

Les visites à domicile permettent-elles une relation médecin-patient de qualité? Étude qualitative auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes

Sylvain Thiabaud

▶ To cite this version:

Sylvain Thiabaud. Les visites à domicile permettent-elles une relation médecin-patient de qualité? Étude qualitative auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02320044

HAL Id: dumas-02320044 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02320044

Submitted on 18 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS Faculté de médecine de Nice

Année 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Les visites à domicile permettent-elles une relation médecin-patient de qualité ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le : 12/06/2019

Par Sylvain THIABAUD Né le 23/11/1990 à VILLEURBANNE

Jury

Monsieur le Professeur GUERIN Olivier Président du jury

Monsieur le Professeur DARMON David Assesseur

Madame la Professeure MONNIER Brigitte Assesseur

Monsieur le Docteur CASELLES Didier Membre d'honneur

Madame la Docteure DANDURAN Marie Directrice de thèse



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie Pr. ALUNNI Véronique Recherche Pr DELLAMONICA jean Etudiants M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque Mme AMSELLE Danièle

Doyens Honoraires M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel





Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mı	me	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.		BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.		BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mı	me	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.		BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mı	me	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.		CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.		CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.		DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.		DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.		FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.		FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.		FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.		GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.		HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.		LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.		LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.		MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.		PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.		PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.		PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mi	me	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.		ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.		SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.		STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.		THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.		TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

TOULON Pierre

M.

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

Hématologie et Transfusion (47.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

MmeCASTA CélineMédecine Générale (53.03)M.GASPERINI FabriceMédecine Générale (53.03)M.HOGU NicolasMédecine Générale (53.03)





Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc M. GASTAUD Pierre M. BALAS Daniel M. GÉRARD Jean-Pierre M. BATT Michel M. GILLET Jean-Yves M. BLAIVE Bruno M. GRELLIER Patrick M. BOQUET Patrice M. GRIMAUD Dominique M. BOURGEON André M. JOURDAN Jacques M. BOUTTÉ Patrick M. LAMBERT Jean-Claude M. BRUNETON Jean-Noël M. LAZDUNSKI Michel Mme BUSSIERE Françoise M. LEFEBVRE Jean-Claude M. CAMOUS Jean-Pierre M. LE FICHOUX Yves M. CANIVET Bertrand Mme LEBRETON Elisabeth M. CASSUTO Jill-patrice M. MARIANI Roger M. CHATEL Marcel M. MASSEYEFF René M. COUSSEMENT Alain M. MATTEI Mathieu Mme CRENESSE Dominique M. MOUIEL Jean M. DARCOURT Guy Mme MYQUEL Martine M. DELLAMONICA Pierre M. ORTONNE Jean-Paul M. DELMONT Jean M. PRINGUEY Dominique M. DEMARD François M. SAUTRON Jean Baptiste M. DESNUELLE Claude M. SCHNEIDER Maurice M. DOLISI Claude M. TOUBOL Jacques Mme EULLER-ZIEGLER Liana M. TRAN Dinh Khiem M. FRANCO Alain M VAN OBBERGHEN Emmanuel M. FREYCHET Pierre M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard M. MAGNÉ Jacques
Mile CHICHMANIAN Rose-Marie Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel Mme ROURE Marie-Claire



Remerciements

A Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Je vous remercie infiniment de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous adresse mes remerciements sincères et respectueux.

A Monsieur le Professeur David DARMON

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

A Madame la Professeure Brigitte MONNIER

Je vous suis reconnaissant d'accepter de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour votre disponibilité. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Didier CASELLES

Merci pour ta gentillesse et ta disponibilité toujours au rendez-vous après tous les internes que tu as accueilli dans ton cabinet. Tes conseils et ta vision de notre métier m'ont beaucoup apporté.

A Madame la Docteure Marie DANDURAN

Première thèse dirigée! Et sûrement pas la dernière. Merci pour ton implication, ta disponibilité, tes appels même lors de tes vacances. Ta rigueur et ta précision m'ont guidé pour cette thèse comme pour mes six mois à la montagne. Merci.

A ma chérie

Que dire sur toi... La plus belle et la plus merveilleuse. Celle qui a tout changé. Vivre avec toi est un véritable bonheur au quotidien. Je suis heureux de chaque instant à tes côtés. Ne change surtout pas. Reste entière et dévouée dans tout ce que tu entreprends. Je t'aime

A ma famille

A mes parents sur qui je peux toujours compter, qui ont toujours été le plus bel exemple à suivre pour moi, dans tous les aspects de la vie. Qui m'ont toujours appris à agir correctement et honnêtement. Merci de votre amour et d'être mes modèles.

A ma sœur, qui arrive à résister à toutes les difficultés. Reste forte quoi qu'il arrive. A ma petite Manon qui grandit trop vite.

A mes grands-parents Jean, Odette, Walter, Louisette.

Les modèles de mes modèles. Les mots me manquent.

Nous vous aimerons pour toujours.

A Valentin

Le seul, l'unique. La rencontre et la colocation d'une vie. Merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble, pour toutes ces passions communes qui vont bien au-delà. On sera jamais loin l'un de l'autre.

A Pierrot et Maxou

Mes compagnons de voyage que je n'échangerai pour rien au monde. Pour tous ceux qu'on a fait et tous ceux qu'on fera encore, et pour tout le reste un immense merci.

Sans oublier le Kentin toujours aussi exceptionnel.

A Nicolas

Ma découverte de la fac s'est faite avec toi. Avec beaucoup d'aventures rocambolesques. Merci pour ta perpétuelle joie de vivre.

A Victoria

La définition d'une amitié pure et sincère. Ma deuxième plus belle rencontre du CHM. Je n'oublierai jamais nos journées passées à refaire le monde en profitant de la vue.

Aux Iyonnais

A tous ceux avec qui j'ai vécu ces années très particulières et très intenses qu'on ne vit que durant l'externat. Jérôme et Thibault pour les larmes et les lancées de boulettes qu'on a partagé. Max et Mélo pour tous nos discussions sans fin. A Gounette, Mathilde, Pierre, William, Baptiste, Martin, Sarah, Florian et à tous ceux de Galien pour tous ces bons moments ensemble.

A mes co-internes

Antho toujours souriant, toujours disponible pour ses amis. Ne change pas.

A Xavier, Camille, Laurence, Louis, Nathalie, Hugo, Leslie, Sophie, Valentin, Thibault merci pour toutes ces heures passées à essayer de travailler (un peu) ensemble.

A mère-grand et à Tyson

A tous ceux que j'ai rencontré, connu et apprécié durant mon internat à Pasteur et à Lenval grâce à qui les gardes sont plus agréables.

Et merci à ceux qui complètent l'équipe du SASPAS.

Madame la Docteure Stéphanie SAUZE pour tout son amour de ce métier et de ses patients. Merci de nous montrer tout ce que ce métier a à offrir.

Monsieur le Docteur Vincent DIEBOLT, pour sa cuisine et ses cours d'anatomie.

Et Laurent, fidèle au poste. Toujours agréable quelques soient les circonstances. Merci pour ta gentillesse et ton travail qui nous aide beaucoup.

Table des matières

Remerciements	9
Liste des abréviations	12
Introduction	13
Matériel et Méthode	14
Résultats	16
1. Description de l'échantillon	16
2. Les axes d'analyse	
2.1. Une relation médecin-patient intuitive	
Discussion	23
1. Définir la relation médecin-patient	23
2. Évaluer la relation médecin-patient	25
3. La communication	27
4. Le paternalisme médical	27
5. La particularité des EHPAD	29
6. Les alternatives aux visites	29
7. Limites et forces de l'étude	30
Conclusion	31
Bibliographie	32
Annexes	35
Serment d'Hippocrate	37
Dáná	20

Liste des abréviations

CG: cabinet de groupe

VAD: visite à domicile

EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IDE : infirmier diplômé d'état

RMP : relation médecin-patient

MG : médecin généraliste

Introduction

La visite à domicile (VAD) occupe une place particulière dans la médecine. Présente dès ses fondements, elle est mentionnée dans le Serment d'Hippocrate (1) et a inlassablement évolué au fil des ans selon les progrès et les réformes de la médecine et selon les mutations de la société. Ce mode d'exercice est devenu au cours de son évolution une spécificité de la médecine générale. (2)

Le médecin généraliste occupe un rôle pivot dans l'organisation et la gestion des soins en dehors de l'hôpital et plus particulièrement au domicile du patient. De la pédiatrie à la gériatrie, de l'urgence aux pathologies chroniques en passant par le suivi post-hospitalisation ou la lutte contre la dépendance, son champ d'action est vaste et varié.

