple. Je pense que c'est déjà en place, peut-être pas officiellement, mais il y a déjà ce système qui se fait naturellement, sans pour autant qu'il y ait un cadre, non je pense que c'est soit il y a besoin d'un avis médical soit il y a pas besoin d'avis médical, je ne délèguerai pas en tout cas les infirmières ou une aide soignante, en tout cas je pense que dans leurs connaissances, dans leurs exercices à elles, elles doivent alerter quand elles considèrent que ça dépasse leurs compétences. »

Interne n°7 : « L'infirmier clinicien, je pense qu'il sera apte à dire le degré d'urgence »

Interne n°10 : « Oui je pense, il y a des choses qui peuvent être déléguées, sous couvert que ça a été vérifié. Par exemple, la vaccination, les pansements, les pansements de soins, les soins d'escarre, ça peut-être, mais sous couvert qu'il y a au moins une consultation avec un certain temps à définir pour qu'on puisse vraiment voir nous aussi de notre côté d'un point de vue médical, mais que les soins soient fait effectivement par les prescriptions par les infirmières, ça peut être délégué. »

Interne n°12 : « je pense que ça peut être suivi par des infirmières par exemple pour les glycémies, si on doit voir le patient tous les mois, éventuellement on peut voir le patient seulement tous les 3 mois, ou pour la tension, que l'infirmière voit à 3 mois, et nous on voit tous les 6 mois ou par an, oui pourquoi pas. »

Interne n°15 : « La vaccination, c'est un grand débat, je ne suis pas contre, les suivis de tension... »

Interne n°16 : « Alors, le rôle des infirmières cliniciennes, je pense que ça pourrait être pas mal pour un tri aux urgences ou quelque chose comme ça mais nous, on a quand même fait dix ans d'études pour acquérir certaines connaissances qui nous permettent de poser des diagnostics, des pronostics. [...] Le rôle peut-être si, sur l'éducation du patient, je sais pas si ça peut être de leur ressort. C'est un peu le ressort des infirmières actuellement donc... [...] Je dirais l'éducation du patient, améliorer le quotidien des patients sur l'alimentation, sur la façon de vivre, la façon de se surveiller, avec régulièrement des piqûres de rappel, l'éducation thérapeutique essentiellement. Pourquoi pas les vaccinations, la vaccination des enfants tout ça. Le suivi peut-être des enfants, le suivi de la croissance des enfants, du développement voilà.»

### **1.2.1.6 Système qui pourrait se mettre en place**

Interne n°11 : « Je pense que de toute façon ça va finir par arriver tôt ou tard, parce qu'on n'a pas assez de médecins pour l'instant et la demande de soin explose. »

Interne n°14 : « Si elles sont formées, euh, que vraiment...Je pense que c'est pas une mauvaise idée. »

## **1.2.2 Avis négatif sur les délégations des visites par les IDE cliniciennes**

### **1.2.2.1 Les limites**

#### **1.2.1.1.1 Contre les délégations**

Interne n°10 : « Donc voilà, je trouve que ça peut pas se déléguer pour moi.[...] Moi je serais contre de déléguer, car je pense que ça c'est inestimable par un autre professionnel de santé, je pense que c'est un mauvais système. »

Interne n°11 : « Après on traite un dossier quoi, on voit pas son évolution sur le terrain à moins que ce soit bien fait, et que la clinicienne soit très bien, elle te dit les dégradations tout le temps... »

Interne n°12 : « Ben ça me paraît compliqué de déléguer, parce qu'en visite, j'ai l'impression qu'on fait déjà le minimum : voir le patient, l'examiner, éventuellement, oui, faire le tri dans les médicaments par l'infirmière mais je pense qu'elles le font déjà quand il y a une infirmière, sinon non, ça me paraît difficile de faire plus court. »

Interne n°13 : « L'infirmière avait beau me décrire certaines choses, qui me permettaient d'avoir une idée, c'est vrai que peut-être que j'aurais eu d'autres propositions pour améliorer son quotidien si j'avais pu voir son milieu de vie. Donc, j'étais un peu frustrée, parce que je n'y étais jamais allée, après quand c'est à distance, euh, et qu'on a l'habitude d'y aller, qu'on connaît la patiente, qu'on connaît l'entourage familial, les moyens qu'elle a à son domicile, c'est peut-être plus facile pour travailler ensemble. Pouvoir ponctuellement répondre aux besoins des professionnels de santé qui vont à domicile, et on le fait déjà pour beaucoup, mais j'arriverais pas à déléguer entièrement cette tâche. »

### **1.2.1.1.2 La formation des IDE**

Interne n°2 : « Euh, c'est un peu difficile, globalement les infirmières, je ne pense pas qu'elle peuvent le faire, même les bonnes infirmières. [...] Elles n'ont pas fait assez d'études pour décider d'un renouvellement d'ordonnance, je pense s'il faut un avis médical, elles peuvent alerter sur des signes mais je pense, s'il faut signature du médecin, mais c'est vrai je suis un peu réticent. »

Interne n°9 : « Tu peux pas demander à une infirmière de l'auscultation cardiaque et pulmonaire à moins qu'elle soit formée à ça, mais à ce moment-là, ça va être autre chose. C'est un autre débat, je pense. Je pense que c'est important pour les personnes chroniques, l'auscultation cardiaque et pulmonaire mais si toi, si tu n'y vas pas, l'infirmière à mon avis, c'est pas dans ses qualifications, une tension artérielle, elle peut la prendre. »

Interne n°11 : « S'il y a ceci il y a cela, ça ne sera jamais le même avis que le médecin, on est pas formés pareil. [...] faut qu'elles soient suffisamment formées pour nous alerter sur ce qui ne va pas quoi. »

Interne n°13 : « Ben tout dépend en fait de qu'est ce qu'on entend par infirmière clinicienne et quel niveau de formation qu'elles ont derrière. »

### **1.2.1.1.3 Peu nombreuses et beaucoup de travail**

Interne n°2 : « Elles n'ont pas fait assez d'études pour décider d'un renouvellement d'ordonnance, je pense s'il faut un avis médical, elles peuvent alerter sur des signes mais je pense, s'il faut signature du médecin, mais c'est vrai je suis un peu réticent. »

Interne n°6 : « Ils seraient en nombre important, ils se tourneraient les pouces, j'aurais aucun souci à leur dire d'y aller, quoi qu'il faut savoir que la visite à domicile, c'est quand même souvent plus complexe qu'une consultation [...] les infirmiers sont aussi en nombre insuffisant dans mon secteur, ils n'arrivent déjà pas à faire leur travail d'infirmier autant qu'ils voudraient, ils sont vite pleins, je ne vois pas pourquoi. Comment on pourrait leur rajouter du travail? »

Interne n°11 : « Mais c'est pareil, il faut qu'elles soient suffisamment nombreuses »

Interne n°13 : « Il ne faudrait pas non plus passer d'un problème à un autre, c'est-à-dire déléguer la tâche aux infirmiers cliniciens pour libérer les médecins et surcharger les infirmiers qui y sont déjà. [...] Et aussi de rappeler, que les infirmiers libéraux, en tout cas dans la région où je m'installe, sont déjà bien débordés, et du coup il ne faut pas surcharger non plus des professionnels de santé, qui eux aussi ont beaucoup de travail et beaucoup de difficultés à réaliser leur travail et des volumes horaires qui sont déjà très importants.»

#### **1.2.1.1.4 Les patients vus à domicile sont souvent compliqués et poly-pathologiques**

Interne n°6 : «, il y a beaucoup plus de choses médicales qui sont en jeu, c'est des personnes qui sont plus âgées, poly pathologiques, c'est beaucoup plus difficile intellectuellement que les consultations au cabinet, et même du point de vue compétence, je ne pense pas qu'un infirmier clinicien soit compétent pour gérer la complexité des médicaments, des pathologies, des patients en visite. [...] Tout ce qui est bronchite, tout ce qui est rhinopharyngite, voilà petits bobos, tout ça oui, mais pas pour les poly pathologique, des ordonnances qui font 30 lignes, avec des pathologies intriquées c'est pas possible. [...] Oui mais sauf que justement s'ils sont en visite et qui ont besoin d'un médecin qui passe chez eux c'est qu'ils sont compliqués, les personnes âgées qui vont très bien ils se déplacent, une personne de 90 ans qui se déplace au cabinet c'est une personne pas trop compliquée, donc c'est pas elle qui, mais malheureusement shui désolé, je ne pense pas que les infirmiers clinicien soient une solution pour la carence de médecin en visite. »

#### **1.2.2.2 Les risques d'erreurs médicales**

Interne n°1 : « Si elles ne sont pas assez bien formées, si elles découvrent tardivement une décompensation cardiaque, ou les grosses urgences, c'est leur formation. »

Interne n°4 : « Non pour moi non, c'est pas possible parce que sinon à ce moment-là on passera à côté d'une ACFA, on passera à côté des choses comme ça, qui se dépistent dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnances alors là, je pense ça peut être source d'erreur. »

Interne n°9 : « Le problème, c'est si elle voit pas certaines choses, parce que mine de rien ce n'est pas un médecin quoi, il peut avoir je pense... des gens qui auront quelque chose et qu'on verra pas. »

Interne n°15 : « Ben les limites, c'est d'oublier un peu son patient, et peut-être c'est le risque quand même malgré tout, puisque ça reste des non-médecins, de passer à côté de quelque chose. »

### **1.2.2.3 VAD = rôle de médecin**

Interne n°10 : « Shui contre, parce qu'un avis médical c'est pas simplement du point de vue d'une infirmière ou d'une aide-soignante, qui peuvent nous transcrire des éléments comme ça. »

Interne n°11 : « Moi, voilà dans un cadre où je continuerai d'y aller, ça me gêne un peu de déléguer ça. »

Interne n°15 : « Mais ça c'est toujours le risque quand on délègue, on n'est jamais mieux servi que par soi-même. C'est toujours le risque. »

### **1.2.2.4 Problèmes de responsabilité**

Interne n°10 : « Je pense qu'on a un oeil de diagnosticien avant tout, et on a une responsabilité dans les actes et conséquences que ça va avoir sur le soin. Et ça ne sera pas la personne qui aura vu la personne qui prendra cette responsabilité, c'est bien nous, donc je pense que, une consultation, c'est une consultation médicale. [...] Parce qu' on prend la responsabilité de A à Z, de diagnostic au traitement, pas simplement un traitement.»

Interne n°13 : « Il ne faudrait pas que le généraliste soit responsable, et il faut vraiment que ça soit clair, que ce soit de la responsabilité de l'infirmière clinicienne, comme elle est responsable des gestes qu'elles pratiquent au quotidien. Je ne pense pas que c'est choquant ce que je dis, je pense, mais ça fait du bien de le rappeler que c'est important, et que ce n'est pas... Il faut qu'ils aient une formation sur les thérapeutiques et ce n'est pas juste du recopiage mais il y a réellement une réflexion derrière. »



### **1.2.3 Les renouvellements d'ordonnances (RO)**

#### **1.2.3.1 Réévaluation du traitement et prévention, moment privilégiés**

Interne n°7 : « après pour la gestion de l'ordonnance tout ça je ne suis pas sûr que ça soit son travail. »

Interne n°9 : « Ca non, ça j'y crois pas trop, après renouveler une ordonnance, non moi je le ferais pas. »

Interne n°10 : « Je pense que s'il y a diagnostic, il y a renouvellement, s'il y a des actes à régler c'est à nous de les faire, on ne peut pas déléguer à un autre professionnel. »

Interne n°11 : « Moi, les renouvellements d'ordonnances c'est des consultations qui me prennent autant de temps que les autres voire peut-être un petit peu plus, parce que c'est là où je fais ma prévention. C'est là où on fait les dépistages de cancers, c'est là où je réévalue chaque traitement. Le renouvellement d'ordonnance c'est quand même un moment privilégié.»

Interne n°14 : « Ah non, non, je ne déléguerai pas , je pense qu'il n'y a rien d'anodin, ça je ne déléguerai pas, non. [...] Après je sais pas, mais il y a parfois des demandes cachées, parfois, les patients ne viennent pas que pour des renouvellements. [...]Moi, je préfère quand même connaître mes patients, tout ce qui est renouvelé, il faut garder la main.»

Interne n°16 : « Non, shui pas d'accord. Je serais contre, bon, parce que même nous après j'ai pas encore d'expérience, je sais pas. Et même toi, sur un renouvellement d'ordonnance, je trouve qu'il y en a très peu où tu changes pas quelque chose, faut que tu réfléchisses un peu etc. Si tout va bien, même si tout va bien, je ne serais pas pour qu'elles renouvellent les ordonnances.»

#### **1.2.3.2 Pas le droit de prescription**

Interne n°7 : « Moi je pense que ça doit toujours être le médecin généraliste, parce que c'est un peu compliqué, l'infirmier clinicien je ne pense pas qu'il pourrait pas prescrire, renouveler... »

Interne n°8 : « Après ça va être vite compliqué, parce que tout ce qui est de lumbago, ça sera pas possible, il n'y a que nous qui pourront prescrire, tout ce qui est du renouvellement

d'ordonnance il n'y a que nous qui pourront prescrire, à la limite des fois certaines visites à la maison de retraite, il pourrait y avoir certaines infirmières qui pourraient aider pour qu'on vienne moins souvent, mais c'est pareil, après elles vont être limitées par le fait de ne pas pouvoir prescrire, et puis... »

Interne n°11 : « surtout que les infirmières cliniciennes, je ne sais pas ce qui est prévu dans la loi, mais je ne pense pas qu'elles aient le droit de prescrire en plus. »

#### **1.2.4 Difficile de prononcer**

Interne n°1 : « C'est pas facile de répondre, car on n'y est pas encore. »

Interne n°5 : « À voir je pense, je ne sais pas encore quelle est leur place, quel est leur rôle, quelles seront leurs limites, à voir, tant que c'est pas encore bien cadré, non. »

Interne n°8 : « Après tout ce qui est de fièvre et tout ça, elles nous appellent pour fièvre, il faut également un médecin à mon avis, ça va être compliqué de déléguer, je ne vois pas, je ne suis pas contre l'idée de déléguer, mais je ne vois pas trop de visites qu'on peut déléguer. »

Interne n°12 : « Ce serait compliqué, éventuellement par l'infirmière à domicile, mais après ça revient au même que la consultation à distance, c'est n'est pas évident de poser un diagnostic de faire un suivi, un renouvellement d'ordonnance, sans avoir vu le patient soi-même. Je ne sais pas si c'est possible de déléguer. »

Interne n°14 : « Et puis parfois, même si c'est des renouvellements, c'est à nous de poser les questions, d'acquiescer son état de santé, je ne sais pas trop ce que peut faire une infirmière clinicienne. [...] A voir, moi, ça m'enchant pas. Pourquoi pas, peut-être que je trouverai ça super plus tard, mais dans l'immédiat je le sens pas trop. »

#### **1.2.5 Place SOS médecin concernant les visites**

Interne n°7 : « C'est dans le cadre de l'urgence, mais c'est quand même pas eux qui connaissent le mieux les patients mais après, il n'y a plus que eux qui les font, mais, comme c'est un système de garde, les médecins tournent, ça ne sera pas toujours le même médecin qui verra le patient. L'idéal pour le patient, c'est que ça soit un médecin qui le connaisse le plus possible et qui vient le voir régulièrement. »

Interne n°8 : « Dans les villes oui, après SOS médecin malheureusement, c'est pas du tout dans les zones rurales donc oui pourquoi pas, c'est une solution pour les médecins qui ne veulent pas se déplacer, mais je suis pas sûr que ce soit la panacée. Pour moi, c'est plutôt quelque chose en secours, pour tout ce qui est de la visite pour cause fièvre depuis temps de temps pour une personne pas bien. Après, c'est le rôle du SOS médecins, tout à fait autant que le médecin traitant. Le renouvellement d'ordonnance, je ne pense pas que trop que ce soit leur place, ils ont plus une place plus dans l'urgence, et puis tout ce qui est fièvre tout ça, ou ce qui pose un souci, ce qui est lumbago mais tout ce qui est chronique un petit peu. C'est difficile pour eux de trouver leur place. »

Interne n°10 : « Je pense que c'est très bien, c'est un très bon système pour la gestion de l'urgence, mais c'est un système qui est très inadapté à des patients poly-pathologiques et notamment pour le suivi de ces patients-là. Je pense que c'est vraiment pour un acte ponctuel qui soit dans un délai dans un contexte d'urgence, mais c'est inadapté pour le suivi du malade et tout le rôle de prévention. »

Interne n°11 : « Ben moi je suis pas contre, il y a des patients qui ne trouvent pas de médecins, il y a des médecins qui aiment bien travailler comme ça avec des patients qu'ils ne connaissent pas, pourquoi pas, c'est complémentaire. Ce qui me gêne, c'est les patients qui font qu'appeler SOS médecins, parce qu'ils ne trouvent pas de médecin traitant, parce que ça les arrange d'aller chez SOS médecins, de ne pas avoir un suivi très coordonné, mais chez les gens jeunes ça peut se comprendre, moi ça ne me dérange pas. »

Interne n°13 : « Le problème, c'est que pour l'instant, à ma connaissance, les SOS médecins n'ont pas l'autorisation pour avoir un suivi de patient en tant que médecin traitant, et donc il répond tout à fait à un besoin de population qui est dans des situations aiguës pour désengorger les urgences par exemple. Ils ont un travail qui est aussi différent du notre du fait qu'ils n'aient pas ce suivi-là. »

Interne n°16 : « Pour moi les SOS médecins, ça doit être utile aux gens pour des urgences semi relatives, pour lesquelles le patient ne peuvent pas avoir un rendez-vous avec leur médecin traitant ou le week-end. Ça permet de désencombrer les urgences, mais je ne pense pas que c'est une bonne idée pour le suivi des patients. Souvent, c'est des équipes assez complètes et ça veut pas dire que ça sera pas toujours le même médecin qui ira chez la même

personne, voilà. Il y a un panel de médecins qui vont voir différentes personnes. Donc, il ne peut pas avoir de suivis de patients. Et ça, je pense que c'est pas bien. Les patients attendent quand même d'avoir un interlocuteur et d'ailleurs c'est dans ça que ça se développe une relation de confiance avec leur médecin traitant, ils aiment aller voir leur médecin traitant.»

### **1.3 Concernant l'avenir des VAD**

#### **1.3.1 Vision globales des VAD**

##### **1.3.1.1 Diminution sans disparition**

Interne n°1 : « Je pense que ça va diminuer, ça tend à se diminuer dans les années à venir. [...] mais je ne pense pas que ça va disparaître dans le sens où les gens ils ont quand même besoin de se faire soigner, même s'ils ne peuvent pas se déplacer.[...] Il y en aura toujours, puisque la population vieillit »

Interne n°4 : « Et la visite à domicile, je pense qu'elle se limitera clairement aux personnes âgées qui ne peuvent peut-être pas se déplacer, après pour des motifs de consultations fréquentes ça sera exclus, c'est certain. [...] mais je ne pense pas que ça disparaîtra complètement. »

Interne n°7 : « Je pense que déjà par rapport à nos aînés, on en fait de moins en moins, ça sera de plus en plus le cas, il y en aura de moins en moins, se limiter le plus possible aux personnes qui n'ont pas le choix. »

Interne n°8 : « Elle va être limitée à mon avis, ça va devenir de plus en plus en rare, rien que l'aspect de la rentabilité, c'est pas le cas du tout par rapport aux visites et puis pour moi ça va devenir de plus en plus rare. »

Interne n°10 : « Donc à mon avis, de moins en moins de visites possibles, parce que perte de temps, parce qu'aucun intérêt...oui perte de temps, c'est triste, dommage pour les patients, c'est un service qu'ils vont perdre. »

Interne n°12 : « je pense que ça va se stabiliser, parce qu'on ne peut pas supprimer complètement la visite à domicile, une à deux visites à domicile par jour, c'est ce que j'ai vu

chez mes prat. Ca me paraît raisonnable et je pense que c'est le minimum nécessaire, on va dire. »

Interne n°14 : « Je pense qu'il ne va plus y avoir énormément, ben je pense, de toute façon, à moins qu'on aurait un nombre de médecin très important et qu'on soit débordés de médecins, ça ne sera pas possible qu'on ne fasse pas de visite. »

Interne n°16 : « Alors [silence], je pense que les visites à domicile resteront toujours d'actualité de toute façon. [...] Ça m'étonnerait que ça pourrait être supprimé, je ne vois pas comment on pourrait relayer ça en dehors du médecin généraliste. »

### **1.3.1.2 Voire disparition des VAD**

Interne n°5 : « Je pense que ça va vouer à disparaître »

Interne n°10 : « Je pense que c'est un avenir très incertain, vu la désertification, ça veut dire des zones d'intervention pour les visites seraient de plus en plus loin, plus en plus éloignées...[...] Après le problème, c'est les zones de désertification, c'est pas simplement pour les médecins, il y a des zones où il y a personne, les patients ne peuvent pas se déplacer ils n'ont pas de moyen de locomotion, en même temps, c'est pas au médecin de palier à ce problème-là. »

Interne n°11 : « Apparemment, ça va disparaître, et puis voilà, la question c'est : qu'est ce qu'on va faire des gens qu'on ne va plus voir à domicile quoi ? »

### **1.3.1.3 Caractère essentiel des VAD**

Interne n°2 : « Ceux qui relèvent un caractère d'urgence, forcément on est obligés de se déplacer, urgence à la fois absolue et chez les personnes qui ne peuvent pas du tout se déplacer et qui n'ont pas de moyen de transport »

Interne n°3 : « C'est aussi obligatoire, on a un service de garde, le service de garde est obligatoire donc je pense que la visite devrait être obligatoire, pas qu'il doive y avoir un quota mais que le médecin propose des visites à domicile. »

Interne n°11 : « Et à coté de ça, de toute façon il y a quand même des gens qui ne peuvent pas se déplacer, ben voilà. Il faut aller chez eux quoi, on ne peut pas les laisser tout seuls à la campagne ou même en pleine ville s'ils n'arrivent pas à se déplacer.»

