



HAL
open science

Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes

Élodie Tekaya

► **To cite this version:**

Élodie Tekaya. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02733366

HAL Id: dumas-02733366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02733366>

Submitted on 12 Jun 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Elodie TEKAYA

Le 31 janvier 2019

Titre :

**« ANALYSE DES CONTRAINTES ET DES APPORTS DE LA VISITE A DOMICILE DANS LA
PRISE EN SOINS DES PATIENTS A TRAVERS L'EXPERIENCE VECUE DE MEDECINS
GENERALISTES »**

Directeur de thèse : Docteur Jean-Marc MARECHAL

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Nicolas NAGOT

Docteur Elodie MILLION

Docteur Philippe SERAYET

Docteur Jean-Marc MARECHAL

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Elodie TEKAYA

Le 31 janvier 2019

Titre :

**« ANALYSE DES CONTRAINTES ET DES APPORTS DE LA VISITE A DOMICILE DANS LA
PRISE EN SOINS DES PATIENTS A TRAVERS L'EXPERIENCE VECUE DE MEDECINS
GENERALISTES »**

Directeur de thèse : Dr Jean-Marc MARECHAL

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs : Professeur Nicolas NAGOT

Docteur Elodie MILLION

Docteur Philippe SERAYET

Docteur Jean-Marc MARECHAL



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

1.1 Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

1.1.1.1.1

1.1.1.1.2 Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

1.2 PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétiq ue
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERN HET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

1.2.1 PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétiq ue
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

1.2.1.1.1.1 PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

1.2.1.1.1.1.2 PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

1.2.1.2 Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

1.2.2 Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

1.3 PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A mon président de jury de thèse, Monsieur le Professeur Philippe Lambert, qui me fait l'honneur de juger mon travail de thèse.

Je tiens à remercier Monsieur Nicolas Nagot, Monsieur Philippe Serayet et Madame Elodie Million pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A mon directeur de thèse, Jean-Marc Maréchal pour m'avoir soutenue et encadrée durant ce travail de thèse. Merci pour ta disponibilité, tes judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Tu as eu le recul nécessaire sur mon travail pour m'aider ouvrir de nouvelles perspectives lors des pannes d'idées. Ce stage en Lozère aura été pour moi très instructif. Je suis ravie d'avoir travaillé avec toi et te livre ici toute ma gratitude et mon respect.

A mes maîtres de stage, Philippe Piat et Jean-Jacques Jullié pour m'avoir enseignée bien plus que la médecine générale. Vous avez ma profonde reconnaissance.

Aux médecins du Département de Médecine Générale pour leur implication dans la transmission de leur savoir et à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

A tous mes professeurs, mes praticiens, mes internes pour leur rigueur, leur courage et leur dévouement qui sont à mes yeux un exemple.

A mes externes, pour m'apprendre la patience et l'indulgence.

A toutes les femmes médecins qui m'ont inspiré.

Merci aux praticiens qui ont répondu à ce travail de thèse, pour leur franchise concernant leur expérience de la visite à domicile. Le recueil des données via des entretiens était très instructif.

A toutes les équipes hospitalières qui m'ont accueillie et notamment un grand merci à Madame le Docteur Valérie Ray, son énergie et sa bienveillance ont participé à mon épanouissement professionnel.

Je remercie tout particulièrement mes parents sans qui rien n'aurait été possible. Leur soutien sans faille et leur éducation m'ont permis de me construire et m'ont transmis le goût de la

persévérance dans le travail. A ma mère, pour son talent d'écriture et pour ses efforts de correction. A mon père, pour ses nombreuses recommandations et son expérience médicale. Je les remercie également d'avoir fait l'effort de rester ensemble jusqu'à mon départ de la maison. Je n'aurais probablement pas eu l'état d'esprit suffisamment robuste pour affronter les études de médecine si cela n'avait pas été le cas et je réalise l'importance de cet effet qui a été protecteur pour moi. J'exprime ici tout mon soutien pour traverser cette étape difficile.

A mon frère Kévin pour son raisonnement, sa rigueur et ses précieux conseils distillés tout au long de ce travail. Malgré la distance, nous arrivons à maintenir ce lien qui m'est cher.