La liste de difficultés rencontrées l'est tout autant, les contraintes du déplacement, l'absence de l'outil informatique et du dossier patient, le manque de matériel, les mauvaises conditions d'installation, le temps consacré. (3) Tous ces facteurs sont autant de contraintes auxquelles la majorité des médecins souhaitent être confrontés le moins possible. (4) Bien que les évolutions matérielles et technologiques améliorent les conditions de ces consultations, cela n'est pas encore suffisant.

L'évolution du nombre des visites à domicile le démontre. Alors qu'en 2001, les généralistes assuraient 65 millions de visites, ce qui représentait 23 % de leurs actes, ils ont effectué, en 2016, 24 millions de visites, soit moins de 9 % de leur activité. (5) Cette tendance se retrouve sur l'ensemble du territoire national dont les Alpes-Maritimes, où les visites représentent une part de plus en plus modérée de l'activité des médecins. (6)

Même si cette baisse a été demandée aux médecins depuis l'arrêté du 26 août 2002 (7) sur le bon recours aux visites à domicile elle reflète également leur volonté.

Malgré la forte diminution de ces visites, les médecins maintiennent cette activité devant les motifs de recours et les besoins toujours plus importants.

En effet les personnes âgées représentent la majorité de ces visites à domicile. (8) Et selon les données de l'Insee cette catégorie de la population ne cessera de prendre de l'ampleur dans les années à venir. Les habitants âgés de 75 ans ou plus représentent près d'un habitant sur dix au 1er janvier 2019. Et cette tendance va se poursuivre dans les années à venir. Ainsi en 2070, la France compterait plus d'une personne âgée d'au moins 65 ans pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans. (9) Ce vieillissement de la population s'observe aussi dans l'ensemble de l'Union Européenne. Parallèlement la préservation de l'autonomie de la personne âgée est devenue un enjeu de santé publique.

Le second motif de recours est lié au virage ambulatoire, soutenu par la Ministre de la Santé Madame Agnès BUZYN qui affirmait à l'automne 2017 son souhait de porter d'ici 2022 la médecine ambulatoire à 55 % et la chirurgie ambulatoire à 70 %, contre 43 % et 54 % aujourd'hui. (10)

Le médecin généraliste doit donc faire face à une demande croissante de visites à domicile malgré une offre de soin dégradée par rapport à des consultations en cabinet.

Pour ces patients confinés au domicile, les visites sont-elles seulement un outil de dépannage ou peuvent-elles enrichir la prise en charge ?

La relation médecin-patient a été choisie dans ce travail d'étude pour tenter de répondre à cette question. Cet axe de réflexion a été retenu pour différentes raisons. Tout d'abord le développement de la compétence relationnelle a été un des derniers grands bouleversements de la médecine. Le modèle relationnel a évolué d'un système paternaliste et biomédical vers un modèle autonomiste et biopsychosocial. L'approche centrée sur le patient remplace l'approche centrée sur la maladie. (11) Cette évolution a profondément modifié l'attitude des médecins généralistes ainsi que l'enseignement universitaire. De plus cette compétence semble a priori échapper aux contraintes matérielles citées comme frein majeur aux visites. Enfin cette approche a été peu étudiée jusqu'à présent.

La question de la qualité de la relation médecin-patient en visite à domicile a été soumise à différents médecins généralistes afin de recueillir et d'analyser leur ressenti. Puis dans un second temps nous avons analysé leurs avis sur les différentes options proposées pour pallier à la difficulté des visites à domicile.

Matériel et Méthode

Une étude qualitative semi-dirigée a été réalisée auprès de médecins généralistes dans le département des Alpes-Maritimes. Le choix de ce type d'étude s'est imposé pour répondre au mieux à la problématique posée, l'objectif étant de recueillir une perception qui est un critère subjectif. De plus ce profil d'étude permet l'étude de sujets dans leur environnement. (12) La visite à domicile était définie comme tout examen clinique d'un patient se déroulant en dehors du cabinet du médecin. Les critères d'inclusion étaient l'installation dans un cabinet libéral sans notion de durée ou le

remplacement fixe dans un cabinet libéral avec une patientèle attitrée. Les médecins devaient exercer dans les Alpes-Maritimes. Le critère d'exclusion était l'exercice exclusif en établissement de santé. Ne pas effectuer de visite à domicile n'était pas un critère d'exclusion a priori. Le recrutement a été effectué de novembre 2018 à avril 2019. Des médecins généralistes ont été recrutés par tirage au sort via annuaire téléphonique (Pages Jaunes®) et contactés par téléphone afin de présenter ce travail de thèse et définir une date et un lieu de rendez-vous. Le lieu de l'entretient était choisi au préalable par le médecin interrogé. Le recrutement s'est fait par échantillonnage en recherche de variation maximale pour obtenir un groupe hétérogène et représentatif selon le sexe, l'âge, le nombre de visite et le lieu d'exercice. Ces critères étaient recueillis par téléphone puis confirmés lors des entretiens avant le début de ceux-ci. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat.

Les informations concernant le traitement de données issues des entretiens ont été citées oralement et enregistrées. De même que le consentement de chaque praticien pour sa participation à l'étude. Un guide d'entretien a été rédigé en amont, et a ensuite servi de canevas et de socle pour les entretiens semi-dirigés. (13) Ce guide a été rédigé à partir des données de la littérature existante puis a été validé lors d'une cellule qualitative à la Faculté de Médecine de Nice. Il a ensuite été testé sur un médecin généraliste. Des modifications mineures ont été apportées. Durant les entretiens, ce guide a été de nouveau partiellement modifié selon les résultats afin d'optimiser les entretiens suivants.

L'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, retranscris en verbatim sous Word® au fur et à mesure puis rendu anonyme. Quelques notes accompagnant les verbatims ont pu être prises par l'enquêteur sur les conditions de réalisation des interviews et ses impressions. Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée (Grounded Theory Method) à l'aide du logiciel NVivo12® pour en faire ressortir les principales thématiques et les regrouper en thème. (14) Cette méthode d'analyse a été choisie afin d'obtenir la plus grande objectivité possible. L'étude ne cherchait pas à valider une hypothèse initiale mais au contraire à en fonder une, ne s'appuyant que sur le matériel recueilli pour évoluer progressivement au cours de l'analyse. Les entretiens ont été étiquetés par codage ouvert, axial et sélectif. Un double codage a été réalisé pour tous les entretiens par un médecin compétent. Un journal de bord a été tenu tout au long de ces différentes étapes et jusqu'à la rédaction finale afin de garantir au mieux l'objectivité et l'intérêt de l'étude. (15) Un tableau de correspondance garantissait l'anonymat et l'accès des participants à leurs données. Cette étude respecte les règles éthiques nationales en vigueur.

Résultats

1. Description de l'échantillon

Vingt médecins ont été contactés. Sur les 20, 18 ont répondu. Les deux médecins restants n'ont pas répondu malgré des messages téléphoniques et des relances.

Sur les 18, quatre ont refusé de participer sur le motif qu'ils ne faisaient pas de visite à domicile, et un a refusé car il n'avait pas le temps. Treize médecins ont donc participé à cette étude. Sur les 13, 11 étaient installés et faisaient des visites à domicile. Deux effectuaient des remplacements fixes avec une patientèle attitrée. Le premier entretien n'a pas été retenu dans l'analyse des résultats.

Les entretiens s'effectuaient généralement dans le cabinet des médecins interrogés selon leur demande, sauf deux entretiens qui se sont déroulés dans le cabinet d'un autre médecin. Et un s'est déroulé par téléphone, devant la difficulté de convenir d'une date de rendez-vous.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins interrogés.