Interne n°12 : « Faut bien que ces patients continuent d'être suivis par un médecin. »

### **1.3.2 Les problématiques**

#### **1.3.2.1 Démographie médicale**

Interne n°6 : « Quand je fais des visites en stage, on me demandait souvent est-ce que vous ferez remplacer le docteur après, qu'est ce qu'on va devenir, ils ont vraiment peur de perdre leurs médecins. Les patients qui ont des visites à domicile, le médecin part à la retraite, ils ont plus personne après, s'il n'y a pas le successeur qui fait des visites, ils vont pas voir ailleurs. Ils galèrent, ce sont vraiment des personnes qui sont abandonnées et c'est le 15 et le SOS médecin qui s'en occupe, après c'est un peu catastrophique d'un point de vue médical. [...] Déjà il va y avoir de moins en moins de médecins généralistes en général, du coup consécutivement, il y a des patients ambulatoires qui n'auront pas de médecins traitant, mais il y en aura aussi qui n'auront pas de médecin traitant en visite, donc il va y avoir de plus en plus de difficultés de médecin traitant. [...] Et j'ai pas de solutions, il y a comme pas de solutions pour les patients qui perdent leurs médecins traitants, et n'ont pas de nouveaux car plus personne ne veut prendre de nouveaux patients, c'est le problème de démographie médicale actuelle, qui va se résorber dans 10 ans quand toute la cohorte sera sortie des études, mais pendant 10 ans ça va être difficile.[...] Et faudrait aussi plus de médecins tout simplement clairement de manière générale, pas que pour les patients en visite, c'est qu'une partie du problème»

Interne n°11 : « Je pense que de toute façon ça va finir par arriver tôt ou tard, parce qu'on n'a pas assez de médecins pour l'instant et la demande de soin explose. »

Interne n°14 : « Et il y a quand même beaucoup de monde qui veut voir des médecins, mais il n'y a pas beaucoup de médecins. »

### **1.3.2.2 Désintérêt pour les VAD**

Interne n°4 : « C'est difficile de dire, je pense qu'on est dans une population de médecins généraliste émergente, très exigeants par rapport à leurs conditions de vie, parce que clairement, elles sont pas toujours faciles. »

Interne n°5 : « Honnêtement, moi je vois de moins en moins de jeunes médecins qui veulent en faire, c'est plus le même exercice de la médecine. »

Interne n°6 : « Je pense qu'il y en aura de moins en moins, les jeunes veulent de moins en moins en faire en général, malheureusement, on va de plus en plus accélérer le système. [...] Le manque de médecins en visite qui est accentué parce que les médecins de base sont assez réticents à la visite et il y en a de moins en moins et du coup donc voilà c'est ça le problème. »

Interne n°15 : « Et c'est vrai que là, je vois que l'évolution fait que, les médecins ne veulent plus trop faire les visites à domicile. En tout cas c'est ce que je vois. »

### **1.3.2.3 Le risque pour les patients en l'absence de VAD**

Interne n°13 : « j'ai déjà constaté du coup des difficultés de ces patients-là, à avoir accès aux soins, tout simplement, alors qu'ils en ont réellement besoin, et donc du coup c'est des patients qui finissent fréquemment à l'hôpital par manque de moyen alors qu'il y a certaines prises en charge qui auraient pu être prises et faites par le médecin généraliste en amont. »

### **1.3.2.4 Critère d'admission en hospitalisation à domicile (HAD) trop sélectifs**

Interne n°13 : « Et en même temps il y a le développement de l'HAD qui permet d'aider ces personnes-là, mais qui pour l'instant, il y a des critères d'inclusion très sélectifs qui font que tous les patients ne peuvent pas encore avoir accès. »

## **1.3.3 Leurs souhaits à propos des VAD**

### **1.3.3.1 La poursuite des VAD**

Interne n°1 : « Je poursuivrai les visites, si je reprends une patientèle d'un ancien médecin généraliste, je conserverai les visites à domicile chez les personnes âgées, chez les personnes handicapées, heu, je pense que j'arriverai à faire le tri.»

Interne n°6 : « c'est une nécessité morale que le médecin doit continuer les visites à domicile. »

Interne n°7 : « Ceux qui ont des difficultés pour se déplacer, il y a pas de raisons de ne plus les voir chez eux. »

Interne n°8 : « Moi j'aurais tendance à les laisser, s'il y a un souci pour les personnes très âgées ou à mobilité réduite, il faut être compréhensif. Ils ont besoin des soins médicaux. »

Interne n°10 : « Les raisons pour lesquelles je garderais : le suivi de nos patients qui vieillissent, et donc des patients qu'on a toujours suivis et qui continuent vraiment à être très handicapés, je pense que c'est important de continuer à les suivre même si on doit aller chez eux. »

Interne n°13 : « Je les maintiendrai pour toutes les personnes qui de toute manière ne peuvent pas venir au cabinet, parce qu'ils sont à mobilité réduite, ou des personnes âgées qui ont des difficultés de locomotion, ce qui peut se comprendre pour favoriser l'accès aux soins : c'est important. »

Interne n°14 : « Mais c'est quand même nécessaire, il faut trouver le temps de le faire, ça prend beaucoup de temps.[...] Les raisons pour lesquelles je les garderai, c'est parce qu'on n'a pas le choix. »

### **1.3.3.2 Limiter les visites voire les éviter**

#### **1.3.3.2.1 Maintenir à l'état actuel**

Interne n°9 : « Non, je ne vois pas comment ça peut être autrement, je ne trouve pas ça déplaisant donc, ça ne me dérange pas comme c'est maintenant. »

#### **1.3.3.2.2 Garder pour la patientèle actuelle**

Interne n°1 : « Je garderais les visites à domicile pour les gens, par exemple, comme nous on est jeune, on n'a pas une patientèle, mais les gens qui exercent depuis 30 ans, ils ont une patientèle. Les personnes âgées qu'ils vont voir depuis 30 ans chez eux, qu'ils connaissent bien, qui ne peuvent pas se déplacer, qui n'ont pas de voiture pour se déplacer, qui n'ont pas les moyens, ça oui je garderais pour ce genre de personne. »



Interne n°2 : « Et forcément, pour les patients qui demandent un suivi régulier dans notre patientèle, ceux déjà connus, qui n'ont pas de moyen de transport, disons que je ferai en sorte que ça soit quand même le dernier recours la visite à domicile. »

Interne n°10 : « Oui, je limiterai je pense, déjà à des patients qu'on suit. [...] Pas vraiment pour des nouveaux patients, mais vraiment pour des patients qui nécessitent de mettre les choses au clair quoi. »

### **1.3.3.2.3 Evitement des visites**

Interne n°15 : «J'aimerais les éviter dans ma pratique future »

### **1.3.3.2.4 Limiter aux visites justifiées et par ordre de priorité**

Interne n°1 : « Les personnes âgées qu'ils vont voir depuis 30 ans chez eux, qu'ils connaissent bien, qui ne peuvent pas se déplacer, qui n'ont pas de voiture pour se déplacer, qui n'ont pas les moyens, ça oui je garderais pour ce genre de personne. [...] Comme les urgences de consultation mais à domicile, comme les dyspnées, les gens que je vois à domicile, mais qui ont des pathologies d'urgence qui nécessitent d'y aller. »

Interne n°2 : «L'urgence, et s'ils ne peuvent pas se déplacer du tout, ni par leurs propres moyens, ni par les transports en commun, ni par la famille. [...] en "limiter" c'est un bon mot, je pense que je vais limiter au maximum, et je vais essayer de faire en sorte que les visites qui soient vraiment justifiées seront celles pour lesquelles je me déplace.»

Interne n°5 : « Déjà, moi j'envisage pas d'en faire beaucoup, et si vraiment il y a des visites, ça ne sera pas pour des renouvellements, je pars du principe que les renouvellements c'est pour 3 mois, donc faut se débrouiller pour trouver en avance quelqu'un pour te déposer, c'est quand même des choses qui sont prévues en avance [...] Un renouvellement je ne pense pas que je le ferais, sauf si chez quelqu'un qui d'habitude se déplace, vient faire son renouvellement, mais il a eu un problème, là exceptionnellement j'irais, voilà. [...] les visites je les ferais par exemple, pour des choses motivées, voilà il s'est cassé la jambe, il ne peut pas venir, il est en retour d'hospitalisation, il ne peut pas se déplacer. »

Interne n°6 : « Y'a des moments où on dit qu'il y a pas forcément besoin que le SAMU se déplace mais il faut quand même aller chez eux et là j'y vais, pour les autres raisons j'y vais

pas.[...] Pour tout ce qui est de l'ordre des urgences où les gens sont incapables de se mobiliser, je peux y aller, souvent j'y suis allé pour des lumbagos. »

Interne n°10 : « Déjà pour l'urgence, vraiment les gens disent que c'est urgent. Et deuxièmement, peut-être les patients les plus âgés : les plus fragiles en premier et après les gens qui n'ont pas de moyen de locomotion. »

Interne n°11 : « Oui je les poursuivrai, et oui limiter à ceux qui ont plus besoin, après ça dépend, plus la patientèle sera importante, plus t'as besoin de limiter. [...] Personne âgée dépendante, ou alors la famille tu sais très bien que de toute façon ils n'ont pas le permis, ou que la mère elle est toute seule chez elle, elle n'a pas le permis avec un gosse à 40°C de fièvre. »

Interne n°12 : « En premier, les personnes qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons médicales pas parce qu'ils ont plus d'essence dans la voiture, mais pour des vraies raisons médicales, pour les personnes qui sont vraiment affaiblies pour une maladie transitoire, comme la fièvre à 40°C qui ne sont vraiment pas bien, qui ont des vertiges ou qui ont des choses comme ça et je pense que les autres ils peuvent éventuellement se déplacer. »

Interne n°13 : « Si le patient a les moyens de conduite et en état de conduire et en état de marcher, et que la seule excuse pour que j'aie le voir à domicile qu'il soit âgé mais en étant tout en bonne santé, en faisant ses courses en étant autonome, etc. Je refuserai, sauf si situation aiguë qui l'empêche de venir me consulter »

Interne n°14 : « Oui, je les poursuivrai et je les limiterai.[...] Donc je n'accorderai pas forcément une place énormément dans mon activité plus tard, voilà. [...] Après, je pense qu'il faut qu'il y ait des visites, c'est pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer. Faut vraiment les limiter à certains patients qui sont nécessaires, qui sont loin, qui ont des problèmes de mobilité, enfin voilà. »

Interne n°16 : « Si je pouvais limiter les visites à domicile, je le ferais.[...] Après voilà, faut sélectionner les gens, je ferais pour les gens qui en ont vraiment besoin, je ne veux pas faire de visites abusives, parce que pour un enfant qui est malade, voilà. [...] Les demandes pour lesquelles je répondrais, c'est les personnes en difficulté soit les personnes âgées, les

personnes handicapées qui ont des difficultés pour se déplacer au cabinet, ça je me déplacerais. Pour les urgences, après discussion au téléphone, voilà c'est tout, je hiérarchise comme ça. »

#### **1.3.3.2.5 Limiter par secteur géographique**

Interne n°1 : « Genre le lundi, à 10 kilomètres j'organiserais les visites, après mardi, ça sera une maison de retraite plus quelques visites près de la maison de retraite. »

Interne n°9 : « Je vais les poursuivre, après je vais les limiter pour la distance. Peut-être 15 kilomètres de rayon autour du cabinet, et puis je pense qu'il y a des gens qui en abusent. »

Interne n°10 : « Je pense, ce qui est important, c'est vraiment de rassembler par zone géographique, et ça c'est essentiel. »

Interne n°13 : « C'est si ça me prend trop de temps en terme de distance, ça ne sera pas arrêté entièrement mais en tout cas malheureusement sélectionner des personnes, éviter ... ou mieux s'organiser pour des personnes qui sont de très longue distance du cabinet, c'est un frein, pour moi c'est un frein. Je ne peux pas prendre une heure pour aller voir un seul patient, c'est un frein. »

Interne n°15 : « Enfin, je pense que le kilomètre, on va le mettre à 15 kilomètres aux alentours du cabinet, ce qui est déjà pas mal en soi. »

#### **1.3.3.2.6 Faire en sorte que les VAD servent de dernier recours**

Interne n°2 : « Et forcément, pour les patients qui demandent un suivi régulier dans notre patientèle, ceux déjà connus, qui n'ont pas de moyen de transport, disons que je ferai en sorte que ça soit quand même le dernier recours la visite à domicile. »

Interne n°8 : « Euh, après j'aurais tendance par contre quand je serais installé à supprimer des visites abusives les premières fois puis après je dirais non, faut vraiment que les visites ça doit rester exceptionnel et c'est vraiment quand on a pas la possibilité. »

### **1.3.3.2.7 Limiter au téléphone**

Interne n°4 : « Faut que le médecin ait eu la personne au téléphone, pour dire oui ou non je viens à domicile, d'une part pour exclure l'urgence absolue, ou alors il faudrait orienter aux urgences ou avec le 15 pour pas non plus passer à côté, si on se dit visite à domicile dans le cadre de l'urgence, faut quand même qu'il y ait une régulation sur la décision de ce qui est urgent ou pas, et auquel cas, je pense que la secrétaire c'est un peu limite, donc, oui je pense que la seule restriction, la décision de la visite à domicile doit être prise par le médecin et non par la secrétaire. [...] ce qui serait bien c'est que les visites à domicile soient décidées par le médecin, et non la secrétaire, puisqu'à ce moment-là , oui, peut-être juste limiter les visites à domicile à l'appel téléphonique. »

### **1.3.3.3 Favoriser les consultations au cabinet au maximum**

Interne n°5 : « je pars du principe que les renouvellements c'est pour 3 mois, donc faut se débrouiller pour trouver en avance quelqu'un pour te déposer, c'est quand même des choses qui sont prévues en avance [...] »

Interne n°16 : « Alors, très sincèrement, j'apprécie beaucoup d'être au cabinet en consultation. Si on peut se déplacer au cabinet, je préfère être au cabinet, t'as plus de matériel et je peux voir plus de monde. »

### **1.3.3.4 Créneaux dédiés**

Interne n°2 : « pour le coup oui, je pense qu'il faudra que je fasse ça, je ferais un créneau dédié, car on ne peut pas faire ça à l'improviste, entre 2 consultations c'est impossible. »

Interne n°3 : « Je pense que je ferais une plage horaire pour mes visites à domicile, en matinée certes, début ou en fin de matinée, mais j'aurai un créneau horaire pour ces visites. Dans la semaine, il faut au moins avoir un créneau pour la visite.»

Interne n°5 : « Une petite place, ça sera un après-midi, pas un après midi mais une plage horaire par semaine voire deux pas plus. »

Interne n°9 : « Alors moi, je vais exercer en campagne, dans tous les cas je pense que tous les jours que j'exercerais il y aurait un temps pour les visites, et je pense que ça sera tous les jours en début d'après midi, un temps pour les visites. »

Interne n°10 : « Plutôt je dirais 3 à 4 visites par jour maximum, rassemblées tôt le matin de bonne heure, et chaque jour par zone géographique. »

Interne n°11 : « je pense que je ferais des plages de consultations dédiées aux visites.[...] Après s'il y a un nombre restreint qui te permet de mettre un peu tous les jours, le mieux c'est de garder un peu de temps pour les urgences. [...] ça dépend après forcément, si c'est une patientèle avec beaucoup de personnes âgées, tu prévois dès le départ d'avoir beaucoup de visites à domicile et dans ce cas-là libérer carrément une demi-journée. »

Interne n°12 : « Je ne sais pas encore, euh, je pense que ce serait une à deux visites par jour le midi, mais au maximum des consultations au cabinet. Et après, si vraiment la personne ne peut pas se déplacer, j'irai en visite, les visites regroupées entre midi et deux, tous les jours, une à deux visites le midi. »

### **1.3.4 Les solutions proposées**

#### **1.3.4.1 SOS médecins**

Interne n°6 : « Et c'est un vrai problème, à Creil, ça va encore, parce que je pense que SOS médecins va pouvoir palier un peu de plus en plus, jusqu'à quelques points je ne sais pas [...] Les SOS médecins sont en train de demander l'assurance maladie d'avoir le statut de médecin traitant pour les vieux qu'ils voient de manière chronique parce que plus personne veut les prendre. »

#### **1.3.4.2 Partage de dossier médical**

Interne n°5 : « Bah comme je te disais sur le système, le patient tient chez lui, un petit livret, qui consigne tout, antécédents, traitements, chaque fois chaque intervenant il note, il y a la partie médicale et la partie paramédicale, le médecin il est passé il note, l'infirmière elle est passée elle note, là, je pourrais déléguer en toute confiance, et moi quand j'arrive, je sais que l'infirmière elle est venue elle a fait ça, je sais que mon collègue est passé et a fait ça, et je sais où j'en suis dans ma prise en charge. »

Interne n°8 : « Des idées pour améliorer, il y a certains cabinets que j'ai été, qui ont un classeur en fait pour chaque patient qui a des visites à domicile donc c'est plus informatisé mais en fait à chaque fois qu'un médecin ou un personnel paramédical va voir cette personne, il y a un classeur où il y a les antécédents, les observations tout ça, donc chaque soignant met

son petit mot pour expliquer un petit peu ben, ce qu'il a fait et puis ce qu'il a retrouvé et ce qui serait bien de faire éventuellement pour le prochain qui passe. »

#### **1.3.4.3 Création de profession intermédiaire**

Interne n°2 : « peut-être qu'il faudrait des médecins je sais pas, c'est difficile à dire, des médecins spécialisés dans les visites à domicile, ça serait pas mal. [...]Oui, ça, ça serait pas mal, puisqu'il faudrait s'organiser pour ça, après c'est vrai que ça permet à des médecins de se déplacer, de faire autre chose, de se déplacer, je suis partagé. [...]Ca serait pas mal, moi je pense que ça serait toujours des médecins, ça serait difficile de déléguer à des infirmiers, des pharmaciens, des kinés le dossier, heu mais oui, il y aurait euh, il y a certains médecins qui font aussi des tâches dans les maisons de retraite donc pourquoi pas des médecins qui ont des tâches pour les visites à domicile. [...]Bah disons, quand on pouvait communiquer avec ces médecins-là pour leur proposer éventuellement de visiter ces patients qui ne peuvent plus se déplacer donc ces médecins-là qui garderaient une plus grande partie de leur travail pour les visites à domicile ça serait pas mal, on leur transmettrait les dossiers, ou partagerait le dossier. »

Interne n°11 : « L'infirmière à domicile, c'est pour l'instant la plus apte, elles ont plus d'expérience, à moins qu'on crée une profession intermédiaire qui aille chez les gens. Il y a des médecins qui sont spécialisés pour aller chez les gens, pour se débrouiller avec eux, pourquoi pas, ça peut être que des médecins libéraux qui font que ça, comme les infirmières libérales aujourd'hui. [...]Avec la centralisation des autres médecins dans les cabinets »

#### **1.3.4.4 Dissuader les patients en majorant les VAD non justifiées**

Interne n°4 : « Oui, je les maintiendrai, après je pense qu'il faut savoir, oui il faut réguler l'affaire, à la fois où il y a quelqu'un, pour une visite qui n'est pas forcément indiquée, par exemple, typiquement, dans les cotations, on peut majorer la cotation. [...] En disant que non ce n'est pas justifié, shui pas certaine que beaucoup de médecins le fassent, mais en fait on devrait le faire, ça éduquerait le patient, mais c'est sûr que de toute façon, on ne trouvera plus de médecins de nos jours qui seraient prêts à faire ce que les médecins faisaient il y a 20 ans, alors qu'il y a longtemps, la visite à domicile n'était pas dans le même cadre. [...] Je pense que tout passe par l'éducation de la patientèle de son médecin, chacun définit en gros de ce qu'il est capable, il y a des médecins qui clairement, ça ne leur posera pas de problèmes de faire les

visites et ils seront aussi contents de ça, donc je pense que c'est chaque médecin définit en gros ce qu'il peut faire ou non. »

Interne n°6 : « Ou alors je facture facilement les dépassements pour des visites où il y a des motifs non justifiés. [...] J'étais appelé pour une bronchite à domicile, une femme de 40 ans, je lui ai fait un dépassement, elle était en catastrophe, j'ai dit bon ok je viens, j'étais pas content, elle avait quasiment rien. Donc là, j'ai pris 50. »

#### **1.3.4.5 Education du patient**

Interne n°1 : « Le renouvellement, je pense que les gens, j'essayerais de les éduquer dans le sens où il faut, je leur dirais : c'est le lundi, mardi par exemple c'est le renouvellement d'ordonnance et ils seront "obligés "d'appeler. »

Interne n°4 : « Je pense que tout passe par l'éducation de la patientèle de son médecin »

Interne n°15 : « Il y a certains patients c'est une question de la facilité, chez qui faut savoir aussi mettre les holà, et expliquer au patient qu'il peut se déplacer, qui se déplace. »

#### **1.3.4.6 Limiter les abus**

Interne n°1 : « Au départ, les gens qui demandent de faire les visites à domicile, j'irai la première fois, si je juge nécessaire qu'ils sont autonomes, je limiterai. Après pour les gens qui ont de la famille, des aidants, des gens qui peuvent leur amener, là non. »

Interne n°7 : « Ben les supprimer pour ceux qui en demandent alors que c'est pas justifié, c'est juste pour le confort pour eux alors qu'ils pourraient se déplacer. »

Interne n°13 : « Mais j'irai à domicile, et je refuserai des patients qui selon moi, ont tout à fait les moyens de venir en consultation. »

Interne n°15 : « de toute façon toujours faire le tri et voir réellement les gens qui en ont la nécessité. [...] Voilà, les supprimer pour les personnes qui finalement n'en n'ont pas la nécessité, et où c'est devenu plus une question de facilité pour eux, de fainéantise un peu, d'avoir tout à disposition. »

#### **1.3.4.7 Revaloriser les visites**

Interne n°1 : « Après je pense qu'améliorer les visites c'est revaloriser les visites, »

Interne n°2 : « Je pense qu'il faudrait peut-être revaloriser la cotation de la visite à domicile, sans quoi les médecins sont peu motivés à les faire »

Interne n°6 : « Le problème des visites, c'est que c'est chiant et que c'est mal rémunéré, et c'est un défaut que ce soit mal rémunéré mais je pense que la cotation à l'acte ça ne va pas, il faudra faire un forfait pour les personnes à domicile. »



## 2 Patients

**Echantillon** : Au total, 23 entretiens individuels ont été réalisés.

**Tableau 5 : Caractéristiques des patients**

patient	sexe	âge	profession	situation familiale	lieu d'habitation	moyen locomotion	recours au visite à domicile	entretien réalisé au cabinet	entretien réalisé à domicile du patient
patient n°1	M	61	artisan-plombier	marié	mouy (60)	oui	oui	•	
patient n°2	M	67	artisan	veuf	angy (60)	oui	oui	•	
patient n°3	F	38	coordinatrice jeunesse	mariée, 1 enfant	mouy (60)	oui	non	•	
patient n°4	F	80	retraîtée	célibataire	mouy (60)	non	oui	•	
patient n°5	F	44	professeur des écoles	mariée, 1 enfant	angy (60)	oui	oui	•	
patient n°6	M	82	technicien	marié, 2 enfants	mouy (60)	oui	oui	•	
patient n°7	M	62	chef d'entreprise	marié, 2 enfants	Cires-Les-Melos (60)	oui	oui	•	
patient n°8	F	78	retraîtée	marié	mouy (60)	non	non	•	
patient n°9	F	67	retraîtée	marié	mouy (60)	oui	oui	•	
patient n°10	M	56	retraîté	divorcé	mouy (60)	oui	oui	•	
patient n°11	M	70	retraîté	marié	mouy (60)	oui	non	•	
patient n°12	F	47	chauffeur-livreur	divorcée	bury (60)	oui	oui	•	
patient n°13	M	28	ouvrier	couple	amiens (80)	oui	non	•	
patient n°14	F	61	femme de ménage	en couple	amiens (80)	non	oui	•	
patient n°15	F	49	directrice banque	mariée, 2 enfants	amiens (80)	oui	oui	•	
patient n°16	F	34	professeur des écoles	en couple, 2 enfants	amiens (80)	oui	non	•	
patient n°17	M	56	enseignant	marié, 3 enfants	amiens (80)	oui	oui	•	
patient n°18	F	81	retraîtée	veuve, 8 enfants	mouy (60)	non	oui		•
patient n°19	F	84	retraîtée	veuve, 8 enfants	bury (60)	non	oui		•
patient n°20	F	81	retraîtée	veuve, 7 enfants	bury (60)	oui	oui		•
patient n°21	F	86	retraîtée	veuve, 6 enfants	mouy (60)	non	non		•
patient n°22	F	50	assistante sociale	en couple, 1 enfant	airaines (80)	oui	non		•
patient n°23	F	30	assistante d'éducation	en couple, 1 enfant	doullens (80)	oui	oui		•

**Tableau 6 : Caractéristiques des patients (suite)**

<b>Variables</b>	<b>Nombres</b>
Femmes	15
Hommes	8
Age moyen (ans)	60,5
Lieu d'habitation	
Urbain	5
Semi-rural	18
Patients ayant un moyen de locomotion	17
Patients n'ayant pas de moyen de locomotion	6
Patients ayant eu recours aux visites	16

## **2.1 Perception des visites par les patients**

### **2.1.1 Les avis positifs**

#### **2.1.1.1 L'intérêt pratique des VAD**

##### **2.1.1.1.1 Favorise l'accès aux soins pour les personnes âgées dépendantes ou isolées sans moyen de locomotion**

Patient n°1 : « je vois des médecins qui se déplacent pour des personnes âgées toutes seules »

Patient n°2 : « par exemple, pour les gens qui ont un cancer, qui ont des soins prolongés et tout, qui ne peuvent pas toujours se déplacer. »

Patient n°18 : « Ben écoutez, moi je trouve que c'est bien, c'est très bien pour les personnes âgées surtout, qui ne peuvent pas bouger, moi j'estime que c'est bien ce qu'ils font, ah oui, ça aide quand même [...] C'est pour ça, je peux pas y aller chez le médecin, avant j'aimais bien, tout le temps j'y allais à pied, ça me plaisait, mais maintenant je ne peux plus, c'est pas possible. »

Patient n°20 : « Moi je trouve que les visites à domicile, ça correspond, admettons aux personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer et puis qu'ils ont personne pour les amener, mais faire les visites à domicile chez des jeunes qui peuvent se déplacer, là shui pas d'accord. »

#### **2.1.1.1.2 Facilitation pour les familles nombreuses**

Patient n°3 : « c'est pratique, [...] quand on a un enfant qui a de la fièvre, vous savez que c'est pas évident de l'habiller, de le sortir »

Patient n°10 : « En fait, ça peut être utile par exemple pour les femmes qui chez elles, qui ont plusieurs enfants, un enfant qui tombe malade. »

Patient n°17 : « Peut-être qu'on a eu du mal à garder aussi, ils étaient plusieurs, oui c'est difficile d'emmener un alors qu'il y a les autres, c'est plus facile de faire déplacer le médecin. »

#### **2.1.1.1.3 Confort pour le malade**

Les VAD sont un confort pour les patients. Elles permettent aux patients d'être prise en charge à domicile sans avoir à se soucier du problème de locomotion.