A ma famille, ma tante Brigitte, mes cousines, Julie, Céline, Mélanie. A Tijani et Margarete. A mon oncle Alain pour m'avoir permis d'effectuer un stage dans son service. Même si je suis loin, je pense à vous.

Je remercie celles et ceux qui me sont chers et que j'ai quelques peu délaissés ces derniers mois pour achever cette thèse.

Un remerciement tout particulier à Agathe et Colette pour ces très belles années partagées et leur sincère amitié. Agathe, j'admire ton dévouement pour la chirurgie et te souhaite toute la réussite que tu désires. Colette, ton écoute empathique et ta sensibilité sont une force précieuse dans cette profession. Merci d'avoir toujours été là.

A Joelle pour ton enthousiasme, ta maturité et tes conseils.

Je remercie tous mes amis pour leur soutien et leur confiance.

Un grand merci à Quentin. Le quotidien devient un bonheur avec toi.

Table des matières

1	Liste des abréviations.....	3
2	Introduction.....	4
3	Matériels et méthode	5
3.1	Choix des méthodes	5
3.2	Population et échantillonnage	5
3.3	Les entretiens	6
3.4	Méthode d'analyse.....	7
4	Résultats.....	8
4.1	Caractéristiques de la population étudiée	8
4.2	Analyse.....	10
5	Discussion.....	57
5.1	Limites de la méthodologie	57
5.2	Caractéristiques de la population.....	59
5.3	Les apports.....	60
5.4	Les contraintes.....	66
5.5	L'évolution	74
6	Conclusion	81
7	Bibliographie	84
8	Annexes.....	88
8.1	Guide d'entretien	88
8.2	Tableau des caractéristiques des interviewés.....	90
	Résumé.....	94

1 LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

PROSPERE : Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiEr Recours

DMP : Dossier médical partagé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie en France

FMF : Fédération des médecins de France

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

CPAM : Casse Primaire d'Assurance Maladie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

CCAS : Centre Communal d'Action Social

HAD : Hospitalisation A Domicile

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

AGEP : Association de Gériatrie de l'Est Parisien

2 INTRODUCTION

La visite à domicile est un acte important de la médecine générale en exercice libéral. Elle permet le soin aux personnes n'ayant pas les possibilités de se déplacer au cabinet médical. Son nombre a nettement diminué suite à plusieurs réformes dont l'AcBUS de 2002 a été un des tournants majeurs. Elle visait à réduire le nombre de visite de complaisance en instaurant des critères spécifiques au remboursement et à la majoration de déplacement. C'est donc également un enjeu de santé publique.

Avec le vieillissement de la population et le souhait de maintenir les personnes âgées au domicile, le médecin généraliste est au cœur de cette problématique en se déplaçant chez les personnes dont la mobilité est réduite. Il est également à la base d'une globalité de prise en soins et du suivi des pathologies chroniques(1).

Cependant, il existe des différences importantes dans les conditions d'exercice entre le cabinet et le domicile des patients (2). En effet, des contraintes spatiales, temporelles, matérielles et humaines ont été mises en évidence(3,4). Nombreux sont les praticiens qui limitent l'activité de visite à domicile au profit des consultations au cabinet (5). Néanmoins, la visite à domicile reste un acte singulier.

L'objectif de ce travail est d'analyser les contraintes et les apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue des médecins généralistes.

3 MATERIELS ET METHODE

3.1 CHOIX DES METHODES

3.1.1 Méthode de recueil de données

Parmi les méthodes de recueil de données, nous avons préféré celle des entretiens semi-dirigés. Elle permettait de recueillir un panel d'informations de ce que pensaient les médecins généralistes. Il paraissait évident que les médecins se confieraient plus facilement dans un face à face, avec possibilité de laisser libre cours à leurs pensées sur le sujet sans risque de jugement par une quelconque personne étrangère au travail de recherche (6,7). Il est noté que deux des médecins interrogés étaient accompagnés de leurs étudiants respectifs lors des entretiens. Cette présence n'a pas semblé gêner le recueil de données.