Numérotation	Sexe	Âge	Mode d'activité	Durée d'installation	Lieu d'activité	Mode d'activité	Internes
Médecin 1	F	50	Installée	19 ans	Urbain	Cabinet groupe (CG)	SASPAS
Médecin 2	M	30	Installé	2 semaines	Urbain	CG	Non
Médecin 3	M	51	Installé	18 ans	Urbain	CG	Non
Médecin 4	F	28	Remplacements fixes	2 mois	Semi- rural	CG	Non
Médecin 5	M	60	Installé	33 ans	Urbain	CG	Niveau 1 et SASPAS
Médecin 6	M	57	Installé	8 ans	Urbain	Seul	Non
Médecin 7	F	44	Installée	14 ans	Semi- rural	CG	Non
Médecin 8	F	40	Installée	7 ans	Semi- rural	Seule	Non
Médecin 9	F	53	Installée	18 ans	Urbain	CG	Niveau 1
Médecin 10	M	39	Installé	7 ans	Rural	CG	Niveau 1
Médecin 11	M	69	Remplacements fixes après installation	4 ans après 25 ans	Urbain	CG	Non
Médecin 12	F	28	Installée	3 mois	Urbain	CG	Non

L'échantillon de médecins interviewés était hétérogène pour les critères choisis. La moyenne d'âge était de 45,75 ans. Les entretiens ont duré en moyenne 29,8 minutes, avec un minimum à 22 minutes et un maximum à 39 minutes.

Concernant les visites, le profil de patient était en moyenne à 95% une population gériatrique. Quatre médecins déclaraient voir tous leurs patients au moins une fois au cabinet. Un médecin avait stoppé son activité de visite depuis qu'il possédait sa patientèle attitrée.

Tableau 2. Caractéristiques des visites à domicile.

Numérotation	Nombre de VAD/semaine	Mode de VAD	Évolution	Institution/ EHPAD	Répartition
Médecin 1	11-20	Programmées	Stable	10% des VAD	2 demies- journées
Médecin 2	>30	Programmées + urgences	Stable	10% des VAD	Quotidien
Médecin 3	>30	Programmées + urgences	Stable	10% des VAD	Quotidien
Médecin 4	0				
Médecin 5	11-20	Programmées + urgences	Diminution puis stable	50% des VAD	Quotidien
Médecin 6	21-30	Programmées	Stable	10% des VAD	Quotidien
Médecin 7	1-5	Programmées	Diminution	Non	2 demi- journées
Médecin 8	20-30	Programmées + urgences	Diminution puis stable	50% des VAD	Quotidien
Médecin 9	11-20	Programmées	Diminution	50% des VAD	Quotidien
Médecin 10	1-5	Programmées + urgences	Stable	Non	Selon demande
Médecin 11	>30	Programmées + urgences	Stable	Non	Quotidien
Médecin 12	1-5	Programmées + urgences	Stable	10% des VAD	1 demi- journée

2. Les axes d'analyse

Six axes d'analyse ont été retrouvé parmi les résultats.

2.1. Une relation médecin-patient intuitive

Une première information se dégage des entretiens. Pour l'ensemble des praticiens interrogés, la relation médecin-patient qu'ils mettent en place s'établit de manière **intuitive** sans critère défini ni dans son élaboration, ni dans son évaluation. C'est une **compétence acquise** qu'ils ont fait évoluer au

cours de leur pratique de manière instinctive. « Je me suis jamais vraiment demandé les critères précis de la relation médecin-patient. » (M9) Par exemple seul un médecin interrogé avait notion de la définition de la relation médecin-patient publiée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) dans la revue Exercer. En revanche les plus jeunes médecins soulignaient avoir été formés à cette compétence durant leur internat à travers des séminaires notamment. « En fait je suis encore jeune, on nous a parlé de la relation médecin-patient et de l'approche centrée patient à la fac en séminaire et autre. Donc je me suis formée pendant l'internat quoi. Puis ça va sûrement évoluer. » (M12)

Il en est de même pour son évaluation. La grande majorité des praticiens se disaient satisfaits de la relation qu'ils avaient en visite mais sans l'évaluer objectivement. Ils se fient à leur propre impression et à leur analyse personnelle de la visite ou aux retours des patients ou de leurs proches. « Alors tout ça pour moi et peut-être qu'il faudrait que ça change, je pense que ce genre de travaux ça sert à ça, je l'évalue pas. C'est-à-dire que c'est intuitif et naturel. On voit si ça fonctionne ou si ça ne fonctionne pas. » (M1) « La relation en elle-même elle est plutôt satisfaisante effectivement. Parce qu'on se sent utile. » (M10) « En visite aussi. Je râle toujours mais c'est quand même satisfaisant. Et puis on a des retours parfois. » (M7)

Au final cette relation professionnelle reste avant toute chose une relation humaine. C'est un relationnel, un feeling soumis aux différentes individualités de chacun.

2.2. Un lien et une connaissance du patient plus profond

Tous les praticiens interrogés sont unanimes, la visite permet une **intimité** avec le patient bien supérieure à ce que peut offrir le cabinet. Ils expriment tous une **meilleure connaissance du patient** dans sa **globalité** intégrant l'ensemble de ses champs de vie et favorisant une vision biopsychosociale. La relation apparaît plus profonde et plus humaine. « On apprend beaucoup d'aller chez les gens. » (M9) « C'est-à-dire qu'on voit vraiment le patient dans son environnement à lui. On voit pourquoi il ne prend pas le médicament. » (M10) « On rentre vraiment dans leur intimité. » (M2) Le patient peut également avoir une **plus grande confiance** dans son médecin, car il invite ce dernier à venir chez lui, dans son environnement. Cet aspect est important car tous les médecins interrogés ont cité la **confiance comme critère fondamental** d'une bonne relation médecin-patient. « Oui sur la confiance je pense que c'est mieux aussi parce que... C'est une relation qui est plus égalitaire déjà. Donc c'est plus un rapport d'humain à humain. » (M12)

Cette meilleure connaissance s'explique aussi par une attitude différente du médecin et de ses possibilités accrues lors des visites. En effet ce dernier a plus de moyens pour **enquêter** et **récolter des informations** directement sur le terrain. Le praticien peut, avec l'autorisation et la participation du patient, avoir accès à de précieuses informations qui viennent compléter l'anamnèse en accédant au

mode de vie du patient. « Chez un diabétique on va en visite, si on n'ouvre pas le frigo on peut rater des choses. Y a une relation un petit peu curieuse. On est plus en enquête de terrain. Donc c'est quelque chose qui n'est pas évident dans la relation de s'autoriser, ou de demander l'autorisation de faire des choses, puisqu'on n'est pas chez soi. » (M5)

L'environnement et l'entourage du patient est différent au domicile car régulièrement l'entourage présent a une qualité d'aidant. Il participe pleinement à la prise en charge et demande souvent un compte-rendu de l'examen ou des décisions prises car il est également acteur de cette prise en charge. Les patients étant souvent en perte d'autonomie, les aidants sont fréquemment impliqués lors du recueil d'information ou lors de l'application d'un soin. « Alors en visite c'est souvent différent parce qu'ils ont la position des aidants. » (M10)

Les infirmiers diplômés d'état (IDE) tiennent également un rôle fondamental au domicile. Leurs connaissances du patient et leurs compétences sont des alliés précieux dans cette relation. Les médecins interrogés relatent que les IDE fournissent beaucoup d'informations sur l'état du patient et sur le degré d'urgence d'une situation. Toutes ces données médicales fiables aident le médecin à organiser les soins et à évaluer son délai d'intervention. Le travail de chaque professionnel de santé restant indépendant mais mutuel pour répondre au mieux aux besoins du patient. « Non ça dépend, parce qu'une infirmière qui prend en charge régulièrement quelqu'un et à qui on demande un passage pour aller jeter un coup d'œil et qui participe à cette prise en charge. Elle est quand même porteuse d'un vrai savoir et de vraies compétences identifiées par les patients. » (M5) « Ça ne change rien. Elle a sa relation. Moi j'ai ma relation. Et après on a notre relation entre professionnels. Ce ne sont pas les mêmes. Mais on travaille tous ensemble pour le patient. » (M6) « Oui enfin ça fait un lien. Ça permet d'avoir un côté médical et paramédical avec les infirmières, mais sur les à-côtés et le ressenti la famille elle est importante. » (M7)

2.3. La visite, un terrain favorisant la communication

La visite à domicile est une activité chronophage pour tous les praticiens dans sa préparation mais également dans sa réalisation car la durée passée au contact du patient est souvent plus importante, ce qui majore le temps de communication avec ce dernier.