Patient n°2 : « Moi, j'ai vécu avec mon épouse aussi qui a un cancer, j'étais bien content que le médecin passe à la maison. »

Patient n°5 : « je dirais plutôt un confort du malade. »

Patient n°18 : « Mon médecin il vient, mais comme mes enfants travaillent tous, il vaut mieux que tu le fasses venir, bon pour le reste, les visites tout ça, je prends un VSL, shui pris en charge alors bon ça va. »

#### **2.1.1.1.4 Gain de temps pour le malade**

Patient n°17 : « A domicile, on attend pas, alors que ici on attend des fois un petit peu. On peut faire autre chose, il y a un intérêt pratique par rapport à notre emploi du temps. »

#### **2.1.1.1.5 Réassurance**

Les patients se sentent rassurer après le passage du médecin. Le fait que le médecin prenne plus du temps à domicile rassure également le patient. Les patients sont plus à l'aise aussi.

Patient n°2 : « déjà ça rassure le malade, ça rassure les gens qui sont à côté »

Patient n°12 : « les médecins prennent plus le temps à domicile, que quand on vient au cabinet »

Patient n°15 : « Je pense qu'il y a quand même une dimension psychologique derrière ça, qui est pas négligeable, le fait d'avoir quelqu'un en face et de pouvoir expliquer et puis on sent qu'on est plus tout seul à porter le truc, voilà quand on est en situation d'urgence. »

Patient n°16 : « Puisque si on vient ou si on appelle c'est qu'on a un doute c'est qu'il y a quelque chose, donc finalement on ressort rassuré même s'il y a rien et que c'était pas grand-chose. »

Patient n°20 : « Disons, moi je trouve que c'est bien, on peut parler plus librement, on se sent moins stressé chez soi qu'au cabinet »

Patient n°23 : « quelque part c'est plus pour se rassurer de ce que t'as, si c'est grave ou pas. »

### **2.1.1.2 Relation médecin malade**

Patient n°12 : « c'est vrai qu'ils ont un temps à respecter, je conçois, mais c'est vrai que à domicile, il y a un contact qui lie beaucoup plus que dans un cabinet par rapport à la relation de patient et médecin. »

### **2.1.1.3 Appréciation**

Les visites à domicile sont appréciés par les patients. Ils qualifient cet acte d'un « service » rendu au malade qui est bon, sympa et essentiel. Les patients sont satisfaits des VAD.

Patient n°1 : « Je suis satisfait »

Patient n°5 : « si j'ai des enfants de bas âge, oui même mes parents qui vieillissent, oui, je pense que c'est une bonne chose quand le médecin peut se déplacer. »

Patient n°6 : « C'était assez sympa »

Patient n°12 : « Très agréable »

Patient n°19 : « Jusqu'à présent, j'ai pas à me plaindre, ça a toujours été bien. »

Patient n°21 : « Ben c'est bien, c'est utile, on est tranquille, en plus il m'emmène mon ordonnance et ma carte qu'il va déposer chez le pharmacien, alors vraiment serviable»

#### **2.1.1.4 Indispensable**

Patient n°2 : « Alors, moi je ne sais pas vous les médecins, ce que vous voulez faire, si ça vous plaît de faire les visites à domicile ou pas, mais je trouve que c'est indispensable, moi je trouve! »

Patient n°6 : « Tandis que s'il faut se faire transporter, s'il faut demander, à condition que son épouse soit encore autonome, soit elle vient vous conduire, je crois que ça reste intéressant la visite à domicile pour des personnes qui commencent à prendre de l'âge, maintenant, et c'est là qu'on a plus besoin du docteur, voilà. »

Patient n°16 : « Moi je pense que c'est utile justement pour les personnes qui n'ont aucun moyen de locomotion quoi, je trouve que c'est indispensable dans ce cas-là. »

Patient n°22 : « Il faut en garder des visites à domicile parce que quand tu peux pas te déplacer euh, quand t'es cloué au lit, t'as 40 de fièvre, faut que le médecin il vienne. »

#### **2.1.1.5 Nécessité**

Patient n°1 : « c'est obligatoire »

Patient n°4 : « parce que si on ne peut pas se déranger, ben faut bien qu'on vienne soigner à domicile »

Patient n°5 : « Elles sont nécessaires, moi je pense, pour les enfants de bas âge et puis les personnes du 3ème âge, c'est important qu'il y ait des maintiens à domicile. »

Patient n°6 : « Oui, à mon avis elle est nécessaire, quand on a des problèmes pour se déplacer, de se transporter, de rendre visite. »

Patient n°8 : « Un dépannage tant qu'on y est. On peut bouger, ça serait un dépannage. Elle est nécessaire. »

Patient n°22 : « C'est nécessaire, ben je pense qu'à un moment donné, il y a eu peut-être trop de visites à domicile, il y a eu peut-être un abus, mais là il faut les maintenir quoi. [...] Parce que quand on ne peut pas aller, faut bien qu'on voit le médecin puis on peut pas forcément aller à l'hôpital non plus. »

## **2.1.2 Les avis négatifs**

### **2.1.2.1 Certains patients n'aiment pas les VAD**

Patient n°7 : « Non, pas satisfait, [...] quand vous appelez une personne, ben ils vont arriver 2 ou 3 heures après ou le lendemain »

Patient n°9 : « Moi je n'aime pas à domicile. »

### **2.1.2.2 Limite des VAD**

Patient n°23 : « Après c'est une première approche, il ne peut pas non plus déceler tout de suite ce que t'as en fait. [...] Ils viennent juste diagnostiquer, ils ne peuvent rien faire, tandis qu'au cabinet, il y a plus de matériels, si pour avoir un premier avis et orienter. »

## **2.1.3 Les VAD dans le passé**

### **2.1.3.1 Les VAD remontent souvent dans l'enfance ou au plus jeune âge**

Patient n°1 : « Oui, il y a longtemps, longtemps, quand j'étais jeune »

Patient n°10 : « Le peu que j'ai fait il y a 25 ans, ça s'est toujours bien passé »

Patient n°17 : « surtout pour les enfants aussi, j'ai déjà eu recours pour mes enfants, c'était il y a une dizaine d'années »

### **2.1.3.2 Les médecins généralistes se déplacent facilement pour tout type de motifs notamment pour les enfants**

Patient n°6 : « Des rhumes, des douleurs ou des accidents, on s'est esquiné, en faisant du bricolage à la maison, à la campagne on fait beaucoup de bricolage et du jardin. »

Patient n°10 : « il y a très longtemps. C'était les enfants quand ils étaient en bas âge, ça doit faire 20 à 25 ans. »

Patient n°22 : « c'est vrai que les médecins se déplaçaient plus facilement à domicile »

### **2.1.3.3 Les patients hésitaient moins à faire appel au médecin généraliste**

Patient n°3 : « Eh bien, quand j'étais plus jeune, euh, justement c'était mon médecin traitant actuel qui faisait des visites à domicile quand on avait angine, fièvre, etc. Euh, je sais que ma mère appelait le médecin, et il venait à domicile. »

Patient n°17 : « Moi, je pense que c'est bien, et surtout pour les enfants aussi, j'ai déjà eu recours pour mes enfants, c'était il y a une dizaine d'années, ils étaient malades et puis c'est vrai qu'avant on hésitait moins à appeler le médecin pour qu'il se déplace. »

### **2.1.3.4 Les médecins généralistes faisaient leurs tournées**

Patient n°1 : « Non, dans le temps quand j'étais jeune, les médecins, ils se déplaçaient. [...]les médecins, ils faisaient leur tournée »

Patient n°22 : « Il venait à la maison, parce que j'étais petite, mes parents n'avaient pas de voiture et puis comme j'étais petite, le médecin se déplaçait, on n'allait pas au cabinet. »

### **2.1.3.5 Les médecins généralistes étaient dévoués à leur métier en travaillant de jour et nuit et également le week-end**

Patient n°2 : « ils étaient dérangés la nuit [...] vous n'avez pas une vie de famille en fait »

Patient n°4 : « avant dans la nuit, les médecins avant ils se déplaçaient, à présent ils ne se déplacent plus, mais il y avait déjà des médicaments qu'on savait qu'on pouvait donner, nous on faisait ça, en attendant que ça soit 7h du matin pour pas le réveiller trop tôt, et puis là on lui téléphone pour qu'il vienne, en lui expliquant ce qu'il s'est passé. [...] Vous savez ils ont fait ça

comme ça, avant les médecins ils travaillaient aussi bien le week-end mais après ça peut pas se faire, il faut du repos. »

Patient n°6 : « dans tout au tout début avec mes parents, le docteur il se déplaçait même la nuit. »

Patient n°9 : « c'est vrai que, avant, les médecins ils se déplaçaient, ils se dérangeaient à n'importe quelle heure. »

### **2.1.3.6 Les médecins généralistes faisaient partie de la famille**

Patient n°6 : « il faisait partie pratiquement de la famille à ce moment-là, heu, j'en ai connu un qui, arrivait chez ma mère, enfin là j'étais très jeune, qui arrivait chez ma mère, et qui avait le faitout sur la poêle pour regarder ce qu'on faisait à manger, il donnait son appréciation, [rire], "ça sent bon" »

## **2.1.4 Les VAD actuels**

### **2.1.4.1 Evolution par rapport à avant**

Patient n°1 : « je considère qu'il n'en existe plus »

Patient n°4 : « Mais quand même dans les jeunes, qui à présent je trouve qu'ils ont la belle vie, ils ne veulent pas venir au cabinet, ils aiment mieux l'hôpital, sûrement qu'ils seront mieux au cabinet, on dirait qu'un cabinet ça coûte cher, mais enfin ils sont tout de même mieux au cabinet, ils peuvent commencer puisque ils travaillent que de journée, ils peuvent commencer le matin à 8h voire 8h30 s'ils veulent, puis le soir c'est sur rendez-vous, ils peuvent aller jusqu'à 7h du soir puis ils ont fini la journée, alors qu'est qu'ils ont à se plaindre? C'est ça que je ne comprends pas, ils veulent pas aller à la campagne, on va pas me faire croire que c'est comme avant, les médecins avant ils allaient jusqu'à 10 h du soir, moi j'ai eu mon beau-père, il a eu un cancer, il venait faire ses visites jusqu'à 10h du soir, et ben non, à présent c'est pas ça.»

Patient n°20 : « Disons que oui, avant les docteurs ils se déplaçaient. Moi, j'ai vu mon docteur chez moi pour voir mes enfants jusqu'à 11h du soir et que maintenant ça se fait plus tout ça. [...] Je ne comprends pas, parce que si on appelle le docteur tard c'est que il y a urgence,



autrement on n'appellerait pas ,chais bien que pour les docteurs c'est pas marrant, mais dans le temps, les médecins se déplaçaient alors que maintenant après telle heure il y a plus de docteur.»

Patient n°22 : « Il y a beaucoup de monde au cabinet, après ils réservent les visites à domicile pour les personnes qui ne peuvent vraiment pas venir. »

#### **2.1.4.2 Limitation des VAD**

Patient n°13 : « Moi je pense que les visites à domicile, ça devrait être plus pour les personnes qui ne peuvent vraiment pas se déplacer, il y en a qui en abuse aussi donc dès qu'ils ne sont pas bien ils appellent le médecin pour qu'il se déplace. »

Patient n°15 : « aujourd'hui je pense que les médecins ont mis un euh... de holà par rapport à ça. [...] Je pense qu'il faut vraiment que ce soit réservé au cas d'urgence alors soit des urgences médicales, soit des urgences qui tiennent à la situation personnelle des gens, »

Patient n°21 : « je trouve que c'est normal. Ils font déjà des bonnes journées »

Patient n°22 : « C'est pour ça aussi qu'ils ne peuvent plus trop se déplacer, ils ont une telle patientèle en fait, ils reçoivent qu'au cabinet quoi, ils n'ont pas de temps d'aller faire les visites à domicile. »

#### **2.1.4.3 Les demandes de visites restent accessibles**

Patient n°6 : « Les docteurs passaient nous voir quand on en avait besoin. »

Patient n°10 : « Oui, ça se faisait assez rapidement, dans les 24h il passait. »

Patient n°19 : « quand je pouvais me déplacer j'allais chez lui, tant que j'ai conduit j'y allais, puis après c'est ma fille qui a pris le relais qui m'emmenait, et puis bon, ma fille ne pouvait plus venir son mari était malade. J'ai fait appel au docteur, et il vient régulièrement à la maison. »

Patient n°21 : « il suffit que je prévienne quand même la veille ou quelque chose, pas dire le matin à 7h du matin qu'il vienne à 8h et demie, faut pas exagérer. Non mais je demande, ça

dépend si c'est pas trop pressé, je dis bon ben demain ou après-demain, selon comment ça arrange le médecin aussi. »

#### **2.1.4.4 Les demandes sont justifiées par une urgence ou pour une personne qui ne peut pas se déplacer au cabinet**

Patient n°8 : « On vient toujours au cabinet tant que ça nous est possible, on approuve à partir de maintenant les visites à domicile quand ça nous sera impossible de nous déplacer, mais on n'en abuserait pas. »

Patient n°12 : « j'étais opérée d'une hernie discale, je ne pouvais pas me déplacer, donc mon médecin traitant venait à mon domicile me faire des soins, des piqûres. [...] Je fais appel vraiment où je ne peux vraiment pas me déplacer sinon je me déplace. »

Patient n°18 : « c'est pour renouveler mes médicaments, [...] Pour l'instant, c'est mon docteur qui vient, parce que je ne peux pas marcher beaucoup, d'ici jusque là-bas ça me fait trop loin, [...]c'est pas comme maintenant je pouvais bouger, c'est pas facile quand on arrive à un âge on peut pas faire comme on veut, et il y a pas de facilité pour y aller c'est ça. »

#### **2.1.4.5 Compréhension vis à vis de cette diminution de VAD**

##### **2.1.4.5.1 Difficultés**

Patient n°7 : « L'exigence des gens est de plus en plus forte, la clientèle que vous aurez est de plus en plus exigeante et ce sont des gens vieux. »

Patient n°15 : « Si tout le monde demande à venir, moi je trouve ça, c'est un peu... en terme d'organisation logistique ça doit être un petit peu compliqué quoi. [...] L'ubiquité, c'est que ça va être un peu compliqué d'être partout en même temps et au même endroit avec ce niveau d'exigence qui augmente, ça va être super compliqué. [...] C'est compliqué, vous faites plusieurs métiers en même temps quoi, réceptionniste [rire] aller chercher... faire votre métier de médecin, c'est déjà très compliqué, il va falloir trouver des organisations, mais c'est pas une personne toute seule qui va tout porter. [...] j'ai le sentiment, parce que aujourd'hui on est quand même dans des sociétés très exigeantes, on veut tous tout de suite maintenant.»

#### **2.1.4.5.2 Le besoin de repos et de la rentabilité**

Patient n°4 : « Oh ben non, pas comme avant, faut bien changer la vie, mais il ne faut pas qu'ils soient butés là dessus, faut qu'ils aient leur vie, on sait bien, ils ont fait sur rendez-vous, mais je trouve que c'est bien, bon ben des fois, on attendait bien toute une matinée dans le cabinet tellement qu'il y ait du monde, qu'ils ont fait comme ça, je ne trouve pas que c'est mal. »

Patient n°7 : « Ils vont peut-être exceptionnellement être sur un bobo de 2 minutes payé 10 minutes, mais s'ils ont 7,8 dans la journée qui font 30 minutes et qui sont payé pour 10 minutes, ils ne s'y retrouvent pas et s'ils sont en déplacement à domicile, et s'ils sont dans un région où il y a un habitant tous les 30 minutes et puis quand il y a de la neige l'hiver, mais vous ne vous en sortez pas, travailler pour moins que le SMIC... En ayant fait vos études, moi je ne suis pas jaloux des gens qui gagnent de l'argent quand ils le méritent, bien au contraire. C'est le seul dommage que je trouve qu'on a par rapport aux anglo-saxons. »

Patient n°18 : « Les médecins, il faut bien quand même qu'ils aient leurs repos aussi, hein? »

#### **2.1.4.5.3 Débordement des médecins**

Patient n°5 : « moi j'ai le souvenir de mon médecin traitant, toujours la course le matin entre telle heure et telle heure, plein de visites, pas forcément le temps d'écouter et de prendre en compte le patient, toujours sur la route...[...] Parce que vous avez 20 patients à faire en 2 heures, c'est impossible, après on parle d'erreur médicale et on parle de non écoute, ben oui, mais bon il faut donner les moyens, non il faut davantage d'écoute et de temps et surtout de médecins [sourire], ça se résume à ça! Ben voilà! »

Patient n°7 : « vous allez vite arriver à un *burn-out* pour moi et faudra pas 10 ans... »

Patient n°9 : « Je pense que les médecins, ils ont autre chose à faire que d'aller à domicile si la personne peut se déplacé, je pense. Il faut penser au médecin, au travail qu'il a à faire aussi, quand on peut se déplacer, autant se déplacer. »

Patient n°10 : « On peut comprendre après que ça soit restreint voir encadré et puis voilà, non ça ne me choque pas du tout au contraire, ravi d'avoir un médecin sur place ici, c'est plus son

travail d'être ici que sur la route [sourire]. [...] Donc voilà, maintenant revenir à l'ancien système, je ne pense pas que ça sera bien pour eux, pour vous médecins.»

Patient n°15 : « Il y a eu une réforme, puis si on peut se déranger c'est quand même plus facile enfin voilà, d'aller au cabinet que, je pense qu'ils ont plus de choses sous la main aussi pour traiter que de se déplacer et puis je trouve que dans l'organisation, c'est beaucoup plus perturbant sur le plan de la collectivité. »

Patient n°22 : « Il y a beaucoup de monde au cabinet, après ils réservent les visites à domicile pour les personnes qui ne peuvent vraiment pas venir. [...] On a 2 médecins ici qui sont partis à la retraite et puis aux alentours il y a encore 2 médecins qui vont partir. Et ici, à la maison pluridisciplinaire, ils sont 2 médecins, les consultations sont très rapides, il n'ont pas de temps d'aller à domicile, voilà. [...] Et il y a aussi le désert médical, comme il y a de moins en moins de médecins, les médecins partent à la retraite, et ben les médecins qui restent, ils sont... »

#### **2.1.4.5.4 Les risques pour le médecin**

Patient n°7 : « Les visites à domicile, encore que nous sommes, Cires-Les-Melos, c'est relativement rural, donc la place, peut être importante et pas dangereuse pour vous. Maintenant vous êtes en visite à certains endroits, je vous donne pas une semaine pour vous faire agresser. Je vous dis mon ressenti, j'aurais ma fille, je lui déconseillerais de faire ça. Les agressions, le risque que vous avez pour vous-même, vis à vis de certains patients, qui vont vous agresser, certains, ça va être pour voir financièrement, croyant que vous avez quelque chose sur vous [...]. »

Patient n°9 : « Bon ben maintenant, faut dire qu'avec les problèmes de sécurité ça se comprend aussi, donc, faut évoluer aussi un petit peu avec son temps. »

#### **2.1.4.5.5 Cette diminution est liée à des demandes abusives**

Patient n°7 : « Parce que dedans vous auriez des gens qui "je paye" parce que une consultation à domicile c'est certainement plus cher, parce qu'il y a le déplacement, y en a qui pour un rhume, vont vous faire venir, alors qu'ils sont à 300 mètres. »

Patient n°8 : « Nous, on a jamais demandé les visites à domicile, on travaillait juste à côté. Je pensais que c'était abusé de demander des visites à domicile si je pouvais me déplacer , faut pas en abuser! »

Patient n°10 : « C'est toujours pareil parce que des fois, des gens pour 3 fois rien, ils vont pas se déplacer, quand on voit le monde qui est dans le cabinet, on voyait la route qu'il faisait pour aller voir pour un petit bobo de rien. »

Patient n°15 : « Enfin il me semble, c'est pas parce qu'on est entourés de monde qu'on est pas isolés et je pense qu'il y a des situations particulières qui font qu'il y ait des gens qui peuvent avoir besoin de ça, maintenant euh, faudrait que chacun se discipline et qu'il n'y ait recours que dans des situations, c'est comme dans tout, il ne faut pas en abuser. »

#### **2.1.4.5.6 Cette diminution est d'ordre économique**

Patient n°11 : « Et puis ça coûte plus cher à la sécurité sociale si le docteur se déplace à domicile, et c'est pas dans mes habitudes. »

Patient n°15 : « Ben j'ai cru comprendre en plus que visite à domicile, vaut mieux éviter indépendamment que de l'aspect coût mais euh. [...] C'est pas gérable économiquement »

#### **2.1.4.5.7 Cette diminution est aussi liée au changement des habitudes des patients**

##### **- Consultation au cabinet**

Patient n°5 : « Ah ben moi je pense que c'est une bonne chose, après, nous dans la mesure où on peut se déplacer, on ne l'utilisera pas, on vient chez le médecin»

Patient n°6 : « Oh, maintenant, heu, à partir du moment, où on est très autonome, on peut se déplacer, puis qu'il y a la voiture, ça pose pas de problème de rendre visite aux docteurs, »

Patient n°9 : « Je peux me déranger, je pense que c'est la logique, parce qu'on sait qu'il y a tellement de personnes âgées qui ne peuvent pas bouger, les gens paralysés, les gens qui ne peuvent pas sortir. [...] Quand on peut bouger, et qu'on peut venir, autant venir à pied. Après, quand je serais clouée sur un lit ou un fauteuil, là oui pourquoi pas, mais là je ne vois pas l'intérêt. »

Patient n°10 : « on c'est difficile dans ces cas-là oui, et les personnes âgées qui ont du mal à se déplacer, maintenant les gens comme moi qui sont valides qui ont un moyen de transport, si c'est pour faire 3 kilomètres on peut les faire quand même. [...] Maintenant, à titre personnel moi, je pourrais me déplacer, faut vraiment que j'ai un gros truc [sourire] pour ne pas pouvoir le faire. »

Patient n°11 : « Non, ben j'ai jamais été bloqué à la maison alors bon ben je viens ici. »

Patient n°15 : « Mes parents commencent à rentrer dans le grand âge ma mère a 83 et papa a 80, j'ai jamais vu mes parents faire appel à un médecin à domicile sauf cas d'urgence, [...] même encore à 80 ans et parce qu'ils ont un véhicule et qu'ils peuvent encore se déplacer aujourd'hui effectivement, ils vont au cabinet médical. Je pense même si demain ils conduisent moins, elle prendra ses pieds tant qu'elle peut le faire, je pense qu'elle prendra le bus tant qu'elle peut le faire et elle ira au cabinet médical. [...] Donc quand on peut se déplacer, je trouve que ça a plus de sens de se déplacer. »

Patient n°16 : « c'est toujours nous qui nous sommes déplacés, voilà, on estime que c'est aussi du temps pour le médecin de perdu alors que nous on peut le faire, et c'est pour ça qu'on a jamais fait appel pour ça, bah voilà, on se dit qu'on peut le faire. [...] nous c'est vrai qu'en habitant à Amiens ayant les moyens de transport, en général on ne fait pas déplacer. »

#### - Proximité du cabinet

Patient n°14 : « je viens à pied parce que j'habite à côté. »

Patient n°17 : « Elle habite à 2 pas, tant qu'elle peut se déplacer, elle vient ici. »

#### - Avantages de consulter au cabinet

Patient n°3 : « c'est que c'est dans un centre, on a la pharmacie à côté, donc c'est vrai quand on se déplace chez le médecin, on va directement à la pharmacie. »

Patient n°9 : « Donc, nous à partir du moment on est debout, après ça devient une habitude, on a recours aux autres et on ne bouge plus. Surtout, ici il y a tout ce qu'il faut. »

#### **2.1.4.5.8 Certains patients ignorent la persistance des VAD**

Patient n°2 : « C'est comme là , mon médecin, je ne sais pas , j'ai pas posé la question, je ne sais même pas s'il fait encore à domicile »

Patient n°3 : « je ne sais même pas si les médecins, -mon médecin- font encore des visites à domicile. »

Patient n°5 : « parce que c'est vrai que heu maintenant, il n'y a plus du tout de visite à domicile. Donc c'est même plus dans mes habitudes. »

Patient n°10 : « Maintenant, c'est vrai qu'il y a des cas où on ne peut pas faire autrement, alors maintenant je ne sais pas comment ça se passe, est-ce qu'ils ont des plages horaires dans la journée ? »

## **2.2 Délégation**

### **2.2.1 Avis positif sur délégation**

#### **2.2.1.1 A propos des délégations des visites**

Patient n°6 : « A priori, je ne vois pas trop d'inconvénients, si les infirmières sont suffisamment, comment dire, habituées, pas habituées mais qui a contrôlé ce qu'on peut avoir, ils peuvent appeler , ils peuvent demander des renseignements, ils auront des tuteurs sûrement, si ça.... »

Patient n°16 : « ça me choquerait pas »

Patient n°18 : « Non ça ne me gêne pas, au contraire, moi j'estime que les infirmières c'est bien, qu'elles viennent à domicile aussi, moi là j'en ai une infirmière qui vient tous les mois pour les prises de sang, euh même là cette semaine elle m'a dit de rappeler le docteur pour voir s'il a baissé ou pas. Moi je trouve que c'est bien, surtout pour les personnes âgées , ça aide bien. »

## **2.2.1.2 A propos des infirmiers cliniciens : leurs rôles possibles**

### **2.2.1.2.1 Rôle de filtrage**

Patient n°2 : « C'est pour ça que quand vous me parlez des infirmières, je trouve ça positif, car elles peuvent déjà filtrer. [...] c'est que ça pourrait empêcher les abus peut-être. [...]Moi je trouve que ça serait une très bonne idée, justement, cette coordination, permettrait à des médecins de ne pas se déplacer, "pour rien"»

Patient n°3 : « Moi je trouve que ça serait une très bonne idée, justement, cette coordination, permettrait à des médecins de ne pas se déplacer, "pour rien" »

### **2.2.1.2.2 Prise de tension, suivi glycémie...**

Patient n°1 : « il y a des infirmières qui se déplacent pour les piqûres, elles viennent à domicile, elles font les soins »

Patient n°7 : « une infirmière pourquoi pas, si c'est pour un pansement, mais un pansement, une piqûre, ça désengorgerait le médecin, mais après une infirmière ça reste une infirmière et médecin ça reste un médecin. »

Patient n°20 : « ... parce que je sais que c'est l'infirmière qui m'avait fait baissé mon taux d'insuline pour mon diabète parce que j'étais pas bien, j'ai demandé au docteur qu'il passe. Il m'a dit qu'il faut baisser le diabète, j'ai dit oui, mais c'est pas moi qui peut le baisser toute seule, l'infirmière est venue le lendemain pour une prise de sang. Donc, elle m'a dit de baisser l'insuline et je préviens le docteur, au lieu de mettre 8 elle m'a fait mettre 6, disons c'est elle qui m'a dit de baisser l'insuline, et depuis que j'ai baissé l'insuline, il y a pas de problème »

### **2.2.1.2.3 Concernant le renouvellement d'ordonnance**

Le renouvellement d'ordonnance par une IDE clinicienne serait accepté par le patient à condition que celle-ci travail de manière coordonnée avec leur médecin traitant , avec aussi des protocoles strict et le partage du dossier médical. Les autres prescriptions dépend de la nature du médicament.

Patient n°3 : « Je ne sais pas s'ils ont le droit, mais euh, pourquoi pas. [...] tout dépend de la maladie, si c'est pour un Doliprane, ça dépend de la nature.»



Patient n°8 : « Oui les renouvellements d'ordonnance, oui ça, ça me satisferait si je peux dire ça, de pouvoir le faire sans avoir à venir au cabinet [...] Oui, si elles travaillent en étroite collaboration avec le médecin traitant, oui, bien sûr, mais pas pour retirer le travail de l'un l'autre. »

Patient n°10 : « Moi ça ne me dérangerait pas. [...] Là aujourd'hui, je suis là pour un renouvellement, si c'était fait par quelqu'un d'autre ça ne me dérangerait pas. [...] Je suis suivi aussi à côté par des cardiologues, je sais à peu près où j'en suis, donc je sais à peu près ce qu'on contrôle quand je viens renouveler mon ordonnance, donc non il n'y a pas raison de ne pas faire confiance. »

Patient n°15 : « Après c'est vraiment à bien cerner à mon sens à partir de quand je sors de mon champ de compétence et je passe la main, je pense effectivement que les protocoles là pour le coût, ça doit être très clair et avec cette intelligence de l'homme qui fait qu'à un moment même si c'est du simple renouvellement et que ça peut sembler anodin, si à un moment la personne sent pas qu'il y a quelque chose qu'elle est en capacité de s'appuyer sur la compétence d'un médecin quoi. [...] Il faut qu'ils travaillent étroitement ensemble et puis ne serait-ce que pour que le médecin continue à voir ben l'historique, voilà tout le.. , donc je pense qu'il y a des questions d'outils et aussi derrière et moyens à mettre en oeuvre en mobilité qui vont se mettre en place. »

Patient n°17 : « Tout dépend des problèmes médicaux. Oui, quand tout se passe bien, ça peut se faire par elle, ça me choque pas, je vois que ma mère, elle vient ici pour faire renouveler ses médicaments, c'est vrai que c'est... le renouvellement ça ne pose pas de problème. »

Patient n°18 : « Pour renouveler les médicaments, moi ça ne me gêne pas, pas du tout, du moment qu'il y ait un suivi et voilà c'est tout. »

Patient n°21 : « Alors là, l'infirmière connaît pas trop, le docteur il sait, il me connaît. Sur l'ordinateur, il a tout, il n'est pas dit que l'infirmière aurait tout ça. Oui, il faut qu'ils travaillent ensemble. »

Patient n°23 : « Je trouve que ça serait pas mal, parce qu'il y a des gens, c'est juste pour comment dire... Soit parce qu'ils sont isolés, soit c'est juste un renouvellement de traitement,

donc au final, ils n'ont pas forcément besoin d'un médecin qui soit là, juste besoin d'un autre professionnel de santé. [...] Ca ne me dérange pas, sachant que c'est déjà un traitement que je prendrai si c'est elle qui me renouvelle, c'est tout quoi. Si c'est juste des renouvellements non. »

## **2.2.2 Avis négatif sur délégation**

### **2.2.2.1 Les visites à domicile et les renouvellements d'ordonnances sont du domaine du médecin**

Patient n°1 : « Le médecin est quand même plus qualifié qu'une infirmière, c'est plus pour les soins à mon avis, non? Une infirmière, à mon avis, elle n'est pas là pour déceler quelque chose, elle est là bah, pour mettre en application ce que le médecin il a dit de faire »

Patient n°2 : « en y réfléchissant, les médicaments, c'est peut-être plus le rôle du médecin.[rire] Parce qu'à force d'être formé pour faire la même chose que vous, euh, ça ne sera plus des infirmières , mais des médecins [rire]. »

Patient n°5 : « Au niveau du renouvellement d'ordonnance, je ne sais pas, je pense qu'il y a quand même une analyse, ça peut évoluer, moi, je vois mon père, il a des médicaments à vie, heu, je pense qu'un examen médical est nécessaire à chaque fois! »

Patient n°11 : « Faudrait que oui, bon, les infirmières elle n'ont pas les compétences d'un médecin, moi je préférerais quand même le médecin, moi c'est cardiaque, faut pas faire n'importe quoi. »

Patient n°20 : « Ca soit elle qui fasse l'ordonnance, shui pas tellement d'accord, parce qu'elles ont le diplôme d'infirmière mais elles ont pas le diplôme de médecin, moi shui pas d'accord. [...] Faire les pansements tout ça d'accord, mais dire de rédiger une ordonnance pour une maladie, ça je ne suis pas d'accord.»

Patient n°22 : « Ben non, je pense que c'est du domaine du médecin. Voyez là, avec un traitement que j'ai eu, j'ai eu des soucis, c'est quand même le médecin qui m'a prescrit mais je vais aller le revoir. Moi je trouve que non, les traitements il faut que ça soit les médecins pas une infirmière»

### **2.2.2.2 Habitude du patient à son médecin**

Patient n°4 : « c'est un médecin de famille, on a l'habitude avec lui, euh. [...] moi j'aime mieux que ce soit le médecin. [...] j'ai tellement l'habitude à lui, que [silence] heu, ça serait lui, ça il n'y a rien à faire, bon, il pourrait pas, il enverrait, mais pour toujours, non!»

Patient n°8 : « Je ne sais pas, j'ai pas eu tellement l'occasion de le faire, on est tellement habitués à notre docteur depuis des années. »

Patient n°9 : « : Quand on a l'habitude avec son médecin, on aime bien voir son médecin, on a quand même un échange, de la confiance. »

Patient n°19 : « c'est pas tout à fait pareil, parce que avec le médecin, bon ben, ça fait depuis qu'il est là, avant c'était un médecin qui était avant lui, puis mon médecin a pris le relais il y a 40 ans, c'est le médecin de famille, il me connaît. [...] Faudra que je m'y fasse, mais au début, chais pas, c'est la confiance, qu'on a à son docteur, on fait avec. »

Patient n°22 : « Ben parce que le traitement, d'abord, le médecin il connaît bien son patient, il sait si le patient a des allergies ou pas, il sait ce qu'il peut prendre ou pas. »

### **2.2.2.3 A propos des infirmiers cliniciens**

Les infirmières n'ont pas la même formation et on déjà beaucoup de travail.

Patient n°1 : « Une infirmière c'est une infirmière, un médecin c'est un médecin, pour moi non, chacun à sa place! [...] Le médecin est quand même plus qualifié qu'une infirmière, c'est plus pour les soins à mon avis, non? »

Patient n°4 : « elle n'a pas fait les mêmes études que les médecins, c'est pas possible pour changer les médicaments »

Patient n°5 : « Ah le fait que ce soit les infirmières, le problème c'est que là on est en train de tout mettre sur le dos des infirmières, elle vont être à la place du gynécologue, elles font le boulot des obstétriciens, heu, là elles vont faire le boulot des médecins, heu, les infirmières ne sont pas des Superwomen, non je pense qu'il faut que ça soit un médecin, qui soit habilité, c'est au gouvernement de mettre davantage de moyens pour que des médecins, reconnus

médecins, aillent à domicile, parce qu'une infirmière elle est compétente pour faire des pansements, des prises de sang, mais elles n'ont pas fait des études de médecine. »

Patient n°14 : « Non, je ne veux que mon médecin traitant qui me traite, c'est pas la même formation »

### **2.2.3 Avis sur SOS médecins**

Patient n°13 : « Le généraliste, il me connaît déjà, donc si j'avais recours aux visites, si le médecin il se déplace chez moi, moi, il me connaît, il connaît mon cas, alors que SOS médecin, il arrive il sait pas qui on est. [...] Moi j'ai pas eu recours, mais je pense que si le médecin devrait venir, il me connaît donc il sait que j'ai eu ça, je préfère avoir le médecin, après je me dis, comme il doit avoir du boulot aussi, c'est vrai que souvent on appelle SOS médecin quand même en priorité.»

Patient n°19 : « c'est pas tout à fait pareil, parce que avec le médecin, bon ben, ça fait depuis qu'il est là, avant c'était un médecin qui était avant lui, puis mon médecin a pris le relais il y a 40ans, c'est le médecin de famille, il me connaît. »

Patient n°23 : « Oui, ma mère avait fait appel aux SOS médecins, mais j'ai trouvé qu'ils étaient plus réactifs, plus rapides et plus efficaces aussi. Parce qu' en fait le médecin traitant il connaît, donc il va peut-être pas chercher plus loin, mais là c'est des médecins qui ne connaissent pas le cas, ils fouillent un peu plus dans la visite, en tout cas c'est l'impression que ça m'a donné. »

## **2.3 A propos des VAD dans le futur**

### **2.3.1 Les souhaits concernant les VAD dans le futur**

Patient n°1 : « si un jour je suis obligé, s'il y a de la visite à domicile, ça serait bien qu'il en existe encore. »

Patient n°2 : « seulement à espérer que ça revient comme avant [silence]. Alors pas forcément comme les médecins le faisaient avant aussi, parce que c'est vrai que dans le temps quand ils étaient dérangés la nuit euh, on comprend qu'on ne peut pas vivre comme ça »

Patient n°5 : « J'ai de la famille qui sont en Auvergne, ils heu [silence] voilà, pour avoir un médecin il faut faire 30 minutes de route encore, l'hiver on n'en parle pas, si les personnes âgées n'ont pas accès en visite à domicile, heu, non, moi je trouve qu'il ne faut pas faire retirer, après je pense que ça doit effectivement, être fait avec davantage de critères. »

Patient n°15 : « C'est vrai qu'on est en France, je pense qu'on a une chance phénoménale, je pense qu'on en est pas conscient, je pense qu'il y a plein de choses qui ont été faites pour rendre les choses faciles et ça doit rester ça. »

Patient n°22 : « Je veux pas qu'il y ait de disparition des visites à domicile, vraiment en cas de nécessité qu'il y ait cette démarche-là quoi. »

### **2.3.2 En cas de disparition des visites :**

#### **2.3.2.1 Vivre avec son temps**

Patient n°10 : « Ca ne me dérangerait pas. [...] Après voilà, je pense qu'il y a eu beaucoup d'abus avant, non ça ne me choque pas du tout, je pense qu'ils ont assez de travail comme ça, qu'il passent la moitié de leur temps sur la route, c'est pas terrible.»

Patient n°11 : « Moi ça ne me gênerait pas, non, moi quand j'ai eu un malaise d'été la nuit, il n'y avait pas d'autres solutions que le SAMU. »

Patient n°12 : « Non ça me choque pas dans la conjoncture actuelle, s'il y a une pétition à signer je le ferais mais [sourire], je vivrais avec mon temps. »

Patient n°18 : « Maintenant, si c'est comme ça , c'est tout, je ne critique pas. [...] Faut faire avec, que voulez-vous si la sécu c'est comme ça et les médecins, on peut rien dire nous, c'est pas le client qui peut faire quelque chose hein.»

#### **2.3.2.2 Chercher des solutions**

Patient n°6 : « ben, si je suis handicapé et que j'ai des problèmes, je ne serais pas content, ben je demanderais que l'ambulance qui vienne me chercher, ça coûterait peut-être plus d'argent pour nous, mais oui, il y a une gêne, il y a un prix sûrement. »

Patient n°7 : « Moi de toute manière, je prends un téléphone, j'essaie d'avoir au plus tôt mon rendez-vous, le rendez-vous moi je sais que je vais l'avoir à telle heure, en fonction de ce que j'ai, j'attends, ou je n'attends pas, et je trouve quelqu'un d'autre. »

Patient n°8 : « Obligatoirement, les cabinets ou les urgences, il y a pas 36 solutions, proposez-moi d'autres solutions? Peut-être que ? »

Patient n°10 : « Après, si c'est vraiment quelque chose d'urgent et je peux pas avoir de rendez-vous, je me dirigerai vers les urgences [...]: Je ne sais pas, quelque chose à la place pour les choses graves, il y a toujours le SAMU, et le SAMU dirige vers le SOS médecin. Il y a toujours un moyen, il y a toujours une solution.»

Patient n°13 : « J'irais aux urgences. [...] Après, je sais qu'il y a les SOS médecins du nord qui est toujours ouvert aussi donc pareil quand les heures du cabinet sont fermées, après je ne trouve pas ça mal. »

Patient n°17 : « A Amiens, il y a 10 minutes de déplacement, c'est parfois plus rapide que de passer par le médecin traitant qui va après appeler l'ambulance ou dire d'aller aux urgences, c'est plus simple pour moi de se déplacer directement. »

Patient n°21 : « Ben à ce moment-là, il faudrait que je demande qu'on m'emmène, j'ai un fils qui m'emmène de temps en temps, mais il est pas toujours là, il est occupé et une amie aussi. Mais c'est pareil, les gens ça dépend des horaires qu'on me donne, en cas d'urgence c'est le 15. »

### **2.3.2.3 Un risque d'encombrement des urgences**

Patient n°2 : « parce que s'il faut faire à tout bout de champ le 15, euh, c'est vrai parfois on nous parle des urgences, les hôpitaux qui sont encombrés... »

Patient n°17 : « Ca va être l'encombrement des urgences, je pense que tout le monde ira aux urgences, nous on ne pourra pas se déplacer chez le médecin donc on ira aux urgences. »

### **2.3.2.4 D'autres réactions**

#### **2.3.2.4.1 Certains patients ont exprimé leur mécontentement et leur incompréhension face à une éventuelle disparition des VAD**

Patient n°2 : « c'est inadmissible [...] ça je ne comprendrais pas »

Patient n°4 : « parce que si on ne peut pas se déranger, ben faut bien qu'on vienne soigner à domicile »

Patient n°5 : « Moi je trouve ça scandaleux, parce que ça veut dire qu'il y a que les gens qui sont bien, qui ont la capacité de se déplacer, heu, qui ont au droit aux accès à la santé, parce que quelqu'un qui est tout seul au fond d'un village, sans famille, sans voisin, pouvoir l'emmener consulter le médecin, ils font comment pour se faire soigner? »

Patient n°7 : « Je ne serai pas content, parce que je ne penserai pas à moi, mais à toutes les personnes qui à un certains âge ne peuvent pas se déplacer [...] ben, si je suis handicapé et que j'ai des problèmes, je ne serais pas content, ben je demanderais que l'ambulance qui vienne me chercher, ça coûterait peut-être plus d'argent pour nous, mais oui, il y a une gêne, il y a un prix sûrement.»

#### **2.3.2.4.2 Cette éventuelle disparition de VAD serait très dommageable pour le patient**

Patient n°3 : « Pourvu qu'on y arrivera pas à ce drame. »

Patient n°16 : « Ca serait embêtant pour ceux qui en ont vraiment besoin et notamment à la campagne. En général, les médecins sont pas à côté de chez soi, du coup, oui ça serait très dommageable. »

Patient n°22 : « Oui, c'est dommageable, mais oui, parce que les médecins ils ont plus trop le temps. »

#### **2.3.2.4.3 Les patients se sentent perdus face à cette disparition**

Patient n°4 : « Je ne sais pas comment ça se passera »

Patient n°16 : « C'est vrai qu'on a toujours connu ça, chais pas comment on ferait s'il n'y en avait pas en fait, mais je pense qu'il y a des gens qui en ont réellement besoin. »

Patient n°18 : « S'il y a plus de visite à domicile? Alors là, ça va être compliqué, je serais obligé d'avoir affaire à mes enfants, mais bon, ils sont pas toujours là, et un VSL, il accepterait pas? [...] Il accepterait pas de m'emmener voir le médecin, ça m'étonnerait. »

Patient n°19 : « Ben je pense qu'on est pas encore arrivé à ce point quand même ? Puis faudrait faire avec dans ce cas-là, si on peut plus se faire soigner à la maison, il faut aller où; il faut aller dans des maisons spécialisées? »

Patient n°22 : « C'est une bonne question, ben je ne sais pas. [...] Donc si un jour, je suis clouée au lit, il faut que j'appelle le médecin, j'ai pas d'autres solutions. J'ai pas de famille à côté, mon compagnon n'est pas là, donc c'est compliqué, ou alors après faut faire le 15, et là t'as un médecin. C'est lui qui décide s'il t'envoie une ambulance ou pas. »

### **2.3.3 Pour maintenir les VAD, les patients pensent qu'il faudrait**

#### **2.3.3.1 Sélectionner les VAD**

Patient n°15 : « Mais je pense que de toute façon, il va falloir filtrer le pourquoi. Parce que à un moment en situation d'urgence dans l'absolu, c'est même le SAMU, c'est même pas son médecin »

Patient n°16 : « Est-ce que voilà, est-ce qu'il faut pas faire justement une présélection? »

#### **2.3.3.2 Limiter les abus**

Patient n°5 : « oui si on fait venir le médecin à domicile, il faut que ça soit justifié par rapport à un handicap quelconque, de la fièvre, parce que je pense qu'il y en a qui vont aussi abuser des visites à domicile. Je pense qu'il faut des critères qui correspondent aux visites à domicile. Un enfant de 10 ans qui a de la fièvre, on peut l'emmener ici. Après des personnes seules, qui sont assez loin, qui sont sans famille autour, après peut-être qu'au niveau de la sécurité sociale, il devrait avoir un listing de personne qui sont sujettes à faire des visites à domicile. »



Patient n°10 : « Eviter les abus peut-être, le fait que ça soit plus cadré les déplacements des médecins peut-être que c'est pas mal. »

Patient n°15 : « Je pense que effectivement, enfin un moment il va falloir, il y a des abus, c'est toujours le sujet des abus et va falloir lutter contre ça. [...] Si on veut que ça reste, il ne faut pas en abuser! »

Patient n°16 : « Après voilà, si je pense qu'il faut que les urgences restent urgentes, je dirais après c'est vrai que peut-être que des fois, le médecin il se déplace alors que c'est pas une urgence et que du coup il perd du temps pour une urgence qui aurait pu avoir. Dans ce cas-là, s'il y aurait eu un filtre déjà au départ, oui les infirmiers cliniciens seraient... »

### **2.3.3.3 Création de métiers intermédiaires**

#### **2.3.3.1.1 Médecins partageant les visites**

Patient n°15 : « Il va falloir qu'il y en ait qui fassent que ça un moment , il faut des associations de médecins où les rôles sont partagés, à tour de rôle, une fois en visite, une fois en consul. »

#### **2.3.3.1.2 Médecins qui s'occupent uniquement des visites**

Patient n°7 : « alors moi je pense qu'il devrait avoir un compromis, il devrait avoir une cellule, ici vous avez un cabinet médical qui ne bouge pas, une cellule de personnes qui ne font que du déplacement, qui sont attachés à ce cabinet, alors là c'est la panacée, on téléphone ici, vous avez pas de temps de perte. »

### **2.3.3.4 Facilité l'arrivée au cabinet**

Patient n°3 : « Du coup, il faudrait penser à ce que certaines ambulances, faire travailler les ambulances la prise en charge, mais cela coûterait super cher à la sécurité sociale de prendre le patient et d'emmener chez le soignant, enfin je sais mais ça coûterait trop cher, je pense, c'est pas une très bonne idée »

Patient n°6 : « faut améliorer les choses peut-être, au niveau circulation »

Patient n°22 : « On n'a pas quelqu'un sous la main qui peut nous emmener, parce que maintenant le souci c'est que les ambulances, on ne peut plus les appeler comme ça puisque

c'est pas remboursé donc euh, ben voilà... faut maintenir les visites à domicile. [...] Les sociétés de transports, pas les taxis pour pas que ça soit onéreux pour emmener les personnes âgées ou des personnes pas très bien mais qui peuvent encore marcher chez le médecin, moi je vois que ce système-là. »

#### **2.3.3.5 Modifier l'organisation**

Patient n°5 : « je pense à la limite. Peut-être davantage de médecins pour accorder davantage de temps d'écoute, et dans la consultation pour le patient. »

Patient n°20 : « C'est dans tout qu'il devrait avoir du changement, dans l'organisation. »

## **Discussion**

### **1 Discussion de la méthode**

#### **1.1 La méthode qualitative**

On a utilisé la méthode qualitative afin de comprendre la perception des visites à domicile. En effet, la recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficile à mesurer. (25)

#### **1.2 Les limites de cette étude**

##### **1.2.1 La validité interne**

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité.(25) (26)

##### **1.2.1.1 Biais liés à l'enquêtrice et à l'enquêté (27)**

Au cours de l'entretien, les questions de type ouvert permettaient de laisser les patients et les internes interrogés s'exprimer librement.