Pour la communication verbale, les praticiens disent parler plus volontiers avec leur patient. Même si ces conversations débordent plus souvent en dehors du cadre médical comparativement au cabinet. « On a le décor et le mode de vie des gens sous les yeux donc spontanément on va plus en discuter avec eux. Par exemple si on voit une photo de famille on va en parler. Et ils vont mieux nous décrire leur famille, leur environnement. Et plus le côté social qui va avec. » (M4) « Oui mais au final on perd quand même plus de temps à domicile, parce que on passe plus de temps à établir cette relation. Donc pour le médecin il y a du pour et du contre. » (M4) « Oui parce que c'est plus facile j'ai l'impression. Parce

qu'on est chez les gens. Ils sont plus ouverts à discuter. Et comme souvent on a le café ben on discute encore après avoir passé la vitale. » (M2) Selon eux, le patient restant dans son domicile se place dans de meilleures prédispositions à l'examen. « Parce qu'on est chez les gens. Ils sont plus ouverts à discuter. » (M2) « Et après oui le patient est peut-être plus en confiance. Je sais pas. Peut-être qu'il dit un peu plus de chose. Il est chez lui quoi. Donc effectivement c'est un peu plus lui qui dirige. Plus qu'au cabinet, chez nous quoi. » (M10)

Il en va de même pour la communication non-verbale. Les visites laissent une **plus grande part à la communication non verbale** car les situations sont moins standardisées qu'en cabinet. Le médecin réfléchit et adapte en permanence sa posture, sa gestuelle et sa tenue vestimentaire. Ces messages transmis sont plus souvent instinctifs par rapport au cabinet où toute cette communication est généralement stéréotypée. Le médecin peut par exemple exprimer au patient qu'il va prendre son temps pour l'écouter s'il retire son manteau et s'assoit. « Peut-être oui parce qu'il y a aussi la notion d'habillement. Quand on est dans son cabinet on a défini comment on était. Quand on va chez quelqu'un, qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on fait consciemment ? Est-ce qu'on pose sa veste ? Où est-ce qu'on la met ? Si on garde sa veste qu'est-ce que ça veut dire en termes de communication ? Ça veut dire qu'on est pressé. Comment en allant chez l'autre, le mettre à l'aise pour pouvoir faire la même chose qu'on fait dans le cabinet ? Oui ça pose des interrogations. Et des tactiques d'adaptation. » (M5) « En visite j'ai plus de mal à trouver ma place. Les gens me proposent toujours de m'asseoir. Au début je refusais. Maintenant je le fais parce que je crois qu'ils préfèrent. » (M12)

2.4. La fragilité des patients et le paternalisme

Devant les difficultés des visites et la forte demande, les généralistes ont sélectionné les patients. Pour les praticiens de cette étude l'époque des visites de courtoisie ou des visites sans un véritable motif rendant tout déplacement au cabinet ardu est révolue. Au fil de cette sélection un profil de patient a émergé pour l'ensemble des praticiens. Un profil presque exclusivement gériatrique, en situation de dépendance et de fragilité que ce soit au domicile ou en institution. « Par exemple les visites parce que l'enfant à 38-38,5°C ça n'existe plus. Je refuse catégoriquement. Fut un temps, je me rappelle quand j'ai commencé ici on faisait des visites pour faire des vaccins. » (M3) Ces situations peuvent entrainer un déséquilibre entre les protagonistes. Le rapport de force peut être inégal et les patients au domicile semblent s'en remettre davantage à l'avis et aux décisions de leur médecin. « C'est complètement différent. Ils sont quand même en situation de dépendance quand on va à domicile. » (M1) « Oui c'est quand même différent parce qu'ils sont quand même en situation de faiblesse. » (M12)

Lorsqu'un médecin se retrouve face à un patient en état de fragilité, il doit se montrer davantage bienveillant et vigilant sans être trop intrusif. Car il peut se retrouver plus facilement dans

une double position favorisée par l'état du patient et l'accès à son environnement. En effet en plus d'être prescripteur il peut devenir acteur. D'après les médecins interrogés il leur arrive fréquemment d'intervenir directement auprès des patients afin de mettre en application certaines recommandations. « Parfois les gens sont gênés de nous recevoir alors que c'est un capharnaüm chez eux. Ils s'excusent. Et combien de fois j'ai vu des boites de médicaments trainer partout. Quand je trouve la situation risquée j'ai tendance à jeter les médicaments moi-même. » (M12). Et parfois au-delà du champ médical. « Puis y a toujours quelque chose à faire. Y en a qui sont seuls. Pas de famille. Pas de voisins. Presqu'on les fait manger. » (M7) Selon eux, la plus grande proximité avec les patients, ou la nécessité les poussent à intervenir et parfois appliquer leur propre prise en charge directement ou avec l'aide des soignants ou des aidants. « Puis voilà y a des patients aussi qui veulent rester maîtres de leur traitement. Donc ils ne veulent pas de pilulier, pas d'infirmière. D'autres c'est carrément l'inverse. Si on le fait pas nous-même ce sera jamais fait. Donc voilà il faut prendre tout ça en compte. Chacun est particulier. » (M7)

Dans certaines situations, c'est même le patient qui donne directement au médecin un plus grand pouvoir de décision sur son état de santé. Les médecins relatent que régulièrement lorsqu'un patient a affaire à un médecin de garde, ils sont sollicités pour donner une confirmation et une validation de la prise en charge et du traitement allant parfois jusqu'à avoir une demande de nouvelle visite. « Ah oui oui très souvent. « Oui ce week-end y a un médecin qui est venu en urgence, il m'a prescrit ça et ça mais je l'ai pas pris » combien de fois je l'ai entendu ça ! J'ai envie de leur dire alors pourquoi vous avez appelé ? Ouais finalement on s'aperçoit que les gens... On râle que les médecins ont moins d'aura qu'avant mais on s'aperçoit quand les gens ont affaire à des inconnus, et ben ils demandent quand même confirmation. Même après passage aux urgences. « Ouais regardez ce qu'ils m'ont fait » ils viennent me demander mon avis. J'ai l'impression qu'on est quand même important pour eux. » (M9)

Le médecin traitant assure donc un rôle plus vaste et plus complexe au domicile, semblant être plus **paternaliste**, en réponse à la fragilité et à la réalité des patients.

2.5. La particularité des EHPAD

La relation médecin-patient, déjà particulière en visite, l'est encore plus en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). « En institution c'est différent. L'organisation de la consultation en institution c'est quelque chose qui est intermédiaire, c'est pas vraiment de la visite, c'est pas vraiment de la consultation... » (M5) La relation est beaucoup plus distante et impersonnelle. « Il y a un tiers qui est fourni par l'établissement, tiers qu'il faut gérer. Estce que ça va changer la relation ? Je pense qu'en institution on est moins le médecin de son patient qu'en visite à domicile chez une personne âgée. » (M5) « Oui et c'est vrai aussi pour moi les patients en

institution, je n'ai pas la même relation humaine qu'avec un patient chez lui. Un patient âgé chez lui. » (M12) « Et dans le colloque singulier, que ce soit au cabinet ou au domicile, je trouve que c'est mieux qu'en maison de retraite. Les patients que j'ai suivis, à domicile ou au cabinet et après qui soient admis en EHPAD, je trouve qu'il y a une distance. Du fait de l'institution. » (M8)

Indépendamment de la bienveillance et de la bonne prise en charge des patients dans ces institutions, la **relation médecin-patient** se révèle **très ténue**. Les conditions de visites sont davantage précaires et les patients en situation de plus grande dépendance et fragilité. De plus le poids du fonctionnement de l'institution peut entraver l'intervention du médecin qui doit composer avec l'organisation de l'établissement. Tous ces éléments réunis semblent complexifier le travail du médecin et nuire à l'installation d'une relation médecin-patient de qualité. Face à ces situations, les praticiens expriment tous leurs difficultés mais soulignent que chaque intervenant fait déjà bien souvent le maximum dans le cadre de ses possibilités. « En EHPAD tu as intérêt à avoir de bonnes relations avec les soignants. Parce qu'ils t'aident beaucoup. Ils ont une relation avec le patient bien plus proche que nous. Donc voilà on fait avec la situation tu veux leur dire quoi de plus ? Moi je vois dans les EHPAD où je bosse, ils sont déjà tous à fond. » (M9)

2.6. Des visites difficiles à substituer

Une illustration de ce **lien profond** entre un médecin et son patient suivi au domicile peut se trouver dans **la délégation des visites**. Tous les médecins interrogés travaillant avec des internes, niveau 1 ou SASPAS, parlent d'une difficulté à envoyer leurs internes en visite chez certains patients. Ces derniers peuvent être plus réticents en comparaison du cabinet, car ils doivent accepter d'être soignés par un interne et le faire venir chez eux. Bien souvent, les médecins connaissent leurs patients et savent chez qui ils peuvent envoyer leurs internes ou non. « Et parce qu'y a ces situations où y a une relation un peu fusionnelle, de confiance avec le médecin. Donc faire venir une tierce-personne dans la maison de quelqu'un ben c'est toujours plus compliqué. » (M10) « Je pense que les patients, même s'ils sont habitués à voir des internes au cabinet, je pense qu'au domicile comme c'est plus intime, voir débarquer quelqu'un qu'ils ne connaissent pas. Je pense que ça ne se passerait pas très bien. » (M9) « Il n'y a que quelques patients qui acceptent que l'interne passe à ma place. Il y a quand même une relation entre le médecin et le patient qui va au-delà de la simple relation professionnelle. » (M1)

La délégation d'une visite peut également se faire par un confrère, souvent d'un service de garde, lorsque le médecin ne peut l'assurer dans un délai souhaitable. Dans ces situations où le médecin ne peut se déplacer lui-même plusieurs praticiens évoquent une possible difficulté de communication pouvant s'installer. Son incapacité à assurer la visite semble devoir être annoncée ou discutée, pour maintenir la relation médecin-patient en l'état. Faire intervenir une nouvelle personne dans cette relation intime et proche peut être mal vécu par le patient en l'absence d'explication et

peut générer un début de rupture sans une **communication renforcée**. « Alors non pour moi ne pas faire la visite moi-même ce n'est pas un frein relationnel. Par contre ça peut être l'amorce d'une difficulté relationnelle s'il y a quelque chose qui ne se passe pas bien et qui n'est pas identifié. C'est dans ce sens où il faut rediscuter de ce qui a été fait ensuite avec le patient pour éviter qu'une difficulté non ou mal identifiée ne parasite la relation. Je pense que comme dans toute relation ce qui est important c'est la communication. Encore plus si on fait intervenir un élément nouveau. » (M5)

Dans l'échantillon de médecins interrogés aucun n'utilisait la téléconsultation. Mais pour l'ensemble de ces médecins, leur principale appréhension avec ce nouvel outil résidait dans l'absence de contact avec le patient. « Après j'imagine mal une relation non tactile. » (M12) Tous évoquaient un apprentissage de la médecine par le toucher, et cette distance physique provoquait une sensation de malaise. « Parce que pour moi, au tout début de notre médecine, on a appris au chevet du patient. Avec le patient. Et ne pas le voir c'est frustrant. Ce n'est pas de la bonne médecine pour moi de ne pas le voir. » (M8) Une impression de distance émotionnelle et professionnelle émergeait également de leurs discours, comme si cette distance physique pouvait se muer en distance thérapeutique. « Parce qu'il faut que ça reste humain la médecine. Et c'est pas par téléphone ou par vidéo qu'on peut vraiment connaître les gens. C'est comme si vous appelez un ami. Au téléphone c'est bien. Mais le voir c'est mieux. » (M8) « Je n'aurai peut-être pas forcément envie de créer une relation via téléconsultation. » (M4)

Au final, la téléconsultation se poserait comme **un outil de dépannage**. « Je pense que c'est un outil de dépannage principalement parce que ça possède énormément de limite. » (M2)

Discussion

1. Définir la relation médecin-patient

La relation médecin-patient est essentielle dans le soin, elle est liée à la satisfaction du patient, à l'adhésion et aux résultats du traitement. Dans une méta-analyse américaine l'équipe de Kelley et al. démontre que la relation médecin-patient a un effet modéré mais statistiquement significatif sur l'évolution thérapeutique soulignant ainsi scientifiquement son importance. (16)

Mais elle correspond à un vaste domaine difficile à définir. On peut essayer de l'aborder de deux points de vue : une approche scientifique pour les médecins, et une approche plus empirique par les patients.

Concernant sa caractérisation scientifique les praticiens de l'étude ne se référençaient pas à une définition précise mais plus à des critères d'importance selon eux. Et pour cause il est ardu d'en livrer une seule définition car il existe plusieurs angles d'approche. Dans la revue *Exercer* le CNGE retrace son évolution et cite les champs de compétences clés, ainsi que les bases et les outils de la communication. (17) La relation médecin-patient et l'approche centrée patient sont ici vues à travers le prisme de la compétence communicationnelle, et intègrent la perspective du médecin avec une approche biopsychosociale, celle du patient avec son expérience vécue de la maladie et enfin « l'agenda caché » du patient c'est-à-dire son motif réel de consultation. La relation médecin-patient se dresse comme un outil de communication complexe et évolué destiner à améliorer la prise en charge du patient.

Concernant son approche empirique une étude anglaise publiée par Ridd et al. effectue une synthèse de la littérature qualitative sur les perspectives des patients sur cette relation, afin d'en isoler des éléments primordiaux. Il en ressort notamment trois grands champs : la continuité des soins, l'expérience des patients en consultation et la profondeur de la relation médecin-patient. (18) Le concept de continuité des soins comprend des notions dynamiques, c'est-à-dire le suivi au long cours, consulter régulièrement un même médecin et que ce dernier puisse être disponible pour son patient. Cette temporalité apparaît comme nécessaire mais non suffisante pour bâtir une bonne relation médecin-patient.

Le concept d'expérience de consultation est plus étendu. Ce sont les expériences personnelles du patient au fil des consultations pour lui-même ou pour des proches, ses impressions sur le médecin et sur le temps que ce dernier peut lui accorder. On retrouve le domaine de la communication, qui peut intégrer le besoin de « bavardages » c'est-à-dire des discussions au-delà du champ médical. L'opinion que le patient se forge au fur et à mesure sur le médecin, en tant que personne et sur ses compétences médicales, s'intègre également dans ce concept.

Enfin est décrit dans cette étude la notion de profondeur de la relation, qui apparaît comme produit des concepts précédents et comprenant 4 éléments principaux : la connaissance, la confiance, la loyauté et le respect.

La connaissance est présentée dans cette étude comme une notion fondamentale. Pour les auteurs elle comprend la connaissance du médecin par le patient, ses réactions humaines et professionnelles. Et la connaissance du patient par le médecin, connaissance de ses besoins, de son environnement, de ses antécédents, de sa maladie, et de ses attentes sans que le patient ne soit contraint de les répéter à chaque consultation.

La confiance, qui est citée unanimement par tous les praticiens de cette étude, mutuelle et réciproque entre patient et médecin entre en compte. Cela peut débuter par une confiance en la médecine générale avant de se focaliser sur la personne du médecin.

Enfin la loyauté et le respect complètent ce concept, toujours en intégrant le domaine médical et celui des relations humaines.

Les auteurs concluent leur étude en précisant que lorsque la prise en charge du patient relève de situations complexes et chroniques cela favorise la relation médecin-patient sur l'ensemble des critères.