Toutefois, il peut y avoir des erreurs du répondant issues de la mauvaise compréhension des questions (biais d'interprétation) , de la gêne éprouvée (désirabilité sociale) (28) ou encore de la mémorisation. En effet, durant l'entretien, les réponses données ne sont pas exhaustives.

Par ailleurs, il peut exister un biais lié à l'enquêtrice en rapport avec l'inexpérience et également un biais d'investigation lié à la reformulation des questions.

##### **1.2.1.2 Biais d'analyse**

L'absence de triangulation des sources et des méthodes au cours de l'étude entraîne ainsi un biais d'analyse. En effet, l'analyse des résultats a été réalisée par l'enquêtrice seule pouvant ainsi engendrer une interprétation subjective.

##### **1.2.2 La validité externe**

La validité externe concerne la généralisation des résultats (Yin, 2003) (26).

##### **1.2.2.1 La saturation des données**

La saturation des données a été atteinte après le 19e patient et le 13e interne.

### **1.2.2.2 Biais de recrutement ou la représentativité de l'échantillon**

Les patients ont été recrutés sur la base du volontariat à la fin des consultations dans 2 cabinets différents, un à Bury dans l'Oise et un autre à Amiens, ce qui rend l'échantillon mal représentatif du fait de l'absence de patients issus de milieu rural. Mais, l'absence de connaissance de maître de stage dans ces zones explique ce hiatus.

De même, les internes interrogés sont issus du volontariat. Le faible taux de participation pouvant être expliqué par la période des grandes vacances ainsi qu'un manque d'intérêt vis-à-vis du sujet. Par conséquent, on pourrait supposer que les internes ayant répondu à l'entretien seraient les plus intéressés et motivés à poursuivre les visites à domicile.

La généralisation des résultats de cette étude paraît faible en raison d'un échantillonnage de volontaires plus ou moins représentatif de l'ensemble des internes et des patients.

### **1.3 Les forces de ce travail**

Nous nous intéressons aux avis des patients et des internes picards sur leurs perceptions et leurs souhaits concernant les visites à domicile ainsi que sur la délégation de tâches, or il existe peu d'étude qualitative se focalisant sur l'avis des patients et des internes sur les visites à domicile. De plus, aucune étude n'a été réalisée concernant leur avis sur la délégation de tâches ou le transfert de compétence.

## **2 Discussion sur les résultats des internes**

### **3.1 A propos de la perception des VAD**

Pour les internes interrogés dans notre étude, les visites à domicile font partie du travail du médecin généraliste.

Elles sont majoritairement réalisées chez les personnes âgées dépendantes pour le renouvellement de leurs ordonnances.

D'autre part, les visites à domicile présentent plusieurs intérêts pratiques, notamment la découverte de l'environnement du patient qui permet de mieux connaître ce dernier et permet ainsi d'anticiper les aides et de vérifier l'observance médicamenteuse.

C'est un service qui crée un lien privilégié entre le médecin et le patient.

Les visites à domicile paraissent donc nécessaires et indispensables pour le bien-être et le confort du malade.

Mais à côté de cela, elles sont aussi accompagnées de difficultés et d'inconvénients pour l'interne comme le caractère chronophage, l'absence de matériel nécessaire et un environnement non adapté à l'examen clinique.

Cette vision ambivalente entre contraintes et nécessités ressort également dans la thèse soutenue en 2016 par JENNAH David (34) sur « la VAD : quel avenir pour ce mode d'exercice en médecine générale ? Étude quantitative descriptive transversale d'un échantillon d'internes de PARIS XIII » où 54.5% des internes interrogés trouvent les VAD nécessaires avec une expérience plutôt positive sur les motifs de recours à celles-ci, tout en les trouvant « chronophages » pour 73.6% d'entre eux. Par ailleurs, les VAD sont considérées majoritairement comme instructives sur le plan médical notamment par la découverte de l'environnement du patient.

Dans la thèse de VIGNEUX Fanie (31), on retrouve également cette ambivalence dans les réponses médecins généralistes interrogés. Ces derniers ont déclaré une refonte de leur exercice professionnel au cabinet médical expliquant la réorganisation de leurs visites à domicile avec une tendance nette à la diminution de celles-ci. En effet, les conditions d'exercice de la médecine générale ont largement influé sur l'organisation des visites à domicile (l'exercice en groupe, consultation sur rendez-vous...). Néanmoins, pour plus de trois quarts des médecins répondants, la visite représentait un devoir au sens déontologique, afin de permettre une continuité des soins optimale.

C'est ainsi que l'évolution des mentalités à la fois des médecins et des patients a concouru à diminuer le nombre de visite à domicile. Concernant ce dernier point, les internes interrogés dans notre étude ont aussi remarqué l'évolution des visites à domicile tendant vers une diminution actuellement.

Quant à VIALTEL Sabine Éloïse (35) dans sa thèse réalisée en 2012, concernant l'évolution de la VAD, les médecins interrogés révélaient une certaine nostalgie du médecin généraliste « volant au secours » de ses patients. Le médecin généraliste comme unique recours à domicile 24h sur 24 a vu son rôle modifié par l'organisation des gardes de nuit, la mise en place des régulations téléphoniques ainsi que par l'implantation dans les zones urbaines de services dédiés à la visite à domicile type SOS médecins.

Nos résultats, quant à la perception des visites à domicile et notamment leurs intérêts pratiques et leurs difficultés, sont similaires aux autres thèses sur les visites à domicile de

ZIRMI Alessandra (29), POMPEY David (36) , GAUTIER Élodie (37) , POIRET Aurélie (38), FOURRIER Étienne (39), BIGOT Aline (40) et de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France en 2005 (41) . On peut donc se demander si dans leurs analyses, les internes ne subissent pas, au-delà de leur propre expérience, l'influence de leurs maîtres de stage ou des médecins qu'ils remplacent .

### **3.2 A propos de l'avenir**

Pour certains internes, le nombre de VAD stagnerait à l'état actuel car il n'y a pas d'autres possibilités que d'aller soigner chez eux certains patients. Pour d'autres, ce nombre diminuerait jusqu'à peut-être se réduire à zéro.

Les raisons qui pourraient concourir à cette diminution outre les inconvénients, sont le désintérêt des visites à domicile pour les jeunes médecins et la pénurie de médecins.

Concernant la perception de l'avenir des VAD, celle-ci a également été étudiée dans la thèse de VIALTEL Sabine Éloïse (35). Pour certains médecins lorrains interrogés, ils sont confiants dans la stabilité d'un petit nombre de visites voire une diminution. Ils sont confiants en leurs patients qui se déplaceront par eux-mêmes chez eux et dans leur capacité d'adaptation. Et pour d'autres médecins, la persistance voire l'augmentation des visites semble inexorable. La visite est un acte inaliénable de la médecine générale.

Cette vision d'augmentation des visites est également partagée par les médecins picards (31) et les internes parisiens (34). En effet, face au vieillissement de la population et au raccourcissement des séjours hospitaliers, les visites à domicile ne pourraient qu'être en nombre croissant.

Comment expliquer ces visions si opposées ? Absence de prise de conscience de l'évolution des soins ambulatoires (prise en charge de plus en plus de pathologies chroniques en ambulatoire) ou expression d'un souhait de diminuer les VAD ? En effet, la Picardie reste la région la moins dotée en médecins et dont les médecins en exercice ont de ce fait une zone d'intervention plus large, ainsi qu'une plus grande patientèle à gérer. On peut donc penser que l'avenir des VAD en Picardie tend vers la diminution.

Par ailleurs, malgré une vision pessimiste sur la pérennité des visites à domicile, la majorité des internes interrogés souhaiterait poursuivre ces dernières avec des créneaux dédiés tout en limitant celles-ci à des motifs justifiés et en regroupant les visites par secteur géographique.

De la même manière, les internes parisiens (34) ont aussi majoritairement exprimé leur désir de perpétuer les visites dans leur futur exercice.

En effet, la disparition de la visite à domicile serait délétère pour les personnes âgées et les personnes poly pathologiques avec des difficultés de déplacement, comme évoqué dans la thèse de ZIRMI Alessandra (29) par les médecins interrogés. Aussi, ils ne souhaitent pas supprimer la visite, mais simplement en limiter davantage l'accès, conscients par ailleurs qu'une telle évolution pourrait entraîner un encombrement des urgences hospitalières.

Par conséquent, pour maintenir les visites à domicile, quelques solutions ont été proposées par certains internes comme par exemple, l'accord d'un statut de médecin traitant aux SOS médecins, ou encore la création de professions intermédiaires avec des médecins généralistes qui suivraient uniquement à domicile des patients ne pouvant pas se déplacer au cabinet ou enfin le partage de dossier médical entre les médecins et la revalorisation des visites sont également soulignés.

Par ailleurs, pour éviter les visites à domicile non justifiées, l'éducation du patient en l'incitant de consulter au cabinet ou encore par la dissuasion financière sont aussi évoqués. L'hospitalisation à domicile (HAD) qui pourrait être une solution pour certains patients semble être limitée par un accès trop sélectif avec des critères médicaux et administratifs. (42) Par ailleurs, des prises en charges globalisées sur un forfait, la conduite des patients au cabinet, ou la mise en place d'un service dédié aux visites à domicile sont des propositions envisageables selon VIALTEL Sabine Eloïse.

D'autres solutions comme la collaboration en réseau semblent devenir une perspective ainsi que le partage de dossier médical commun via une plate-forme comme évoqué dans la thèse de JENNAH David auprès des internes.

Ainsi, devant le souhait des internes de diminuer le nombre de visites (changement de la conception de la pratique de la médecine générale des jeunes générations avec une modification des conditions d'exercice (43) et la féminisation de la profession (44) (45)), le manque de temps pour assurer les VAD (augmentation du nombre de consultation et de la charge administrative), la modification de l'environnement (vieillesse de la population et favorisation du maintien à domicile des personnes âgées) qui devrait inéluctablement augmenter le nombre de visites à domicile, d'autres solutions comme la délégation de tâche à d'autres professionnels de santé ont été proposées.

### 3.3 A propos de la délégation de tâche

Les avis des internes sur les délégations de tâche aux infirmières cliniciennes sont assez partagés.

D'une part, il y a ceux qui sont favorables à une telle organisation, sous réserve d'un travail de collaboration avec supervision du médecin et la nécessité d'une formation adaptée à une telle prise en charge. Les tâches qui pourraient éventuellement leur être confiées, sont les soins de pansements ou encore l'administration médicamenteuse. Mais ces tâches sont déjà le domaine de compétences des infirmiers (46).

Pour quelques internes, les visites et les renouvellements de traitement par l'infirmière clinicienne pourraient être envisagés de manière ponctuelle et sous réserve d'avoir un retour d'information de cette dernière.

D'autre part, pour ceux qui sont opposés à cette mesure, une telle évolution ne permettrait pas de pallier au manque de médecins, les infirmières étant également en nombre insuffisant. Par ailleurs, les médecins craignent que la formation des infirmiers cliniciens ne soit pas suffisante pour donner un avis médical, ni prescrire des médicaments et cela d'autant plus que les patients vus à domicile sont souvent des patients présentant des poly-pathologies compliquées à prendre en charge. Les visites à domicile resteraient donc du domaine du médecin.

Enfin, les problèmes de responsabilité ont été évoqués à plusieurs reprises mettant en lumière la différence entre simple délégation de tâches et transfert de compétence comme le renouvellement d'ordonnance par un infirmier clinicien. Il est évident que la formation actuelle des infirmiers ne leur permet pas d'assumer une telle responsabilité. Cela ne peut se concevoir qu'au travers d'un nouveau métier avec une formation adaptée. Or, un tel transfert est encore refusé par certains médecins. Ne faut-il pas voir dans cette posture la conséquence d'une formation médicale dans un système pyramidal où le sommet est occupé par le médecin et la responsabilité conçue selon un axe vertical (le médecin est le prescripteur), alors que la réalité du terrain requiert une mise en commun des compétences avec un partage des responsabilités selon un axe transversal ?

JENNAH David (34), montre dans sa thèse qu'une forte majorité des internes, pensait leur future profession comme intégrée à un réseau, notamment avec des infirmiers. La VAD est vue dans un projet de soins global avec une prise en charge de patients via un réseau de soins. D'une part, l'articulation des soins à domicile autour du médecin généraliste semble rester



nécessaire et indispensable pour les internes interrogés. Mais pour autant ils sont prêts à laisser une plus grande place aux infirmiers.

Malgré cette volonté de collaboration les internes ont répondu clairement qu'ils veulent rester le pilier central, décisionnel, au niveau médical pour leurs patients. Ils ne conçoivent donc pas de se détacher de ce rôle pour laisser la place à d'autres médecins à consultations ponctuelles ou d'urgence, comme les SOS médecins. On retrouve également ce point dans notre étude. Selon les internes interrogés, les SOS médecins ont une place dans l'organisation des soins pour gérer des situations aiguës. En revanche pour le suivi des pathologies chroniques, seul le médecin traitant est compétent.

Ainsi, en comparant nos résultats et ceux de JENNAH David, on remarque que les jeunes générations sont dans l'ensemble favorables à la délégation de certaines tâches sans pour autant vouloir perdre leur rôle de pivot central dans le système de soins.

Apparaît donc ici la notion complémentaire ou inaliénable de la délégation de tâches et du transfert de responsabilité, à savoir la coordination des soins. Celle-ci se définit comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnel et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ».(47) Celle-ci n'est donc pas incompatible ni avec la délégation de tâches, ni avec le transfert de compétence, (48) (49) d'autant plus qu'elle fait partie de la définition même du rôle pivot du médecin traitant permettant à celui-ci d'utiliser au mieux les compétences de chaque professionnels, et ainsi d'optimiser le service fourni aux malades.(32) Or on peut se demander si la formation médicale actuelle nous prépare aux fonctions futures notamment en terme de coordination.

Dans un article publié en décembre 2014 par l'Observatoire Régional de la Santé, intitulé « Intégration d'infirmiers au sein des cabinets de médecine générale : l'opinion des médecins généraliste de la Loire », quelques avantages liés à la délégation de tâches ont été cités : apport d'un supplément de qualité des soins au patient, retour sur le contenu de la consultation pour améliorer la prise en charge du patient, utilisation du temps gagné pour le développement professionnel continu (DPC) ou pour réaliser des consultations supplémentaires voire des tâches administratives, ainsi que le sentiment de se sentir moins seul dans son exercice et de bénéficier davantage de temps de loisirs.(48)

MARQUISET Delphine (50) en 2007 a réalisé une thèse sur « la délégation de tâche en médecine générale : étude qualitative par *focus group* auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté. »

Les médecins interrogés reconnaissent que des tâches comme l'éducation thérapeutique, le dépistage et la prévention sont chronophages et qu'ils manquent parfois de formation. Mais, ils se refusent pour autant à les exclure de leur champ de compétences car ils estiment que ces actes découlent directement de leur fonction de médecin généraliste.

La plupart des médecins interrogés se déclarent favorables à la délégation de certaines tâches même s'ils ne ressentent pas pour autant le besoin de déléguer dans leur activité de tous les jours.

**Tableau 7 : les actes déléguables issue de la thèse de MARQUISET Delphine**

<b>Promotion de la santé :</b>	<b>Suivi de pathologies chroniques stabilisées :</b>	<b>Consultations de première ligne</b>
- les actes de prévention* (y compris la vaccination) et de dépistage collectifs à l'exception des frottis cervico-vaginal - l'éducation thérapeutique et de la prévention individuelle	- suivi de la douleur - adaptation des doses d'insulines ou d'anticoagulants - surveillance : résultats biologiques (plaquettes ou TCA), tension artérielle... - suivi des ulcères et des plaies - capacité de prescription : renouvellement de traitements *, soins de pansements...	- petits gestes : petites sutures... - peser et mesurer les enfants - examen du nourrisson* - régulation téléphonique*

\* Ces actes ne font pas l'objet d'un consensus.

Les médecins français sont dans l'ensemble prêts à déléguer certains actes même s'ils semblent plus réticents que leurs homologues anglo-saxons. En effet, l'exercice quasi-exclusif au sein de structures communes du système anglais serait plus propice à la délégation de tâche.

Ainsi, dans la thèse de MARQUISET Delphine, les médecins moins demandeurs exercent plutôt en zone urbaine de forte densité médicale, alors que les médecins travaillant dans les zones rurales plus critiques en terme de démographie médicale expriment des besoins plus importants.

Toutefois, quel que soit le degré de motivation des médecins interrogés, ils énumèrent des préalables indispensables comme une formation des infirmières approfondie, la mise en place de protocoles précis et standardisés, une coordination optimale, une application au cas par cas, la mise en place d'une responsabilité partagée et une modification du mode de rémunération actuel.

Certains médecins craignent d'une part, que cette évolution les amène à ne prendre en charge que des situations compliquées, tout en créant une certaine monotonie, d'autre part, qu'une dépréciation du métier du médecin généraliste n'en soit la conséquence et qu'enfin cette coordination ne soit compliquée à mettre en place.

Et de manière unanime, les médecins craignent de ne plus pouvoir être en mesure de prendre en charge le patient de façon globale et que la relation privilégiée médecin/malade ne soit remise en cause.

Une autre thèse sur la délégation a été réalisée par FLORIN François (51) en 2012 sur « l'état des lieux de l'opinion des médecins généralistes picards concernant les propositions de réformes médicales proposée dans le rapport Hubert » qui montre que parmi les médecins répondeurs : 87% n'approuvent pas l'idée d'un renouvellement de traitement directement chez le pharmacien et 75% sont opposés au suivi vaccinal des enfants par des infirmières. De même, la création de professions de santé intermédiaires ou la télémédecine ne reçoivent pas non plus l'approbation de la profession (respectivement 65.2% et 67.2%).

Les hypothèses évoquées et pouvant expliquer le refus de délégation de tâche sont : la diversité de l'activité qui risque d'être compromise, la perte du rôle pivot dans le système de santé et la baisse éventuelle des revenus.

Les médecins sondés sont réticents quant aux transferts de compétence, mais la disparité des réponses obtenues montrent que le transfert de compétence doit pouvoir s'organiser si les médecins sont acteurs de ces réformes. L'opinion des médecins généralistes picards est contrastée, entre l'envie de réformes et la crainte des évolutions que ces dernières vont engendrer.

La délégation de tâches par les médecins a été analysée dans plusieurs études, ainsi on s'aperçoit que cette dernière qui avait pour but d'alléger le travail du médecin en déléguant une partie de son travail à d'autres professionnels et ainsi dégager du temps médical pour les actes où leur expertise est plus essentielle ne fait pas l'unanimité.

Une telle réticence des médecins pourrait s'expliquer d'une part, par une absence de prise de conscience de l'évolution de leur métier dans l'avenir. En effet, les internes interrogés dans notre étude venant de démarrer leur carrière de généraliste n'ont probablement pas assez de recul pour éprouver ces craintes d'où l'absence d'évocation dans notre étude. D'autre part, on peut penser que le mode de formation théorique et pratique, que « la culture » inculquée durant toutes ces soient en partie responsable de cet état de fait.

Par conséquent, les principales raisons d'opposition de la profession médicale aux infirmiers cliniciens incluent entre autre un chevauchement potentiel dans le champ de pratique et la perte d'activités ainsi que le degré d'autonomie et d'indépendance des infirmiers cliniciens. (52) De surcroît, on peut s'interroger sur l'élargissement des compétences des autres professionnels paramédicaux. Pourrait-il bouleverser la place du médecin généraliste dans le système de soins futur ?

En outre, le paiement à l'acte et l'exercice isolé des médecins généralistes (qui sont encore assez nombreux) ne favorisent pas cette nouvelle forme de collaboration entre les médecins et les infirmiers.

### **3 Discussion sur les résultats des patients**

#### **2.1 A propos de la perception des VAD**

Dans notre étude, les patients jugent que les visites à domicile sont nécessaires et indispensables en particulier pour les personnes avec des difficultés de locomotion.

La plupart d'entre eux apprécient les visites à domicile et se sent rassuré après le passage du médecin.

Concernant ces ressentis, il en va différemment par rapport aux résultats de la thèse de ZIRMI Alessandra (29), en 2012 sur la « visite à domicile des médecins généralistes : opinions des patients et des médecins » qui souligne le fait que certains patients n'apprécient pas la rencontre du médecin avec leur quotidien. Le contact du médecin avec le quotidien du patient, ses habitudes et sa façon de vivre, pose un problème à ce dernier au point de devenir un critère de non appréciation de la visite à domicile. Les patients se sentent en quelque sorte

incommodés par la présence du médecin. Par ailleurs, ils trouvent les VAD onéreuses, ce qui limite leur accessibilité.

Les patients interrogés dans notre étude ont vu l'évolution concernant les VAD qui étaient ancrées dans le quotidien du patient et du médecin généraliste il y a une vingtaine d'années et qui aujourd'hui sont remplacées par des consultations au cabinet d'autant plus que la présence d'autres professionnels de santé dans les locaux mêmes (infirmières, kinésithérapeutes, podologues, pharmaciens...) ou à proximité, ainsi que d'un environnement technique adapté, rend plus efficace la prise en charge.

De nos jours, les patients ne voient pas la nécessité de faire déplacer le médecin s'ils peuvent le faire eux-mêmes et la plupart sont compréhensifs face à cette diminution des visites à domicile. Nombreux pensent que « les abus » dans le passé auraient contribué à cette diminution actuelle des visites à domicile.