Cette vision de la relation donnée par les patients, se rapproche de celle retrouvée dans notre étude. Et les visites à domicile semblent avoir un effet bénéfique pour deux raisons. En ce qui concerne les critères dynamiques de la continuité des soins et des expériences de consultation, le profil des patients en visite à domicile est un atout car les patients sont âgés, souvent suivis par le médecin généraliste depuis plusieurs années, parfois initialement au cabinet avant de devenir trop dépendants et donc confinés à leur domicile. Ce suivi dans le temps est un critère fort pour une relation médecinpatient de qualité. Enfin, les visites au domicile des patients seraient un élément facilitant pour le concept de profondeur de la relation. La connaissance du patient est majorée lors des visites et la confiance plus importante. De plus les situations de dépendance des personnes au domicile sont souvent complexes et chroniques.

2. Évaluer la relation médecin-patient

Les médecins de cette étude exprimaient ne pas évaluer la relation médecin-patient. Pour l'évaluer, la littérature anglo-saxonne fournit plusieurs grilles d'évaluation. Mais le choix d'une grille d'évaluation peut s'avérer difficile.

En médecine de soins primaires, beaucoup d'études placent la confiance comme élément clef de la relation médecin-patient patient. L'ensemble des praticiens de cette étude l'ont d'ailleurs cité comme premier élément d'une relation de qualité selon eux. Pour l'évaluer, l'échelle de confiance de Wake Forest est régulièrement citée. (Annexe 2) (19) Dans son travail de thèse le docteur Depoisier évalue grâce à cette échelle l'impact de l'utilisation d'outils techniques en médecine générale sur la confiance entre médecin et patient. (20) Les outils techniques concernés étaient l'électrocardiogramme, l'échographie et le saturomètre. Dans son étude, il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative du score de confiance selon le nombre ou le type d'outils techniques utilisés. Selon l'auteur, la confiance dans le médecin généraliste était élevée, notamment chez les personnes âgées de plus de 70 ans, chez celles suivies par le même médecin généraliste depuis plus de 20 ans, et chez celles atteintes d'une maladie nécessitant un suivi régulier par un médecin généraliste. L'écoute attentive par le médecin semblait être une attitude recherchée chez les patients.

L'utilisation d'outils techniques en médecine générale n'a donc pas d'impact majeur sur la relation de confiance médecin-patient.

Le manque d'outils techniques, souvent cité comme un frein à l'offre de soin en visite, n'a donc pas d'impact sur la confiance. De plus, les critères d'une relation médecin-patient de qualité cités dans les études précédentes, se retrouvent ici comme éléments favorisants la confiance médecin-patient.

Mais évaluer la relation médecin-patient qui est une plus vaste notion est délicat. Dans une étude hollandaise l'équipe de Eveleigh et al. recherche dans la littérature comment évaluer la relation médecin-patient. Au final les auteurs retiennent et analysent 19 outils d'évaluation. (21) Une des difficultés de leur travail est la grande hétérogénéité de ces grilles car elles peuvent être utilisées dans diverses disciplines, de la médecine à la psychothérapie. En France, on retrouve peu de ces outils d'évaluation. Dans leur travail de thèse les docteurs Boguet et Ariot établissent une grille d'évaluation de la relation médecin-patient par consensus d'experts. (22) Ils parviennent à établir une grille courte avec peu d'items pour en faciliter l'utilisation en pratique.

Tableau 3. Grille d'évaluation de la relation médecin-patient à 14 items.

	ÉNONCÉ DES CRITÈRES	Non acquis	En cours d'acquisition	Acquis
ACCUEIL				
Critère 1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
Critère 2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉ	S DE COMMUNICATION			
Critère 3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre			
Critère 4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
Critère 5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
Critère 8	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
Critère 6	Utilise l'empathie : reconnait les émotions et les points du vue du patient			
Critère 11	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
Critère 12	N'émet pas de jugement			
PARTAGE I	DES INFORMATIONS			
Critère 7	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
Critère 9	Informe le patient avec franchise, de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
Critère 10	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE I	DES DÉCISIONS			
Critère 13	Incite le patient à participer à la prise de décision et parvient à un choix mutuellement acceptable			
Critère 14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			
	I .			

On remarque que cette grille se rapproche de la version du CNGE et aborde la relation médecin-patient par le domaine de la communication. Il pourrait être intéressant d'utiliser cet outil sur un large panel de médecin, et de comparer les résultats entre cabinet et visite à domicile.

3. La communication

Le critère 7 de la grille souligne un point crucial de la relation médecin-patient mis en avant par le CNGE : « l'agenda caché » du patient, c'est-à-dire le motif réel de consultation, qui peut être occulté par le patient, de façon consciente ou non. Dans notre étude il ressort que les visites à domicile semblent être un mode d'exercice favorisant la communication. Peuvent-elles aider médecins et patients à mieux établir le motif des consultations ? Dans son travail de thèse le docteur Vignon s'intéresse au « non-dit » du patient en médecine générale. (23) Parmi les principaux thèmes sources de non-dits plusieurs concernent la population de patient de notre étude : la gravité, la sphère psychique, les antécédents, l'histoire personnelle et le mode de vie, la sphère anale, les problèmes familiaux, les demandes d'examens ou de traitements et la mort. Les principaux motifs de non-dits retrouvés dans ce travail de thèse ont été regroupé par catégorie, et l'une d'elle concerne le contexte de la consultation. Les patients expliquent qu'un temps de consultation insuffisant, un rythme de rendez-vous trop élevé, une salle d'attente pleine ou encore l'aspect routinier ou protocolaire peuvent être générateurs de non-dits, de même qu'un manque d'écoute ou qu'un manque d'empathie de la part du médecin. Enfin de potentielles sources de non-dits se localisent dans la relation médecinpatient, un manque de confiance, une relation récente, la représentation du médecin par le patient, la qualité de l'interaction humaine.

Pour plusieurs de ces facteurs cités, la visite à domicile semble être un moyen intéressant pour améliorer les non-dits des patients, en plaçant ce dernier dans un contexte plus favorable et modifiant la relation médecin-patient vers plus d'écoute et une plus grande confiance.

4. Le paternalisme médical

Depuis l'avènement de l'approche centrée patient fondée sur un modèle autonomiste et biopsychosocial, le modèle paternaliste a été progressivement banni. Dans son article intitulé *Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient* l'auteur Alexandre Jaunait nous en livre une vision. Selon lui « le paternalisme médical considère qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision. » (24) Il examine ensuite certaines justifications du paternalisme à travers la théorie libérale prônant

l'autonomie du patient, ces deux concepts étant opposés. Le paternalisme supposerait que des intérêts de santé du patient soient supérieurs à son autonomie, et le médecin étant la personne la plus apte à juger de ces intérêts de santé, surtout si le patient est en état de fragilité. L'auteur rapporte parmi les légitimations du paternalisme fournis par ses défenseurs, un déséquilibre entre les parties car « la rencontre entre le médecin et le patient fonctionne davantage selon la logique d'une complémentarité entre personnes inégales que selon la logique d'un contrat entre égaux. » Selon eux le consentement éclairé est une utopie car seul le médecin est compétent. C'est principalement ce que le modèle d'approche centrée patient réfute, en prônant une vision biopsychosociale et non strictement médicale. Si l'on intègre les perspectives du médecin et du patient conjointement le médecin et le patient deviennent mutuellement compétents.

Mais il existe certaines situations où une décision partagée peut être plus difficile à mettre en place. Lorsque les patients sont en position de fragilité et ne peuvent participer pleinement aux décisions de santé les concernant ou encore certains patients qui demandent une forme plus autoritaire de conseils. Dans une étude canadienne l'équipe du docteur Loignon se demande si le paternalisme et l'autonomie du patient ne sont pas nécessairement incompatibles avec un modèle décisionnel partagé. (25) Cette réflexion fait suite à une étude qualitative de la même équipe, où le thème paternaliste avait été retrouvé chez 25 médecins généralistes travaillants dans une zone défavorisée. L'équipe introduit alors la notion d'encadrement bienveillant. Ce terme est défini comme « les intentions compatissantes dans la prestation des soins et les conseils aux patients pour les orienter vers ce qu'ils considéraient être les options les plus appropriées. » Pour eux « l'encadrement bienveillant est une combinaison d'accompagnement dirigé, d'orientation, de soutien et de disponibilité engagés. » Cet encadrement bienveillant doit s'appliquer en accord avec le patient, selon ses souhaits et capacités du moment, et être réexaminé à tout moment. D'après les auteurs, ces situations sont d'autant plus fréquentes avec une population âgée, qui considère le médecin comme figure d'autorité et demande au médecin d'établir une marche à suivre.