Un des patients interrogés a même souligné la nécessité de revaloriser les visites à domicile.

MICHAUX Hélène (30) dans sa thèse en 2006 sur « la visite à domicile : opinion des médecins généralistes du Rhône et de leurs patients 3 ans après la réforme d'octobre 2002 » relève que les patients interrogés ont peu conscience des difficultés rencontrées par le généraliste pour l'organisation des visites à domicile et que s'ils ne remettent pas en question la priorité accordée aux patients invalides, déments ou âgés, ils ne semblent pas encore prêts à abandonner leurs exigences de confort vis à vis des visites à domicile. Néanmoins, l'Accord de Bon usage des Soins (AcBUS) de 2002 semble bien acceptée par les patients.

Par ailleurs, une autre thèse de VIGNEUX Fanie (31) sur « les visites à domicile en médecine générale en Picardie : État des lieux en 2013, évolution des pratiques, ressentis des médecins généralistes » montre que les visites pour confort ou convenance personnelle se sont raréfiées et que la révision de l'acte de la visite à domicile sur AcBUS en 2002 a fortement incité les patients à limiter leurs demandes de visite à domicile.

Ainsi, sept ans après la thèse de MICHAUX Hélène, nos résultats et ceux de VIGNEUX Fanie montrent un changement d'habitude et de mentalité des patients avec une prise de conscience des difficultés des médecins. Est-ce le manque de médecins qui pourrait expliquer ce changement ?

## **2.2 A propos des VAD dans le futur**

Si la majorité des patients souhaite que les visites persistent notamment pour les personnes âgées dépendantes et isolées sans pour autant revenir en arrière, devant l'évocation de la disparition des visites à domicile, les avis divergent, allant de l'incompréhension à l'acceptation de cette éventualité.

Ainsi, notre travail aboutit aux mêmes conclusions que ZIRMI Alessandra (29), où les patients interrogés étaient conscients qu'une telle situation poserait un gros problème notamment pour le suivi des personnes âgées et des personnes qui se trouvent dans l'incapacité de se déplacer et insistaient sur le fait que cette éventuelle disparition des visites à domicile entraînerait inéluctablement une recrudescence des consultations aux urgences hospitalière ou l'appel à SOS médecins, sous réserve que de telles structures existent sur le département.

Pour maintenir les visites à domicile, les patients ont proposé quelques solutions. Premièrement, une présélection des visites. Deuxièmement, la création de métiers intermédiaires par exemple, des médecins spécialisés uniquement dans les VAD. En troisième lieu, une modification de l'organisation avec davantage de médecins et enfin des moyens de transport pour faciliter l'arrivée des patients. Cette dernière solution a également été évoquée par les médecins interrogés par VIGNEUX Fanie.

## **2.3 A propos de la délégation**

Concernant la perception de la délégation de tâches à des infirmières cliniciennes, en effet, on pourrait s'attendre à ce que les patients qui sont les usagers de ce système de soins puissent être réticents à ce que ces « missions » jusque-là assurées par un médecin puissent être réalisées par d'autres professionnels par crainte d'une prise en charge de moindre qualité. (32) Or les avis des patients sont assez partagés. En effet, ceux qui sont d'avis favorable voient au-delà de ce qui relève de la compétence d'une infirmière (pansements, prises de sang...), un rôle de filtrage ou d'intermédiaire entre le médecin et le malade pouvant limiter les demandes abusives, sous réserve d'une coordination entre elles et leurs médecins traitants.

Quant à ceux qui sont contre cette mesure, ils ont surtout évoqué les limites de la formation des infirmières cliniciennes qui de ce fait ne pourraient pas remplacer leur médecin habituel, ce dernier restant celui qui renouvelle leur traitement.

En juin 2008, l'HAS (33) a publié, un rapport de synthèse des évaluations quantitatives sur la « nouvelle forme de coopération entre professionnels de santé » avec un recueil de l'avis des malades.

Dans ce rapport, il a été évalué le rôle des infirmiers référents en neuro-oncologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, d'un assistant en pathologie prostatique à l'Institut mutualiste Montsouris, de l'infirmier dans la chimiothérapie en hôpital de jour d'oncologie médical à la Pitié-Salpêtrière à Paris, des infirmiers cliniciens en hépato-gastro-entérologie à l'hôpital Henry-Mondor à Créteil et des infirmiers experts en hémodialyse à l'hôpital général de Lisieux.

Selon les résultats, les malades jugent les explications données par le professionnel paramédical sur l'acte effectué par celui-ci « parfaitement compréhensibles ». Ils sont « tout à fait confiants » et « satisfaits » quant à la réalisation de l'acte médical par un professionnel paramédical spécialisé. De surcroît, ils se sentent généralement « satisfaits » quant au fait de ne plus voir le médecin lors des évaluations pour la reconduction d'un traitement dans le cas d'une pathologie chronique et de même lorsque le rôle du médecin se limite à la supervision, l'interprétation et la restitution des résultats pour les actes techniques. Enfin, la majorité des patients pense que cette nouvelle forme d'organisation entre les professionnels de santé est envisageable.

On voit bien que dans notre thèse les patients interrogés sont plus réticents quant à la délégation de tâches que les patients du rapport de HAS cité ci-dessus. Faut-il y voir une caractéristique de la médecine générale qui s'intéresse à l'individu dans sa globalité et tisse des liens plus profonds, plus « intimes » avec le patient et ne se limite pas à un aspect technique ou spécifique d'une maladie ou d'un organe ?

#### **4 Comparaison des résultats des patients et des internes**

Notre étude a interrogé 2 acteurs principaux du système de santé concernant la visite à domicile.

Les points communs entre les deux études :

- Les visites à domicile sont pour les 2 acteurs considérées comme « nécessaires » et « indispensables » pour les personnes ne pouvant pas se déplacer jusqu'aux cabinets.
- Les demandes pour des motifs non justifiés sont souvent qualifiées d' « abus ». Celles-ci sont pointées du doigt par tous, et seraient à l'origine de la diminution de cet acte.

- La place de la visite a nettement diminué depuis une dizaine d'années pour les patients comme pour les médecins.
- Les internes préfèrent consulter au cabinet en raison de la présence de matériel et d'un environnement adapté. A coté de cela, les patients ont pris l'habitude de consulter au cabinet.
- A propos de l'avenir des visites, les patients affirment que les visites seront surtout réservées aux personnes ayant des difficultés pour se déplacer. Les internes souhaitant les limiter uniquement à des motifs justifiés.
- A propos des délégations, les internes et les patients qui sont favorables sont d'accord sur quasiment les mêmes tâches évoquées. Le travail en coordination avec le médecin traitant est unanime pour les 2 acteurs. Les limites reposeraient surtout sur la formation des infirmières cliniciennes.

## **5 Retour sur quelques points**

### **5.1 L'état actuel des infirmières cliniciennes dans les autres pays (52) (53) (54) (16)**

Selon le document de travail sur la santé émanant de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques publié en 2010 et intitulé « les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés » (52), le développement des rôles avancés infirmiers, mis en place à l'origine pour accroître l'accès aux soins primaires, est très variable d'un pays à l'autre.

Les infirmières en pratique avancée ont différentes dénominations d'un pays à l'autre, reflétant de la sorte les différents rôles qu'elles peuvent jouer, ainsi que leur degré de spécialisation ou d'orientation vers certaines catégories de patients. Deux catégories se distinguent :

- Les infirmières praticiennes « *nurse practitioners* » exercent généralement dans les soins primaires et fournissent un ensemble de service qui, autrement, relèveraient de l'activité des médecins (par exemple, être le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure, assurer le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, prescrire des médicaments ou certains tests).
- Les infirmières cliniciennes spécialisées « *clinical nurse specialists* » travaillent généralement dans des hôpitaux, où leurs responsabilités consistent notamment à guider et former le personnel infirmier afin de promouvoir des normes élevées de qualité des soins et de sécurité des patients. Leur principal but est l'amélioration de la qualité.



Les Etats-Unis et le Canada avaient déjà établi la catégorie des « infirmières praticiennes » au milieu de la décennie 1960, initialement pour fournir des soins primaires aux habitants des zones rurales peu servies par les médecins ; toutefois, leurs rôles et leurs lieux d'exercice ont beaucoup évolués depuis.

Aux Etats-Unis, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient respectivement 6.5% et 2.5% du nombre total des infirmières autorisées en 2008. Au Canada, cette proportion est beaucoup plus faible : en 2008, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient seulement 0.6% et 0.9% des infirmières autorisées, bien que leurs effectifs aient augmenté ces dernières années.

Au Canada, les infirmières en rôle étendu sont autorisées dans certaines zones rurales et éloignées à effectuer l'évaluation, le diagnostic et le traitement de patients présentant des problèmes de santé mineurs, soit environ la moitié des cas. Les infirmières peuvent être en contact téléphonique avec le médecin de garde pour recevoir des conseils, avec la possibilité d'un transfert vers le médecin dans les cas complexes urgents.

Au Royaume-Uni, les infirmières praticiennes font partie du National Health Service depuis le début des années 1970, mais leur rôle a été renforcé à la fin des années 1990 et leur nombre a augmenté de manière significative depuis. Il demeure, cependant, difficile d'évaluer exactement leur nombre du fait que beaucoup de ces nouveaux emplois et rôles ne sont pas basés sur une qualification homologués. Les infirmières praticiennes au Royaume-Uni travaillent principalement dans le secteur des soins primaires.

On retrouve des *Walk-in Centres* au Royaume-Uni, correspondant à des structures exclusivement gérées par des infirmiers au plus proche des usagers offrant des horaires d'ouvertures large 7 jours sur 7 et sans rendez-vous. (55)

La Finlande a aussi une longue expérience de différentes formes de collaboration entre les médecins et les infirmières dans les centres de soins primaires. La Finlande a développé des structures spéciales d'accueil d'infirmierie dans des petits centres de santé en zones éloignées, qui sont soutenues, au besoin, par des consultations via Internet assurées par les médecins travaillant dans les principaux centres de santé. Les infirmières peuvent gérer jusqu'à 70% des besoins de ces centres de santé éloignés.

Le développement de la pratique infirmière avancée en Australie et en Irlande est plus récent, mais ces deux pays mènent depuis quelques années une politique très active de la mise en place de nouveaux programmes d'enseignement et de postes en pratique infirmière avancée. Les infirmières praticiennes représentent environ 0.2% de la totalité des infirmières.

En Belgique, au Japon, en Pologne et en République Tchèque, la reconnaissance officielle des pratiques infirmières avancées n'en est qu'à ses débuts, bien que des études pilotes pour expérimenter de nouveaux rôles avancés aient pu être déjà réalisées et que certaines pratiques avancées non officielles puissent déjà exister de fait.

Les formations initiale et continue requises pour devenir une infirmière en pratique avancée varient dans une certaine mesure selon les pays, et dans certains cas, il existe même des divergences au sein des pays.

Dans la plupart des pays (sauf le Royaume-Uni), un diplôme au-delà du premier cycle universitaire en science infirmières est dorénavant recommandé ou requis pour une qualification d'infirmière avancée.

Dans beaucoup de pays (Australie, Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada et Irlande), certaines catégories d'infirmières sont dorénavant autorisées à prescrire des médicaments.

Ainsi, certains pays autorisent certaines catégories d'infirmières de prescrire de manière indépendante et d'autres seulement sous la supervision d'un médecin.

Par exemple, aux Etats-Unis, toutes les catégories d'infirmières avancées sont autorisées à prescrire des médicaments.

Au Canada, seules les infirmières praticiennes sont autorisées à prescrire sans la supervision des médecins.

Au Royaume-Uni ou l'Irlande, cette autorisation peut être accordée à toutes les infirmières, à condition qu'elle suivent une formation adéquate.

La gamme de médicaments que les infirmières peuvent prescrire dans ces pays est étendue (antibiotiques, antiviraux, anticoagulants, anti-cholestérol et autres).

Néanmoins, il existe des variations selon les pays en particulier concernant le droit des infirmières de prescrire des « produits stupéfiants » par exemple les narcotiques et les antalgiques puissants.

Alors que l'Australie, l'Irlande et les États-Unis autorisent certaines catégories d'infirmières à prescrire des médicaments pour les soins palliatifs et les produits narcotiques, le Canada n'autorise pas de telles prescriptions. Le Royaume-Uni autorise les infirmières à prescrire des produits stupéfiants pour les soins palliatifs, incluant les puissants produits opiacés mais pas les autres produits stupéfiants tels que les produits narcotiques.

On remarque que dans les pays les plus avancés dans ce domaine, les structures d'exercice collectives et pluridisciplinaires y sont prédominantes et le champ d'intervention des infirmiers particulièrement large. (32) Ainsi, l'évolutivité de carrières des infirmiers dans ces pays rend cette profession plus attrayante grâce à la reconnaissance de nouvelles compétences.(56) Les infirmiers deviennent le principal point d'entrée dans le système de soins.

## **5.2 L'expérimentation ASALEE en France**

En 2004, un dispositif expérimental d'organisation de la médecine générale ASALEE (action de santé libérale en équipe) a été créé et met à disposition dans des cabinets de médecins libéraux ou les maisons de santé une infirmière déléguée à la santé publique « IDSP » ayant des missions de prévention et d'éducation thérapeutique.

L'objectif de ce dispositif était d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en soins ambulatoires par la coordination entre médecins généralistes et infirmières par la délégation de certaines tâches de prévention primaire, de dépistage et de suivi réalisés antérieurement par les médecins.(57)

L'IDSP est salariée de l'association, elle assure le suivi des dossiers informatisés des patients (mise à jour, rappel d'examens...) et des consultations d'éducation thérapeutiques dans un cadre protocolisé. (58) L'IDSP ne pratique pas les actes techniques d'une infirmière libérale. L'association ASALEE a soumis quatre protocoles dérogatoires de coopération médecin infirmiers qui ont été validés par la HAS.

**Tableau 8 : protocoles dérogatoires de coopération médecin infirmiers**

Protocole	Actes dérogatoires
Suivi des patients diabétiques de type 2	Suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL cholestérol, créatinémie, fond d'oeil ; prescription et réalisation des électrocardiogrammes ; prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds
Suivi des patients présentant un risque cardio-vasculaire	Prescription et réalisation des ECG
Suivi et identification du risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive chez les patients tabagiques	Prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie
Repérage des troubles cognitifs	Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests mémoire pour les personnes âgées

**Source : Avis sur la coopération entre professionnels de santé (HCAAM, 2014)**

Ce dispositif améliore le suivi du patient, fait gagner du temps aux médecins tout en leur donnant un rôle majeur de coordination et recueille la satisfaction des professionnels impliqués. En fin 2016, près de 1 400 médecins et 400 infirmiers ont demandé leur adhésion au protocole .(59)

Toutefois, cette expérimentation ne fait que concrétiser certaines pratiques jusque-là réalisées de manière informelle, les missions confiées aux infirmières n'étant pas dérogatoire au sens strict .(32)

### **5.3 L'état actuel des infirmiers cliniciens spécialisés en France et de leurs formations**

La France se distingue des autres pays par l'existence d'un exercice infirmier libéral et rémunéré à l'acte. Le développement des infirmiers cliniciens s'inscrit dans un contexte de pénurie de médecins et d'amélioration de la continuité et de la qualité des soins (60).

L'évolution des besoins des patients et la valorisation de la carrière des infirmières font aussi partie des principales raisons du développement de nouveaux rôles des infirmiers cliniciens. Elles représentent donc un élément clef d'attractivité des professions de santé à la fois pour les médecins qui peuvent souffrir aujourd'hui de leurs conditions d'exercice en pratique isolée et pour les infirmières et les autres professions de santé qui revendiquent l'accroissement de leurs missions et la reconnaissance de l'évolution de leurs compétences.

Selon le rapport du Pr. Berland en 2003 (16), l'infirmier clinicien de soins primaires serait un infirmier spécialisé, destiné à exercer en complémentarité avec le médecin généraliste au sein d'une maison de santé. L'infirmier clinicien assurerait une fonction d'accueil et d'orientation du patient au sein des maisons de santé. Il absorberait une partie de l'activité médicale en prenant en charge la résolution de problèmes de santé courants des patients consentants. Il interviendrait en matière de prévention et d'éducation à la santé. Le médecin généraliste conserverait son statut de référent et l'infirmier constituerait le point d'entrée dans le système. La sécurité des soins resterait assurée, l'infirmier pouvant à tout instant orienter le patient vers le médecin présent.(32) Ces infirmiers auront une formation de base de niveau Master (bac +5) selon le Conseil international des infirmières (CII).

La France deviendra ainsi le 26ème pays à créer ce nouveau métier, tout en faisant remarquer qu'il déjà un premier master clinique infirmier depuis 2009.

Une centaine d'infirmiers sont engagés dans un cursus de master en « sciences cliniques infirmières » (Aix-Marseille université) ou en « sciences cliniques en soins infirmiers » (Saint Quentin en Yvelines) leur permettant d'exercer en « pratique avancée ».(61) Il s'agit pour le moment d'une fonction qui jusqu'à présent n'est pas reconnue officiellement.

Pour accompagner l'intégration de ces professionnels dans les équipes de soins, l'ARS Ile-de-France a lancé une expérimentation. (60) Depuis 2014 en Île-de-France, treize équipes de soins participent au projet de préfiguration d' « infirmier clinicien spécialisé » (PrefICS) durant deux ans. Ce projet a pour objectif de transmettre aux universités partenaires les besoins en compétence afin qu'elles puissent les prendre en compte dans les maquettes de formation au grade master. (62) (63)

L'ARS mènera une étude scientifique qualitative et médico-économique au sein des établissements participants qui permettra d'établir un bilan de l'instauration des fonctions d'infirmière clinicienne spécialisée.

En France, lors de la présentation de ce nouveau métier du Salon Infirmier 2014 (64) le métier des infirmiers cliniciens a été décrit comme étant « coordonné par le médecin » qui reste le pivot central, elles n'ont pas pour but de substituer le médecin mais plutôt d'assurer la continuité et la coordination des soins.

Face à cette définition et à la réticence des médecins comme citées plus haut, on peut s'attendre à ce que les infirmiers cliniciens ne deviennent pas des professionnels autonomes comme dans les pays anglo-saxons.

Bien que la fonction des infirmiers cliniciens soit encore mal définie dans les soins primaires, on peut penser qu'en milieu rural celle-ci trouvera tout de même sa place afin de palier à la pénurie de médecin.

#### **5.4 A propos de la revalorisation des visites**

La revalorisation de la visite à domicile citée par de nombreux internes et également retrouvée dans de nombreuses études, est une nécessité.

Les syndicats de médecins généralistes (65) souhaitent que les visites soient revalorisées à hauteur de 56 euros (46 euros + 10 euros de frais de déplacement contre 33 euros (23 euros + 10 euros de frais de déplacement ) actuellement.

Malgré ces revendications, la nouvelle convention nationale de 2016 (66) accorde peu de modifications dans la nomenclature des visites à domicile. La majoration personnes âgées (MPA) a été maintenue. Il s'agit d'une rémunération versée trimestriellement, calculée sur la base de 5 euros par consultation ou visite réalisée pour les patients âgés de plus de 80 ans.

La seule revalorisation consiste à valoriser à 60 euros les visites longues au 1er novembre 2017 au lieu de 46 euros. Celles-ci consistent à prendre en charge des patients atteints de pathologies neuro-dégénératives. Elles sont limitées à trois fois par an au lieu d'une fois par an.

Devant ces chiffres, nous pouvons penser à une préfiguration de ce qui a été décrit plus haut, à savoir, la stagnation ou la disparition en tant que telle de la visite à domicile standard du médecin et à une majoration des visites indispensables comme celles réservées aux patients poly-pathologiques ou invalides.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour que dès 2018, des travaux soient menés en vue d'enrichir la liste des situations cliniques correspondant à la prise en charge, dans le cadre

du parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou très complexe. Et ces travaux porteront également sur les visites à domicile.

## **6 Ouverture sur les alternatives à la visite**

### **6.1 Le développement du transport en commun dans les milieux semi ruraux et ruraux pour favoriser l'accès aux soins.**

Dans la thèse d'Étienne FOURRIER, cette idée a également été développée. Dans la Manche, à Saint-Pierre-Église, des transports en commun sont disponibles pour assister les personnes âgées dans leurs déplacements vers les cabinets médicaux plusieurs fois par semaine. Les frais engendrés sont pris en charge par les collectivités territoriales.

Dans la Somme, depuis 2007, la communauté de Communes de la Baie de Somme Sud propose un transport à la demande. Ce service a pour but de permettre aux personnes n'ayant pas de moyens de locomotion de faciliter leurs déplacements sur le territoire de la Communauté de Communes, vers Abbeville ou Friville-Escarbotin. Le trajet coûte 2 euros aller et retour par personne et quelle que soit la destination (67)

Dans l'Aisne, il existe également un système de transport à la demande (TAD). Le financement de ce service est assuré en totalité par le conseil départemental de l'Aisne (68).

Dans l'Oise, le service de transport à la demande s'est également développé dans 7 communes actuellement (69) (Beauvais, Méru, Saint-Just-En-Chaussée, Chambly, Clermont, Compiègne, Saint-Leu-d'Esserent).

Les transports à la demande se développent en Picardie, mais ce système semble pour l'instant peu connu. Une meilleure diffusion auprès de la population pourrait être nécessaire pour développer l'usage du transport à la demande.

### **6.2 L'utilisation de la télémédecine**

Cette nouvelle pratique médicale n'a pas été citée dans notre étude, et cette omission de la télémédecine par les internes pourrait s'expliquer par une formation, qui jusque-là incluait peu les nouvelles technologies dans les soins primaires. A noter que cette méconnaissance générale de la télémédecine par les médecins a également été soulignée dans un article publié en 2016 dans une revue de Santé Publique (70).

Pourtant, celle-ci pourrait jouer un rôle dans la prise en charge future des patients.

La télémédecine permet de faciliter l'accès aux soins et notamment dans les zones sous dotées, il s'agit d'une évolution logique de la pratique médicale.

La télémédecine qui est l'exercice de la médecine par le biais des télécommunications et des technologies de l'information permettant le diagnostic et le traitement des patients à distance.(71)

Les pionniers ont été le Canada et les pays d'Europe du Nord. Les différentes applications de télémédecine se sont développées : téléconsultation, télé expertise, téléassistance. Quelques pays ont développé la télésurveillance pour le suivi des maladies chroniques.(72)

En France, une plateforme en télémédecine (73) a été mis en place depuis début 2017, celle-ci met en relation des patients et des médecins généralistes par téléconsultation. Elle constitue la première à permettre la délivrance de prescriptions médicales sécurisées et dématérialisées.

Derrière la plateforme, des médecins généralistes s'inscrivent sur de courtes plages horaires de permanence, dans la limite de deux demi-journées par semaine. 180 médecins ont déjà accepté de tenter l'expérience.

Si la téléconsultation n'est pas indiquée lorsque l'établissement d'un diagnostic demande un examen physique, le cofondateur est quant à lui persuadé que la télémédecine doit prendre une place fondamentale dans la prise en charge des patients et estime que parfois pour un renouvellement d'ordonnance, l'examen physique n'est pas nécessaire.

Le médecin y voit surtout un service que pourraient proposer des mutuelles à des patients éloignés des cabinets médicaux, qu'ils résident dans des déserts médicaux ou à l'étranger.

Par ailleurs, En France, une première cabine de télémédecine a été installée en Bourgogne en 2014. Ce cabinet permet au patient de prendre sa tension, sa température, ou encore sa saturation en oxygène. Cette petite cabine est équipée d'un écran où s'affiche la marche à suivre pour réaliser un diagnostic santé (74) (75).

Ce système possède des limites pour des personnes alitées, pour des personnes présentant des troubles de compréhension ou encore pour des personnes nécessitant de réaliser des actes comme la prise en charge d'une plaie. Par ailleurs, le respect d'un cadre légal en termes de responsabilité médicale et de sécurisation des données est également nécessaire.



En Picardie, depuis 2011, une plateforme urbanisée de télémédecine a été mise à disposition, (76). D'abord utilisée en téléradiologie puis en télédermatologie pour obtenir des avis sur des plaies complexes ou encore en cas suspicion de mélanome. D'autres services ont également vu le jour, comme la télé-AVC, la téléconsultation de la médecine physique et de réadaptation et la dialyse.

La télémédecine pourrait jouer un rôle dans l'exercice futur. Mais celle-ci présente des limites car l'absence d'examen clinique et de contact avec le patient empêche une bonne prise en charge pouvant ainsi altérer la relation médecin patient.

### **6.3 Évolution du statut du SOS médecin et le développement de médecins mobiles**

Concernant une évolution du statut du SOS médecin, en 2015, pour lutter contre la pénurie de généralistes, une autorisation a été donnée aux médecins Sens (Yonne) à devenir une structure traitante pour une période d'un an. Une nouveauté à type d'expérimentation, des patients âgés pourront être pris en charge par SOS médecins, en tant que « structure collective traitante ». Les membres de l'association vont pouvoir, comme tout praticien référent, renouveler des ordonnances et l'association s'engage à renoncer au forfait annuel médecin traitant de façon à ne pas créer de concurrence avec les médecins libéraux (77). L'expérimentation, a été financée par le Fonds d'intervention régional.

Par ailleurs, en avril 2017, un service permettant au patient de trouver rapidement une consultation de généraliste à domicile via une application mobile va être testée à Paris XVIIIe. (78) Celui-ci mettra en relation les patients et les médecins généralistes à proximité grâce à un système de géolocalisation pour accéder à des consultations à domicile. Ce service se positionne comme étant une offre de soins complémentaire et se différencie des SOS médecins par leur cotation des actes. Ce système ayant pour but de désencombrer les urgences hospitalières ainsi que les associations médicales de permanence de soins. Ce service sera réalisé par des médecins urgentistes, des médecins généralistes et des internes ayant une licence de remplacement. Ce projet a également pour ambition de couvrir à terme les besoins des déserts médicaux en zone rurale.

Aux États-Unis, depuis 2015, des plateformes de même type ont été mises en place. Celles-ci proposent des visites à domicile à la demande. Celles-ci ont été développées afin d'obtenir

rapidement une visite d'un médecin. Le coût étant moins élevé par rapport à une consultation à l'hôpital.(79)

Ainsi, le développement des SOS médecins ou des médecins mobiles en milieu rural et en semi rural pourrait être une aide pour favoriser l'accès aux soins.

C'est en ce sens qu'on revient sur une des solutions proposées par les internes et les patients qui consiste à la mise en place d'un médecin dédié aux visites à domicile. On peut imaginer la création d'un poste de médecin dédié aux visites à domicile dans une maison médicale, ce dernier assurerait le suivi des patients atteints de maladie chronique et ne pouvant se déplacer jusqu'au cabinet. On voit bien la similitude qui existe avec les SOS médecins, tout en sachant que ces derniers n'assurent pas le suivi des patients, mais la prise en charge de situations aiguës. Et à la différence des services cités ci-dessus, ce médecin dédié pourrait être le médecin traitant des patients suivis à domicile.

## **Conclusion**

Bien que les demandes de visites à domicile soient en voie de diminution en raison d'un changement d'habitude des patients et des médecins, celles-ci restent tout de même nécessaires et indispensables, ne serait-ce qu'au regard du vieillissement de la population et de la nécessité du maintien à domicile des personnes âgées et/ou dépendantes

Dans cette perspective, les internes interrogés ont une vision plus restrictive de l'avenir des VAD en raison de leur changement de conception de la pratique de la médecine générale et souhaiterait réserver les VAD aux stricts motifs justifiés médicalement.

Quant aux patients, s'ils sont compréhensifs concernant cette diminution des visites à domicile, ils souhaiteraient néanmoins leur poursuite en l'état actuel.

On voit bien toute l'ambivalence de ces réponses, aussi bien chez les internes que chez les patients, ambivalence qui traduit une incertitude quant à l'avenir de la visite à domicile et peut être au-delà, du concept de la médecine générale et de la relation médecin malade.

Pour pallier à cette diminution des VAD, la délégation de tâches apparaît comme une solution. Pour autant, cette dernière ne fait pas l'unanimité. En effet, certaines tâches semblent être acceptées par les patients et les internes picards notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique, du suivi tensionnel ou glycémique ainsi que dans la filtration des demandes de visite à domicile qui ne nécessiteraient pas l'intervention du médecin. Mais pour les visites à domicile avec renouvellement d'ordonnance, l'intervention des infirmiers cliniciens est mal acceptée des patients et des internes.

On peut donc dire qu'il y a consensus sur la délégation de certaines tâches, mais refus du transfert de compétences.

Pourquoi une telle attitude ? Manque d'information sur ces nouveaux métiers qui peu à peu voient le jour ? Manque de lisibilité sur la place, le rôle et les moyens que l'on attribue à chacun ? Inquiétude des médecins généralistes qui voient leur champ d'action se restreindre pour diverses raisons (démographie, manque de temps, spécialisation de plus en plus importante, émergence de nouveaux métiers...), sans définition précise de leur nouvelle responsabilité ?

Au final, cette analyse de la VAD, considérée comme acte spécifique de la médecine générale, si l'on fait abstraction des autres professions de premier recours en particulier les infirmiers et les kinésithérapeutes qui sont eux aussi confrontés aux mêmes problématiques, nous renvoie à une interrogation plus large qu'est celle de l'organisation de notre système de santé et son corollaire, la réponse à la demande de soins

Les réponses à ces questions sont essentielles si l'on veut résoudre les problèmes d'accès aux soins en donnant aux jeunes générations une vision claire du rôle qu'ils auront dans l'avenir. Cela sous-entend également une information en amont de la filière universitaire pour éviter les erreurs de parcours et les difficultés de reconversion, ainsi qu'une formation, qui au-delà de la connaissance théorique, prépare réellement, ici en l'occurrence le médecin généraliste, à sa fonction.

Les perspectives d'avenir pour les infirmiers ou les sages-femmes apparaissent clairement, même si tout n'est pas encore totalement défini et accepté, mais qu'en est-il pour le médecin généraliste ? Quel avenir pour cette spécialité ?

Vaste débat qui dépasse largement les objectifs initiaux de notre travail sur la VAD et qui mériterait un plus grand développement.

## **Annexes : ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS**

JORF du 30 août 2002

Texte n°23

### **Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins**

NOR: SANS0222796A

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2002/8/26/SANS0222796A/jo/texte>

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-17 et L. 162-15,

Arrête :

#### **Article 1**

Est approuvé l'accord de bon usage des soins conclu le 1er juillet 2002, annexé au présent arrêté, entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

#### **Article 2**

Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

#### **Annexe**

### **ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS**

Entre, d'une part,

M. Pierre Costes, président de la Fédération française des médecins généralistes MG France,

Et, d'autre part,

M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Mme Jeannette Gros, présidente du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

M. Gérard Quevillon, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes ;

Considérant l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, qui définit les AcBUS, l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale, qui précise « que les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état », l'article n° 3 de l'avenant n° 10 à la convention nationale des médecins généralistes, qui prévoit que les partenaires conventionnels signeront un AcBUS avant le 1er juillet 2002,

il est convenu de ce qui suit :

#### **Préambule**

La France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet.

Les parties signataires entendent favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. En effet, sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.

## Article 1er

### *Champ de l'accord*

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des médecins généralistes conventionnés, concernant la bonne utilisation des visites à domicile.

Les parties signataires conviennent que les soins hors cabinet justifiés peuvent à ce titre bénéficier d'une majoration (intitulée MMD puis MD à compter du 1er octobre) dans les conditions fixées par la NGAP. Actuellement et sur l'exercice 2002, elles estiment que 30 % des déplacements pourraient bénéficier de cette majoration.

## Article 2

### *Etat des lieux*

#### Article 2-1 : au niveau national

En 2001, 65 millions de visites (V) ont été remboursées par l'assurance maladie.

Le taux de V sur l'ensemble des actes cliniques : 
$$\frac{V}{V + C} = 23,5 \%$$

Le nombre de V pour 1 000 habitants est de 1 100.

#### Article 2-2 : au niveau régional

Au niveau régional, l'état des lieux donne les informations consignées ci-dessus :

#### Omnipraticiens libéraux

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 202 du 30/08/2002 page 14424 à 14426

Les parties signataires constatent les fortes disparités régionales existant actuellement et qui ne sont pas systématiquement justifiées par des critères d'ordre médical (par exemple : la proportion des personnes en ALD, toutes personnes âgées) ou d'ordre environnemental (par exemple : la ruralité).

## Article 3

### *Objectif médicalisé d'évolution des pratiques*

#### Article 3-1 : au niveau national

Pour la première année d'application de l'accord, le nombre de soins hors cabinet, avec majoration de déplacement ou non, doit diminuer de 5 %.

#### Article 3-2 : au niveau régional

Les parties signataires souhaitent une réduction des disparités entre les régions. A cet effet, des AcBUS déclineront au niveau de chaque région les actions et les moyens mis en oeuvre afin de permettre le respect de l'objectif national cité à l'article précédent.

Ces AcBUS seront transmis aux caisses nationales et centrale dans les délais permettant leur application dès le 1er octobre 2002.

#### Article 4

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics d'étendre l'application de la MMD aux personnes en ALD, quel que soit l'âge, pour les ALD suivantes :

Accident vasculaire cérébral invalidant ;  
Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie) ;  
Maladie de Parkinson ;  
Mucoviscidose ;  
Paraplégie ;  
Sclérose en plaques.

#### Article 5

##### *Référentiel de bon usage des soins à domicile*

##### Article 5-1 : majoration pour critères médicaux

Les parties signataires demandent que les cas ouvrant droit à la facturation par le médecin de la majoration de déplacement qui seront définis par la NGAP soient identiques à ceux ouvrant droit à la facturation de la MMD, après prise en compte des modifications demandées à l'article 4 ci-dessus.

Elles demandent en outre que, dans les cas visés au paragraphe ci-dessus, la NGAP prévoie que le médecin ne peut percevoir la MD qu'à la condition que l'état de dépendance du patient soit conforme aux critères définis par le référentiel médical annexé au présent accord.

Les parties signataires décident d'évaluer la pertinence de ce dispositif en confiant aux instances conventionnelles régionales une mission de suivi et d'évaluation de l'application de cette majoration dans leur région. Durant cette phase d'évaluation, le médecin pourra, à titre exceptionnel, percevoir une majoration de déplacement en cas de soins à domicile pour une personne qui ne relève pas du premier paragraphe mais dont l'état de dépendance est manifestement conforme aux critères définis par le référentiel médical annexé au présent accord. Le médecin, dans ce cas, doit pouvoir communiquer le motif de la facturation de la MD. Les résultats de cette évaluation transmis aux parties signataires nationales permettront, le cas échéant, une actualisation des critères ouvrant droit à la perception de cette majoration.

##### Article 5-2 : majoration pour critères d'environnement

Les parties signataires demandent que la NGAP prévoie que le médecin peut exceptionnellement facturer une MD pour les soins dispensés au domicile des personnes dont les difficultés d'accès à des soins non programmés sont liées à l'insuffisance d'une offre de proximité cumulée à une situation personnelle qui entrave leur mobilité conformément aux critères ci-après définis et repris en annexe au présent AcBUS.

A cet effet, elles s'accordent à prendre en compte au niveau national des critères à la fois géographiques et médico-sociaux, qui seront précisés dans le cadre des déclinaisons régionales du présent accord.

Au titre des critères géographiques, les AcBUS régionaux fixent les zones où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Ces zones doivent être cohérentes avec le zonage fixé par le préfet de région en application de l'article 39 de la LFSS pour 2002.

Les situations personnelles susceptibles d'être retenues dans les accords régionaux pour ouvrir droit à la facturation par le médecin de la MD pour les soins non programmés dans les zones géographiques précitées tiendront compte de l'âge des patients, en particulier de plus de quatre-vingts ans, et de la composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

En fonction de leurs spécificités, les régions fixent et justifient une proportion de MD pour critères environnementaux.

La traçabilité et le suivi des visites bénéficiant d'une MD au titre des critères d'environnement seront assurés par les instances conventionnelles régionales prévues par l'article 3-6 de l'avenant n° 8.

Le médecin doit être en mesure de communiquer le motif justifiant la MD.

## Article 6

### *Actions mises en oeuvre*

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en place un programme de communication afin de modifier les comportements.

A court terme, une information tactique sur le bon usage de la visite sera programmée.

Sur 2003-2004, ce programme de communication sera inscrit dans les campagnes de l'assurance maladie.

Les accords régionaux devront relayer ce programme national de communication en développant notamment des actions les mieux adaptées aux contextes locaux.

Ils devront aussi formaliser la volonté des praticiens d'organiser leur cabinet de manière à favoriser l'accueil des consultations non programmées.

## Article 7

### *Suivi de l'accord*

Les parties signataires conviennent de faire des bilans réguliers de l'application de l'accord, en tout état de cause, au minimum avant la fin du mois de février de l'année n pour chaque année n - 1.

Cet accord fera l'objet d'un avenant annuel en vue de déterminer le taux annuel de baisse attendu pour l'année.

Compte tenu du bilan réalisé par les parties signataires et des propositions formulées au niveau des régions, des extensions pour l'application de la MMD à de nouvelles situations pourront être prévues.

Au niveau régional, les instances conventionnelles régionales créées par l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins généralistes seront chargées du suivi des accords régionaux.

## Article 8

### Résiliation de l'accord

L'accord peut être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- violation grave et répétée des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Fait à Paris le 1er juillet 2002.

P. Costes, président de la Fédération française des médecins généralistes MG-France

J.-M. Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

J. Gros, président du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole

G. Quevillon, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes



## ANNEXE

### RÉFÉRENTIEL D'AIDE À LA JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT

#### DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DOMICILE DU PATIENT

1. Référentiels médicaux : ils décrivent des situations cliniques ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile :

- incapacité concernant la locomotion par :
- atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
- atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ;
- atteinte respiratoire chronique grave ;
- atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée ;
- trouble de l'équilibre ;
- état de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- état sénile ;
- soins palliatifs ou état grabataire ;
- période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;
- altération majeure de l'état général.

2. Référentiels « environnementaux » : ils décrivent des situations environnementales ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile dans les zones géographiques où ont été constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, notamment :

- personnes âgées de plus de quatre-vingts ans ;
- composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

Fait à Paris, le 26 août 2002.

Jean-François Mattei

## **Courriel de recrutement**

Chers collègues,

Je m'appelle Anne-Marie KHAM et je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens. Je réalise actuellement mon travail de thèse sur la visite à domicile sous la direction du Dr FORTANE Pierre à BURY (60).

La visite à domicile est une activité quasi spécifique de notre spécialité, mais sa part dans l'activité du médecin traitant ne cesse de diminuer, se situant actuellement aux alentours de 12%.

La dernière loi de santé insiste sur le renforcement indispensable des soins primaires avec un virage ambulatoire envisagé, en particulier, dans la prise en charge des pathologies chroniques et de celles liées au vieillissement, renforçant ainsi la place du médecin traitant dans le système de santé, mais aussi sa sollicitation au domicile des patients.

Avec un quotidien déjà surchargé (planning saturé, consultations longues, charge administrative de travail ...), comment les visites à domicile vont-elles encore pouvoir perdurer?

Plusieurs travaux ont analysé le vécu des médecins traitants, mais je souhaite m'intéresser à la perception que vous avez de votre futur exercice, notamment sur le plan de la visite à domicile.

Cette étude fera l'objet de ma thèse.

Dans le cadre de ce travail, je réalise des entretiens individuels semi dirigés anonymes et confidentiels d'une durée d'environ 15 minutes.

Si vous êtes intéressés pour participer à cette étude, vous pouvez me répondre par mail sur [thesevad2016@gmail.com](mailto:thesevad2016@gmail.com) en me laissant vos coordonnées.

Je vous répondrai dans les plus brefs délais, afin d'organiser un rendez-vous au moment qui vous conviendra le mieux.

Votre participation serait une aide précieuse à la conduite de mon travail et je vous remercie par avance du temps que vous voudrez bien m'accorder.

Cordialement  
Anne-Marie Kham

## **Script d'entretien : internes**

### **Préambule:**

Bonjour, je vous remercie de bien vouloir répondre à ces quelques questions dans le cadre de mon travail de thèse concernant votre perception et votre vision sur la visite à domicile. Cet entretien anonyme sera, avec votre accord, enregistré de façon à faciliter la prise de notes.

### **Présentation**

- **âge et année d'internat**

- **Avez-vous effectué un stage chez le praticien et/ ou SASPAS?**

**Que représentait pour vous les visites à domicile avant d'avoir réalisé le stage chez le praticien ?**

**Comment avez-vous perçu vos premières visites à domicile?***(Relances en italique )*

*Vous souvenez-vous des motifs, du lieu, de la durée de ces visites...?*

*Quels sont vos ressentis? Quel est l'intérêt pratique des visites à domicile?*

**Compte tenu de ce que vous venez de me dire, comment qualifiez-vous la visite à domicile?**

*Que pensez-vous de sa place dans notre activité quotidienne?*

*Que pensez-vous de sa nécessité?*

*Quelles sont les raisons pour lesquelles vous maintiendriez les visites à domicile si telle est votre volonté? Et les raisons pour lesquelles vous les supprimeriez ?*

*Quels sont les inconvénients de celle-ci?*

**Ainsi, quelle place tiendra selon vous la visite à domicile dans votre futur exercice et comment comptez-vous vous organiser ?**

*Poursuivriez-vous les visites à domicile ou limiteriez-vous celles-ci?*

*Comment vous organiseriez-vous pour maintenir les visites à domicile si telle est votre volonté? En créant des créneaux dédiés? Comment hiérarchiseriez-vous les demandes?*

**D'une façon plus générale (au-delà de votre propre exercice), quel avenir voyez-vous pour la visite à domicile?**

*De quelle manière le nombre de visites à domicile évoluera-t-il?*

**Et si demain vous deviez envisager de déléguer partiellement les visites à domicile à d'autres professionnels de santé (par exemple :infirmières cliniciennes) en coordination avec vous, comment imagineriez-vous un tel système. ?**

*Pourriez-vous envisager une telle organisation pour toutes les visites ou alors certains types de visite à domicile ? Quelles limites voyez-vous à un tel système ?*

*Selon vous quels professionnels de santé seraient les plus à même de pouvoir réaliser ses visites ? Sous quelles conditions ?*

*Que pensez-vous de la place des SOS médecins ?*

**Avez-vous d'autres remarques à rajouter?**

**Merci beaucoup pour vos réponses.**

## **Script d'entretien : patients**

### **Préambule:**

Bonjour, je m'appelle Anne-Marie Kham et je suis interne en médecine générale. Je réalise une thèse ayant pour objectif de recueillir votre perception de la visite à domicile.

En effet, depuis des années, la part d'activité des médecins généralistes consacrée à la visite à domicile n'a cessé de diminuer, ne représentant plus aujourd'hui que 12% de leur activité.

Or, la nouvelle loi de santé envisage de renforcer le rôle du médecin traitant, en particulier dans la prise en charge des pathologies chroniques.

Les médecins généralistes qui ont déjà une charge de travail intense, vont voir cette dernière s'intensifier, d'autant plus que l'accroissement du vieillissement de la population et les difficultés d'accessibilité aux soins (éloignement, transport ...) renforceront cette demande de soins à domicile que les institutionnels souhaitent par ailleurs privilégier par rapport à l'institutionnalisation ou à l'hospitalisation.

Je souhaite m'intéresser à la perception que vous avez de la visite à domicile pour évaluer votre ressenti et vos souhaits quant à celle-ci.

C'est l'objet de notre entretien et je vous remercie d'accepter d'y participer.

Cet entretien anonyme sera, avec votre accord, enregistré de façon à faciliter la prise de note.

### **Présentation**

- âge
- profession
- situation familiale
- moyen de locomotion
- ville/campagne
- Avez-vous eu recours aux visites à domicile?