Ce sont justement ces situations qui sont retrouvées lors des visites à domicile de notre étude. Dans les situations où le patient n'est pas ou ne veut pas être en totale autonomie dans ses choix, l'attitude du médecin n'est pas aisée. Il se doit de protéger son patient et parfois d'agir, au risque de devenir décideur. L'enjeu est donc de trouver les limites de cet encadrement bienveillant. Cette difficulté est d'autant plus grande au domicile où les patients se sentant plus en confiance et sachant que le médecin intègre mieux leurs représentations psychosociales, peuvent plus rapidement remettre leur décision de santé entre ses mains, au risque de dépasser le cadre d'encadrement bienveillant.

5. La particularité des EHPAD

Dans notre étude tous les médecins exerçants en EHPAD soulignent les difficultés relationnelles en institution. Pourtant l'avenir semble aller vers un développement de la présence des médecins généralistes dans les hôpitaux de proximité et les EHPAD. (26) Le médecin traitant a une place primordiale dans ces établissements, mais encore mal définie. Une personne qui décide de venir résider dans un EHPAD déménage de son ancien domicile pour aller dans un nouveau. Cette vision est essentielle et légitimise l'action du médecin traitant. Le résident est chez lui, il est naturel que ce soit un médecin généraliste en activité libérale qui assure son suivi et non un médecin salarié d'une institution, c'est-à-dire le médecin coordinateur de l'EHPAD. Mais cette approche peut-elle évoluer pour améliorer le travail de ces deux médecins ? C'est ce qui a été étudié dans un rapport officiel présenté au Sénat intitulé EHPAD : quels remèdes ? en redéfinissant le rôle du médecin coordinateur et en proposant de lui offrir une capacité de prescription individuelle, tout en maintenant le médecin généraliste comme médecin traitant du patient. (27) Dans ce rapport le premier argument est avant tout financier, expliquant que cette évolution permettrait de réduire la réalisation d'actes redondants et donc d'éviter un gaspillage de la dotation médicalisée de l'établissement. Ce rapport s'attarde moins sur les intérêts humains. Pour le patient vivant en EHPAD, on peut s'interroger sur les avantages qu'il retirerait à être suivi médicalement par le médecin coordinateur ainsi que par son médecin traitant, et sur les bénéfices en termes de relation médecin-patient. Ce système de soin impliquerait un plus grand travail de communication puisqu'il y a plus d'intervenants, et pourrait permettre au médecin généraliste d'avoir une meilleure relation avec son patient en lui offrant plus de temps pour échanger avec lui, si les problèmes médicaux ont pu être étudiés et réfléchis en amont et en collaboration avec un autre médecin. Le médecin généraliste ressentirait peut-être moins le poids de l'institution comme les praticiens l'ont fréquemment rapporté dans cette étude, en facilitant son intervention dans l'établissement par le truchement d'une plus forte collaboration avec le médecin coordinateur.

6. Les alternatives aux visites

Dans sa thèse sur les visites à domicile le docteur Kham propose des alternatives aux visites et notamment la délégation. (4) On l'a vu dans ce travail de thèse, la délégation n'est pas toujours évidente sur le plan de la relation médecin-patient. Le lien plus profond qui s'établit lors d'une relation ancienne peut rendre plus délicate l'intervention d'un autre protagoniste.

Une autre solution proposée est la téléconsultation, bien que son cadre légal mette davantage en avant cet outil comme une alternative aux déserts médicaux. En effet la télémédecine qui regroupe la téléconsultation et la téléexpertise, vise à doter chaque territoire d'un projet de santé adapté pour permettre l'accès de tous les français à des soins de qualité. (28) Si les conditions de recours ainsi que les conditions techniques et de remboursements sont de mieux en mieux définies, son applicabilité

dans des situations chroniques et complexes restent encore à délimiter, de même que sur la relation médecin-patient.

En France l'utilisation récente de cet outil ne nous offre que peu de recul pour l'évaluer. Dans une étude nationale américaine l'équipe de Welch et al. interroge des patients sur leur préférence d'utilisation de la téléconsultation. L'échantillon de l'étude est homogène pour le sexe mais présente une population essentiellement entre 30 et 59 ans. D'après les résultats, la population interrogée est favorable à l'utilisation de la téléconsultation, mais de préférence avec leur médecin traitant habituel, avec qui ils ont déjà une relation établie. Cette préférence se retrouve dans le cadre d'utilisation de la télémédecine en France. En effet, ces consultations doivent s'inscrire dans le parcours de soin habituel du patient, le médecin traitant restant le médecin de référence. (29)

La principale crainte des médecins de notre étude est l'absence de contact physique avec le patient. Les réponses de la législation face à cette crainte se trouvent dans une utilisation parcimonieuse de cet outil, pour des situations soumises à l'approbation du praticien qui peut convertir la téléconsultation en consultation physique à tout moment et avec des patients connus et suivis régulièrement par ce dernier afin de limiter des erreurs de prise en charge et maintenir une relation médecin-patient de qualité. (30)

7. Limites et forces de l'étude

7.1. Limites

L'inexpérience de l'auteur dans la méthodologie qualitative a pu être un frein à cette étude. Un second concerne le refus des praticiens de participer au motif qu'ils n'effectuaient plus de visite. En effet, connaître leur ressenti sur la relation médecin-patient et savoir si elle a participé dans leur choix de ne plus faire de visite aurait été intéressant à analyser. Fréquemment lors des entretiens, les médecins interrogés avaient du mal à parler uniquement de la relation médecin-patient sans dériver sur des notions de soin physique ou de technique, ce qui a pu amener à une saturation trop précoce des données et ainsi limiter les résultats de l'étude. Les difficultés relationnelles rencontrées en EHPAD ont été peu détaillées dans ce travail et justifieraient une étude plus ciblée.

7.2. Forces

La validité interne de l'étude a été obtenue par un double codage de tous les entretiens. Beaucoup d'études ont été publiées sur la relation médecin-patient et sur les difficultés des visites à domicile mais peu d'études ont combiné ces deux aspects fondamentaux de notre métier. La grande hétérogénéité de l'échantillon sur les critères choisis a favorisé la richesse de l'analyse. De plus cette

réflexion est menée à l'aube de grandes révolutions de notre pratique dans le domaine de la communication, et permet de donner la parole aux médecins et de les interroger sur la compétence relationnelle à travers le prisme de la visite à domicile, une pratique face à laquelle chaque médecin se retrouve confronté.

Conclusion

La relation qui s'établit entre un patient et un médecin est différente si elle a lieu dans un cabinet médical ou en dehors. Cette étude a permis d'identifier six particularités des visites à domicile : une relation médecin-patient intuitive, un lien et une connaissance du patient plus profond, un terrain favorisant la communication, une fragilité des patients induisant un plus grand risque de paternalisme, des contraintes spécifiques aux EHPAD et des visites difficiles à substituer.

Deux facteurs peuvent expliquer ces différences : le profil des patients et la délocalisation de la consultation. Après des années d'évolution un profil majoritaire de patient s'est établi pour les médecins généralistes. Les visites ne concernent presque exclusivement que des personnes âgées et dépendantes. Ces patients, qui relèvent de situations complexes, sont souvent connus depuis des années par leur médecin qui connaît leur parcours de soin, une confiance mutuelle s'est installée qui peut dépasser le cadre médical. Tous ces facteurs aident à développer une relation médecin-patient de qualité. Enfin le déplacement du praticien au domicile du patient l'aide à avoir une vision biopsychosociale et plus intime, l'aide à rencontrer les aidants et permet d'accroître la communication et d'atténuer les non-dits.

Cette proximité avec le patient peut induire un plus grand risque de paternalisme médical qu'il convient de limiter à un encadrement bienveillant. Les institutions telles que les EHPAD, avec leur fonctionnement et ses contraintes sont des freins potentiels à la relation médecin-patient et une plus grande collaboration avec le médecin coordinateur serait une piste d'amélioration.

Parmi les solutions envisagées pour pallier aux difficultés des visites, la délégation a été proposée, mais le lien fort entre un patient et un médecin peut limiter les interventions d'une tierce-personne. La téléconsultation semble être un autre moyen, à condition que son utilisation respecte le parcours de soin et que le médecin traitant reste le pivot central des échanges et de la prise en charge.

Bibliographie

- 1. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311
- 2. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. [Home visits by GPs Considerations in Europe and in Switzerland]. Rev Med Suisse. 2 nov 2016;12(537):1874-8.
- 3. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile: quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? : une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2018.
- 4. Anne-Marie K. Les visites à domicile: quelle place dans l'organisation des soins de demain ? : Perception des internes en médecine générale et des patients picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
- 5. France SPM. Visite longue du médecin traitant : MG France demande l'élargissement du périmètre [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1868-visite-longue-du-medecintraitant-mg-france-demande-l-elargissement-du-perimetre
- 6. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les visites IRDES [Internet]. [cité 15 sept 2018]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSan te/Visites.htm
- 7. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins | Legifrance [Internet]. [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2002/8/26/SANS0222796A/jo
- 8. 20170921_URPS-IDF__visites_a_domicile.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF__visites_a_domicile.pdf
- 9. Population par âge Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 29 mars 2019].

 Disponible sur:

 https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937#graphique-figure3
- 10. Palau Y. Le « virage ambulatoire » de l'hôpital : de la communication ou une vraie politique de santé ? [Internet]. The Conversation. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: http://theconversation.com/le-virage-ambulatoire-de-lhopital-de-la-communication-ou-une-vraie-politique-de-sante-98413
- 11. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/search?s=relation%20m%C3%A9decin-patient&page=7#revueArticleModal
- 12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

- 13. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
- 14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Louvain-la-Neuve : De Boeck Superieur; 2014.
- 15. Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. Prim Health Care Res Dev. mai 2015;16(3):304-8.
- 16. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PloS One. 2014;9(4):e94207.
- 17. exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 1 nov 2018]. Disponible sur: https://www.exercer.fr
- 18. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. Br J Gen Pract. 1 avr 2009;59(561):e116-33.
- 19. Bachinger SM, Kolk AM, Smets EMA. Patients' trust in their physician--psychometric properties of the Dutch version of the « Wake Forest Physician Trust Scale ». Patient Educ Couns. juill 2009;76(1):126-31.
- 20. Depoisier T. L'utilisation d'outils techniques en pratique de médecine générale a-t-elle un impact sur la relation de confiance médecin-patient? [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2015.
- 21. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. J Clin Epidemiol. janv 2012;65(1):10-5.
- 22. Boguet C, Ariot C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2015.
- 23. Vignon E. Le non-dit du patient en consultation de médecine générale: une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
- 24. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. Raisons Polit. 2003;no 11(3):59-79.
- 25. Loignon C, Boudreault-Fournier A. From paternalism to benevolent coaching. Can Fam Physician. nov 2012;58(11):1194-5.
- 26. Agnès Buzyn appelle les généralistes à s'investir dans les futurs hôpitaux de proximité et les Ehpad [Internet]. Banque des Territoires. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.banquedesterritoires.fr/agnes-buzyn-appelle-les-generalistes-sinvestir-dans-les-futurs-hopitaux-de-proximite-et-les-ehpad
- 27. Ehpad: quels remèdes? [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r17-341/r17-341.html
- 28. Dossier-de-presse_Teleconsultation_12092018.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible

sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier-depresse_Teleconsultation_12092018.pdf

- 29. La téléconsultation [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation
- 30. fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien
Question brise-glace / introduction :
1/ Comment se passe pour vous les visites à domicile ?
<u>Précision sur les patients et la relation :</u>
2/ Avez-vous beaucoup de patients suivis au domicile ?
Quels sont les patients que vous suivez au domicile ?
3/ C'est quoi une relation médecin-patient de qualité pour vous ?
Perception sur la relation en visite :
4/ Pendant vos visites qu'est-ce qui change par rapport à une consultation dans votre cabinet ?
Et sur la relation ?
5/ Comment évaluez-vous la relation mise en place au domicile ?
6/ Que pensez-vous du principe de déléguer des visites ?
7/ Que pensez-vous de la téléconsultation dans le lien avec le patient ?

Annexe 2 : Échelle de confiance de Wake Forest

Items du questionnaire

- 1) Votre médecin généraliste fera tout ce qu'il faut pour que vous ayez la prise en charge dont vous avez besoin.
- 2) Parfois, votre médecin généraliste fait plus attention à ce qui l'arrange qu'à vos besoins médicaux.
- Les compétences médicales de votre médecin généraliste ne sont pas aussi bonnes qu'elles ne devraient l'être.
- 4) Votre médecin généraliste est extrêmement consciencieux et minutieux.
- 5) Vous avez complètement confiance dans les décisions de votre médecin généraliste en ce qui concerne les traitements médicaux qui sont le plus adaptés pour vous.
- 6) Votre médecin généraliste est tout à fait honnête en vous expliquant toutes les différentes options de traitements possibles pour votre état de santé.
- Votre médecin généraliste pense uniquement à ce qui est le mieux pour vous.
- 8) Parfois, votre médecin généraliste ne prête pas une attention totale à ce que vous essayez de lui dire.
- 9) Cela ne vous pose pas de problème de mettre votre vie entre les mains de votre médecin généraliste.
- Au final, vous avez complètement confiance en votre médecin généraliste.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Résumé

Introduction: La visite à domicile (VAD) est un exercice difficile pour le médecin généraliste (MG). Néanmoins les visites peuvent-elles être bénéfiques dans le soin? La relation médecin-patient (RMP) qui a pris une place primordiale dans le soin et a révolutionné la compétence communicationnelle a été choisie pour tenter d'y répondre. Objectif: Recueillir la perception de MG sur la RMP qu'ils mettent en place en VAD. Méthode: Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de MG libéraux des Alpes-Maritimes. Résultats: Douze entretiens individuels ont été réalisés dans cette étude. L'analyse a dégagé six particularités des visites: une relation médecin-patient intuitive, un lien et une connaissance du patient plus profond, un terrain favorisant la communication, une fragilité des patients induisant un plus grand risque de paternalisme, des contraintes spécifiques aux EHPAD et des visites difficiles à substituer. Deux facteurs peuvent les expliquer: le profil des patients, âgés et fragiles, et la délocalisation des visites. La RMP est difficile à évaluer. Les VAD aident à mieux communiquer et comprendre le patient. La téléconsultation pourrait être une solution pour aider le MG. Conclusion: Les VAD permettent une RMP différente du cabinet, avec une meilleure communication et une vision biopsychosociale. Mais elles présentent de nombreuses contraintes pour les MG, de même que les déplacements en EHPAD.

Mots clés: visite à domicile, relation médecin-patient, soins primaires, médecin généraliste

Background: The home visit (HV) is an difficult exercise for the general practitioner (GP). Nevertheless, can visits be beneficial in the care? The physician-patient relationship (PR) which has taken a prominent place in care and revolutionized communication skills was chosen to try to answer them. Purpose: To collect the perception of GP on the PR they put in place in HV. Method: Qualitative study by semi-structured interviews with liberal GPs of the Alpes-Maritimes. Results: Twelve individual interviews were conducted in this study. The analysis revealed six particularities of the visits: an intuitive doctor-patient relationship, a link and deeper patient knowledge, a ground for communication, a fragility of patients inducing a greater risk of paternalism, specific constraints for EHPADs and visits difficult to substitute. Two factors can explain them: the profile of elderly and frail patients, and the relocation of visits. PR is difficult to evaluate. HV help to better communication and understand the patient. Teleconsultation could be a solution to help GP. Conclusion: HV allow a different DPR of the office, with better communication and a biopsychosocial vision. But they present many constraints for the GP, as well as displacements in EHPAD.

Keywords: home visits, physician-patient relationship, primary care, general practitioner