### **Quelle est votre expérience personnelle de la visite à domicile?**

*Rappelez-vous des motifs, du lieu, la durée... de ces visites?*

*Quels sont vos ressentis? (satisfaction ou déception)*

### **De ce fait, comment qualifiez-vous la visite à domicile? Que représente-t-elle pour vous?**

*Que pensez-vous de sa place dans votre vie de tous les jours?*

*Que pensez-vous de sa nécessité?*

*Quelles sont les difficultés et obstacles pour obtenir une visite à domicile que vous avez rencontrés personnellement?*

### **D'une façon générale, que souhaiteriez-vous voir changer/améliorer en matière de visites à domicile dans le futur?**

### **Que pensez-vous d'une éventuelle disparition des visites à domicile ?**

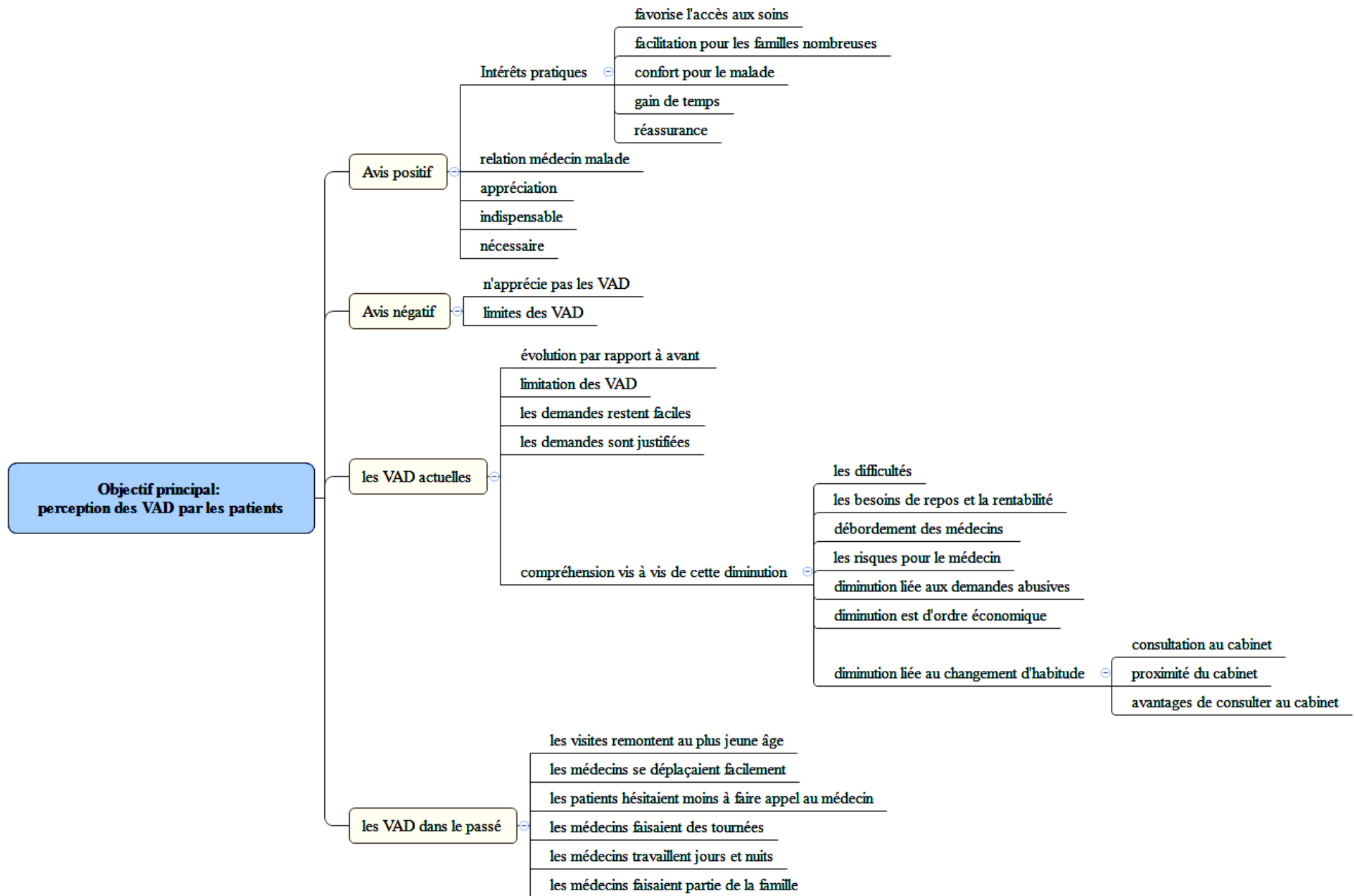
**S'il était envisagé dans l'avenir de déléguer partiellement les visites à domicile à d'autres professionnels de santé (par exemple : infirmières cliniciennes) en étroite coordination avec votre médecin traitant, comment envisageriez-vous cela concrètement ?**

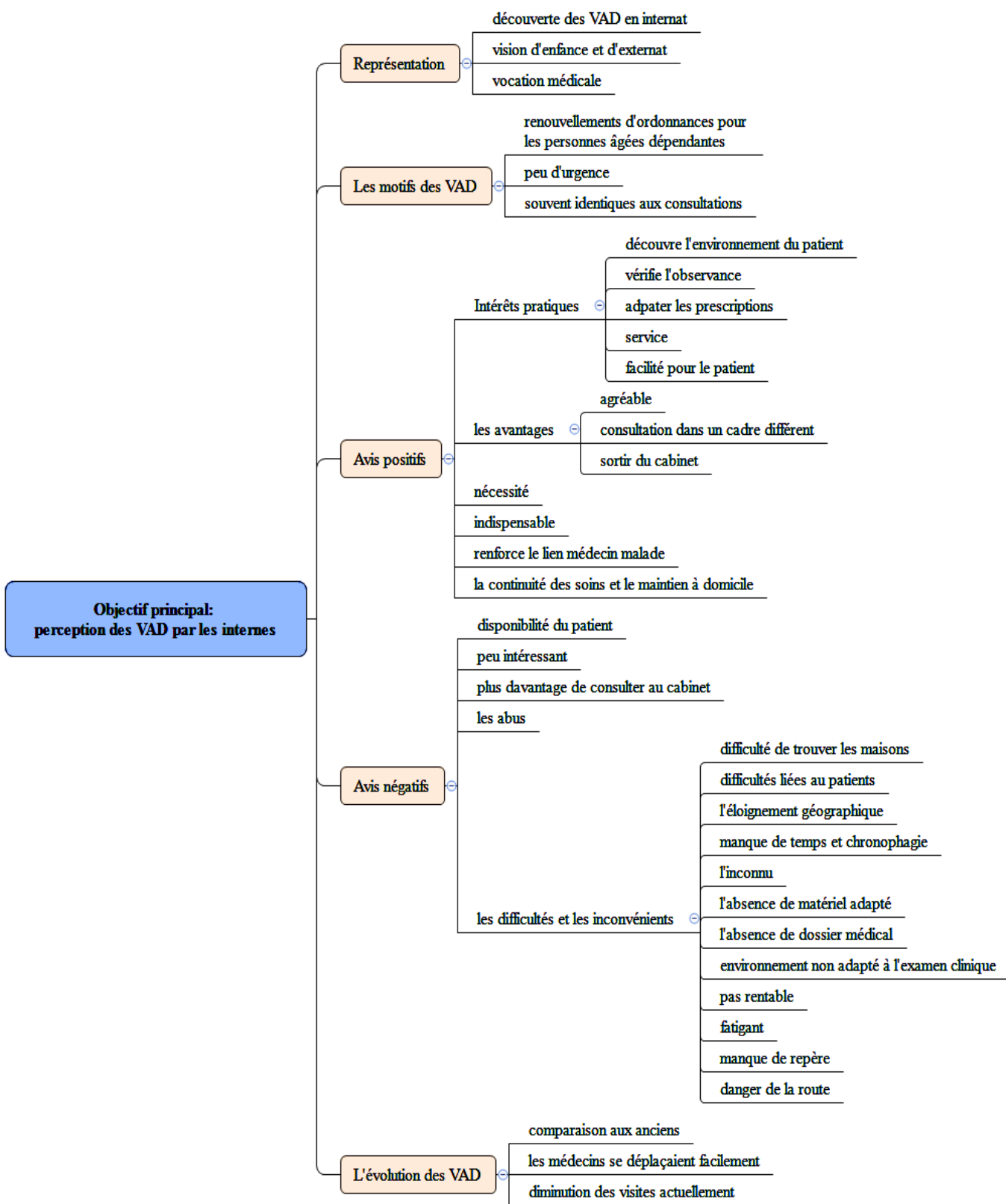
*Quelle serait votre réaction?*

*Que pensez-vous de la place des SOS médecins ?*

### **Avez-vous d'autres remarques à rajouter?**

**Merci beaucoup pour vos réponses.**





## Références bibliographiques

1. Définitions : visite - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse.fr. [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/visite/82210>
2. Eco-Santé France, Régions & Départements 2016 [Internet]. www.ecosante.fr. 2016 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>
3. Activité et prescriptions [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 28 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php>
4. Bulletin Officiel n°2002-35 [Internet]. [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-35/a0352940.htm>
5. Activités des médecins par département en 2014 [Internet]. [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Activite\\_des\\_medecins\\_par\\_departement\\_en\\_2014.xls](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Activite_des_medecins_par_departement_en_2014.xls)
6. Projet de loi de financement de la sécurité sociale de financement de la Sécurité sociale pour 2004 [Internet]. senat.fr. [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a03-060/a03-06017.html>
7. Atlas de la démographie médicale 2016 [Internet]. [cité 23 nov 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
8. Démographie médicale en France: hémorragie des généralistes, spécialistes en hausse [Internet]. La Parisienne. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/demographie-medecale-en-france-hemorragie-des-generalistes-specialistes-en-hausse-01-06-2016-5848867.php>
9. LE SCOUEZEC P, SINOQUET M-C. D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer. INSEE Picardie. 2014;(85):1- 6.
10. BLANPAIN N, BUISSON G. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. INSEE; 2016 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2496228/ip1619.pdf>
11. Vieillesse, longévité et assurance maladie [Internet]. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie; 2010 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_note\\_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf)
12. Strawn GB. Consommation de soins et biens médicaux : toujours plus ? [Internet]. lesechos.fr. 2016 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-156382-consommation-de-soins-et-biens-medicaux-toujours-plus-1215813.php#Xtor=AD-6000>

13. BERAUD C. L'actualité médicale vue par le professeur Claude Béraud [Internet]. 2014 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.claudeberaud.fr/?102-l-offre-et-la-demande-de-soins-un-developpement-sans-limite>
14. HOURRIEZ J-M. La consommation médicale à l'horizon 2010. Econ Stat. 1993;265(1):17- 30.
15. DREES. La consommation de soins et de bien médicaux [Internet]. 2014 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichea.pdf>
16. BERLAND Y. Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences [Internet]. 2003 oct [cité 8 déc 2016]. Report No.: Rapport « Transfert de Compétences ». Disponible sur: [http://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/cooperation\\_professions\\_de\\_sante\\_berland.pdf](http://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/cooperation_professions_de_sante_berland.pdf)
17. HAS- Haute Autorité de santé. Rapport d'étape - Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé [Internet]. HAS; 2007 janv [cité 10 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport\\_etape\\_cooperation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf)
18. Qu'y a-t-il dans la loi de santé ? - Loi de modernisation de notre système de santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/qu-y-a-t-il-dans-la-loi-de-sante>
19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
20. MARQUISET D. La délégation de tâches en médecine générale: étude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en France-Comte [Internet]. Besançon; 2007 [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.femasac.fr/telechargements/file/46-delegation-de-taches-en-medecine-generale-3.html>
21. WIENKE G.W.Boerma. Profils of General Practice in Europe [Internet]. NIVEL; 2003 [cité 19 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>
22. VAN ROYEN P. 19- Home Visits: are they Useful or Necessary in Family Medicine? [Internet]. European Edition 2015; 2015 [cité 19 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/019%20%E2%80%93%20Home%20Visits.pdf>
23. ANSELM M, ALIZADA U. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale- Enquête auprès des internes en médecine générale [Internet]. ORS ALSACE- Observatoire régional de la santé; [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/services/Devenirinternes\\_20140522.pdf](http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/services/Devenirinternes_20140522.pdf)
24. PROISY D, ROUQUET R. Pour une approche prospective de la démographie médicale. Enquête auprès des internes en Médecine Générale de l'UFR de Médecine d'Amiens.



25. AUBIN-AUGER I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142- 5.
26. SCHNEIDER D. La validité dans une analyse qualitative [Internet]. 1998 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://tecfa.unige.ch/guides/methodo/IDHEAP/slides/methodo-slides-111.html>
27. REGNIER J-C. L'enquête par entretien et quelques biais possibles [Internet]. 2005 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: [http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao\\_claudio/4PA16402/Entretien\\_biais.pdf](http://jean-claude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf)
28. Le biais | Primer on Public Health Population [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://phprimer.afmc.ca/Lesmethodesetudierlasante/Chapitre5LvaluationDesPreuvesEtDeLeL146information/Lebiais#Bias>
29. ZIRMI A. Visite à domicile des médecins généralistes: opinions des patients et des médecins. A propos d'une étude qualitative. [Thèse Méd]. Université de STRASBOURG; 2013.
30. MICHAUX H. La visite à domicile: opinions des médecins généralistes du Rhône et de leurs patients 3 ans après la réforme d'octobre 2002. [Thèse Méd]. Université de LYON; 2006.
31. VIGNEUX GEST F. Les visites à domicile en médecine générale en Picardie: état des lieux en 2013, évolution des pratiques, ressenti des médecins généraliste. [Thèse Méd]. Université d'AMIENS; 2014.
32. MOURIER P-F. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain? Les coopérations entre professionnels de santé [Internet]. Centre d'analyse stratégique; 2011 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2011-12-5-cooperations-professionnels-v1-na254.pdf>
33. HAS- Haute Autorité de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade [Internet]. HAS; 2008 juin [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport\\_de\\_synthese\\_des\\_evaluations\\_quantitatives\\_relatives\\_aux\\_nouvelles\\_formes\\_de\\_cooperation\\_entre\\_professionnels\\_de\\_sant.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport_de_synthese_des_evaluations_quantitatives_relatives_aux_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sant.pdf)
34. JENNAH D. La visite à domicile: quel avenir pour ce mode d'exercice en médecine générale ? : étude quantitative descriptive transversale d'un échantillon d'internes de Paris XIII [Thèse Méd]. Université Paris 13; 2016.
35. VIALTEL S-E. La visite à domicile : Perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Internet] [Thèse Méd]. Université de LORRAINE; 2012 [cité 14 sept 2016]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2012\\_VIALTEL\\_SABINE\\_ELOISE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIALTEL_SABINE_ELOISE.pdf)
36. POMPEY D. Apprentissage de la visite à domicile : quels enjeux pédagogiques en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée [Thèse Méd]. Université de SAINT-ETIENNE; 2010.

37. GAUTIER E. La visite à domicile en médecine générale: opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. [Thèse Méd]. université de NANTES; 2012.
38. POIRET A. La visite à domicile: analyse de la démarche décisionnelle. Enquête réalisée auprès de médecins généralistes picards. [Thèse Méd]. Université d'AMIENS; 2013.
39. FOURRIER E. La visite à domicile du médecin généraliste: état des lieux , évolution et perspectives en Basse-Normandie en 2014 [Thèse Méd]. Université de CAEN; 2014.
40. 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] [Thèse Méd]. Université d'Angers; 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20076392/2013MCEM1116/fichier/1116F.pdf>
41. URML ILE-DE-FRANCE. La visite à domicile chez les médecins franciliens [Internet]. 2005 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_060206.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf)
42. Hospitalisation à domicile (HAD) | service-public.fr [Internet]. [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>
43. AUGROS S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes: étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 [Internet] [Thèse Méd]. Université JOSEPH FOURIER; 2012 [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00682726/document>
44. DUMONTET M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation: quels enjeux en médecine générale? Analyses micro-économétriques de l'offre de soins [Internet] [Thèse Méd]. Université de Paris-Dauphine; 2015 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01215131/document>
45. LANGLOIS J. La démographie médicale future [Internet]. Conseil National de l'Ordre; 2001 [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/demofuture.pdf>
46. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
47. HAS- Haute Autorité de santé. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires? [Internet]. 2014 [cité 14 mars 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)
48. Observatoire régional de la santé, Union régionale des professionnels de santé- médecins libéraux. Intégration d'infirmiers au sein de cabinets de médecine générale: opinion des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel En Médecine Générale - 2010-2012 - Pays Loire [Internet]. déc 2014 [cité 15 mars 2017]; Disponible sur: [http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014\\_10\\_in\\_tegration\\_infirmiers\\_panel2mgpdl.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_10_in_tegration_infirmiers_panel2mgpdl.pdf)

49. Atelier 2: Délégation de tâche\_ Délégation de compétence [Internet]. 11ème journée des professionnels de santé et des associations de patients en Aquitaine; 2015 mars 13 [cité 15 mars 2017]; Aquitaine. Disponible sur: [http://urpsmla.org/IMG/pdf\\_Atelier\\_2\\_F.\\_BERGER.pdf](http://urpsmla.org/IMG/pdf_Atelier_2_F._BERGER.pdf)
50. MARQUISET D. Délégation de tâches en médecine générale: étude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté [Internet] [Thèse Méd]. Université de Besançon; 2007 [cité 24 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.femasac.fr/telechargements/file/48-delegation-de-taches-en-medecine-generale-1.html>
51. FLORIN F. Etat des lieux de l'opinion des médecins généralistes picards concernant les propositions de réformes médicales proposées dans le rapport Hubert: enquête auprès de 200 médecins généralistes picards [Thèse Méd]. [France]: Université de Picardie; 2012.
52. DELAMAIRE M-L, LAFORTUNE G. Les pratiques infirmières avancées: une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. OECD-Organisation de Coopération et de Développement Economiques; 2010 [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)5&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5&docLanguage=Fr)
53. BOURGUELI Y. Soins primaires: vers une coopération entre médecins et infirmières: l'apport d'expériences européennes et canadiennes [Internet]. IRDES; 2006 mars [cité 16 mars 2017]. Report No.: 532. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1624part1.pdf>
54. HAS- Haute Autorité de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? [Internet]. HAS; 2008 avr [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco\\_cooperation\\_vvd\\_16\\_avril\\_2008\\_04\\_16\\_12\\_23\\_31\\_188.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_188.pdf)
55. Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers [Internet]. www.senat.fr. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3186.html>
56. Senbel E. Les collaborations interprofessionnelles. Lett Rhumatol [Internet]. mars 2009 [cité 15 mars 2017];(350). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15144.pdf>
57. IRDES. Evaluation Daphnée: Evaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée\_ Protocole d'évaluation [Internet]. IRDES; 2015 [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-asalee-daphnee-protocole-d-evaluation.pdf>
58. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. La coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2014 [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Avis-sur-la-cooperation-entre-professionnels-de-sante>

59. MARTIN J-R. Délégation de prise en charge en secteur libéral ou exercice regroupé. Soins. sept 2015;(798).
60. Infirmier clinicien spécialisé : une pratique avancée aujourd'hui, un statut demain [Internet]. [cité 10 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Infirmier-clinicien-specialise.180701.0.html>
61. Gic REPASI | Réseau de la Pratique Avancée en Soins Infirmiers [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.anfiide-gic-repasi.com/>
62. DESGREES DU LOU G. Nouveau métier: Infirmier clinicien spécialisé, une expérimentation francilienne. Concours Méd. janv 2017;139:14.
63. Master Sciences cliniques infirmières [Internet]. [cité 4 févr 2017]. Disponible sur: <http://formations.univ-amu.fr/ME5ACI.html>
64. LENOIR-SALFATI M, MERLE C. Pratiques avancées: quelles perspectives pour les infirmiers? [Internet]. 2014 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pptx/\\_Salon\\_infirmier\\_2014\\_Diaporama\\_pratiques\\_avancees.pptx](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pptx/_Salon_infirmier_2014_Diaporama_pratiques_avancees.pptx)
65. Consultation à 25 euros, peut-être visite à 56 : MG France persiste dans la transgression tarifaire [Internet]. [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: [http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/04/02/consultation-25-euros-peut-etre-visite-56-mg-france-persiste-dans-la-transgression-tarifaire\\_749166](http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/04/02/consultation-25-euros-peut-etre-visite-56-mg-france-persiste-dans-la-transgression-tarifaire_749166)
66. Convention médicale 2016 [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2016.php>
67. Transport à la demande [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cc-baiedesommesud.fr/index.php/services-a-la-personne/transport-a-la-demande>
68. Le Transport à la demande - Aisne [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://aisne.com/Le-Transport-a-la-demande>
69. Transport à la demande - Transport en commun Oise Mobilité [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.oise-mobilite.fr/presentation/?rub\\_code=9](https://www.oise-mobilite.fr/presentation/?rub_code=9)
70. DURUPT M, BOUCHY O. La télémédecine en zones rurales: représentations et expériences de médecins généralistes. 2016;28(4):487- 97.
71. Télémédecine - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. www.hopital.fr. [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-evolutions-a-l-hopital/Telemedecine>
72. HAS- Haute Autorité de santé. Efficience de la télémédecine: état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. HAS; 2011 juin [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/HAS\\_cadrage\\_telemedecine\\_juin2011.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/HAS_cadrage_telemedecine_juin2011.pdf)
73. DOREY E. Télémédecine: trois start-up, trois solutions. Le concours médical. nov 2016;TOME 138(9):691.

74. Santé LF. La cabine de télémedecine, un précieux gain de temps [Internet]. Figaro Santé. 2016 [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/la-cabine-de-telemedecine-un-precieux-gain-de-temps/>
75. BOHINEUST A. La première cabine de télémedecine est installée en France. Le Figaro [Internet]. 21 janv 2014 [cité 9 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/societes/2014/01/21/20005-20140121ARTFIG00211-la-premiere-cabine-de-telemedecine-est-installee-en-france.php>
76. Service régional de Télémedecine : Comedi-e | GCS e-Santé Picardie [Internet]. [cité 27 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.esante-picardie.com/projets/service-regional-de-telemedecine/>
77. FRANCE C. Un statut innovant et expérimental pour SOS Médecins Sens [Internet]. [www.lyonne.fr](http://www.lyonne.fr). [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.lyonne.fr/sens/vie-pratique-consommation/2015/02/04/un-statut-innovant-et-experimental-pour-sos-medecins-sens\\_11316215.html](http://www.lyonne.fr/sens/vie-pratique-consommation/2015/02/04/un-statut-innovant-et-experimental-pour-sos-medecins-sens_11316215.html)
78. Consultation à domicile: la start-up Docadom lance une plateforme de mise en relation patients-médecins [Internet]. Actualités-SFMU- Société Française de Médecine d'Urgence. [cité 4 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-59597-consultation-a-domicile-la-start-up-docadom-lance-une-plateforme-de-mise-en-relation-patients-medecins>
79. Etats-Unis: la visite du médecin à domicile revient, portée par les nouvelles technologies [Internet]. La Parisienne. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/etats-unis-la-visite-du-medecin-a-domicile-revient-portee-par-les-nouvelles-technologies-10-01-2016-5437583.php>

## **Les visites à domicile : quelle place dans l'organisation des soins de demain ?**

### **Perception des internes en médecine générale et des patients picards**

**INTRODUCTION :** Les visites à domicile (VAD) ont beaucoup diminué depuis une vingtaine d'années en France. La densité médicale en Picardie est la plus faible de France et la demande de soins ne cesse d'augmenter. Face à cette évolution, l'objectif principal était d'évaluer la perception des internes et des patients picards sur la VAD. Les objectifs secondaires consistaient à analyser leurs souhaits à propos des VAD et leurs avis concernant les délégations de tâches aux infirmières cliniciennes.

**METHODE :** Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes et patients picards.

**RESULTATS :** Au total, seize internes et vingt-trois patients picards ont été interviewés. Une analyse thématique a été réalisée par la même enquêtrice. Concernant la perception des VAD, celles-ci sont perçues comme « nécessaires » et « indispensables » pour les personnes âgées dépendantes par les 2 acteurs. Les patients ont changé leurs habitudes et préfèrent consulter au cabinet actuellement. Les VAD permettaient aux internes de découvrir l'environnement, d'adapter la prescription médicale. Le caractère chronophage, le manque de matériel et un examen plus difficile à réaliser étaient évoqués par les internes. Concernant les délégations de tâches, les avis sont divergents. Une partie des patients et des internes trouvait que la délégation des VAD pourrait être envisageable sous réserve d'une collaboration étroite avec le médecin. L'autre partie, jugeait que les visites étaient du domaine des médecins. Les principaux freins étant l'absence actuelle de formation adéquate des infirmiers et le problème de la responsabilité. Les 2 acteurs ont évoqué leurs souhaits de la poursuite des VAD mais réservées aux motifs justifiés.

**CONCLUSION :** La place des VAD ne prédomine plus dans le quotidien des 2 acteurs, mais reste néanmoins nécessaire. Au-delà de la délégation de tâches, les médecins voient leur champ de compétence se restreindre, ainsi, devant une telle l'évolution de leur métier, quel serait l'avenir pour cette spécialité ?

**MOTS CLES :** visite à domicile, médecine générale, internes, délégation de tâches

## **Home visits : what place in the organizations of care in the future?**

### **Perception of interns of general practice and patients of Picardie**

**INTRODUCTION :** Home visits have decreased significantly during the past twenty years in France. Picardie has a low density of physicians and there is increasing demands on the healthcare. The main objective has been to analyze the perception about interns of general practice and patients of Picardie.

The secondary objectives have been to analyze their wishes about home visits in the future and their opinions about delegating tasks by nurse practitioner.

**METHOD:** A qualitative research by semi-structured interviews has been conducted with residents and patients of Picardy.

**RESULTS:** Sixteen residents and twenty three patients were interviewed. A thematic analysis was used. They have agreed about the necessity of home visits especially for dependent elderly patients. Patients have changed their habits and prefer to go to physician's office nowadays.

Residents could get a sense of patients living environment, and to adapt prescriptions. Residents found that home visits were time-consuming, that they were underequipped and the physical examination was more difficult. Different points of view have been mentioned about delegating tasks. Some residents and patients have found the delegating tasks could be possible if nurses practitioners and physicians worked collaboratively. Other residents and patients have judged that home visits are in the doctor's domain, whereas nurses' training and responsibility would be the main obstacle. They both mentioned their wishes to maintain the home visits only for justified reasons.

**CONCLUSION:** The decrease of the number home visits was remarkable, however, they still remain necessary. GP's field of competence seems to be reduced. In this way, what remains of this specialty?

**KEYS WORDS:** home visits, general practice, interns of general practice, delegating tasks