3.1.2 Méthode d'analyse

Il était licite de proposer une méthode d'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes par théorisation ancrée. Selon le livre de Pierre Paillé, « Analyse qualitative en science humaine et sociale », ce choix a été celui qui se révéla le plus adapté à la question de recherche (8). Les retranscriptions des entretiens étaient codées, fragment par fragment en une liste de catégories faisant émerger des thèmes principaux. Des concepts étaient alors définis pouvant conduire à une théorie explicative.

3.2 POPULATION ET ECHANTILLONNAGE

3.2.1 Critères d'inclusion

La population cible était des médecins diplômés de médecine générale, installés, qui pratiquent des visites à domicile dans la région du Languedoc-Roussillon. L'échantillonnage a été effectué afin d'élaborer une variabilité importante en termes d'âge, de sexe, de nombres d'années d'expérience.

Nous avons volontairement choisi de ne pas interroger les médecins remplaçants ou les médecins faisant partie de SOS médecin car la question du suivi du patient n'est pas abordée lors de ces visites ponctuelles.

3.2.2 Recrutement

Nous avons choisi plusieurs moyens de recrutement, soit par l'intermédiaire de la liste des maîtres de stages, soit par connaissance. Ils ont été contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien. Ainsi, nous avons recueilli les témoignages de treize médecins sur dix-sept sollicitations.

3.3 LES ENTRETIENS

3.3.1 Guide d'entretien

Une trame de questions a été élaborée avant les entretiens. L'introduction de ce guide devait être brève afin de ne pas influencer les réponses. Les thèmes abordés étaient l'organisation de la visite à domicile, les impressions des médecins généralistes, l'examen médical et l'opinion des médecins sur l'évolution concernant les visites à domicile.

Ce guide a été modifié au fur et à mesure des entretiens. Certaines questions ont été rajoutées et d'autres supprimées afin d'améliorer la pertinence des informations. Le guide d'entretien final a été ajouté en annexe.

Lors des entretiens, aucun ordre spécifique aux questions n'était défini, leur formulation adaptée favorisant les échanges et permettant de rebondir sur ce qui venait d'être dit. Les questions étaient suffisamment ouvertes pour que le médecin interrogé réponde spontanément à quelques questions notées non posées. Le temps d'entretien estimé était de vingt minutes.

3.3.2 Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur une période du 5 avril au 12 juillet 2018 soit 3 mois. Les médecins ont tous consenti à se faire enregistrer via le téléphone portable. L'anonymat des données a été respecté sauf pour un entretien dont la retranscription et l'analyse ont été relues par le directeur de thèse.

Treize entretiens ont été réalisés. Leur durée était comprise entre 9 minutes et 40 minutes avec une moyenne de 27 minutes. La saturation des données a été atteinte au 10^{ème} entretien c'est-à-dire qu'il n'existait plus d'éléments nouveaux à la lecture du matériel. Trois autres entretiens ont été effectués afin de vérifier l'absence de nouvelle donnée.

3.4 METHODE D'ANALYSE

3.4.1 Retranscription

Nous avons retranscrit tous les entretiens en verbatim, c'est-à-dire au mot près au fur et à mesure de l'avancée du recueil de données avec l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Ces retranscriptions ont été effectuées dans les jours suivants les entretiens afin de ne pas omettre des détails d'attitude qui auraient pu apporter un sens ajouté au texte.

3.4.2 Analyse des entretiens

Les données ont été analysées par l'auteure de façon manuelle. Nous avons utilisé un système de codage par unité de sens puis avons regroupé les différents codes de même sens pour dégager un thème. L'analyse empirique du matériau comportait le fait de lire et relire le verbatim en se mettant à la place des interviewés afin de rester le plus près possible des mots et en prenant conscience de ses propres préjugés afin de ne pas biaiser l'analyse (9).

Nous avons réalisé d'abord une analyse par entretien puis une analyse par groupe de 3-4 entretiens. De fait, les groupes d'entretiens réalisés formaient des groupes départementaux de façon fortuite. Au départ, nous avons pensé que cela réalisait une formation intéressante du point de vue de l'analyse afin de dégager d'éventuelles similitudes ou différences liées au département et avons donc poursuivi en ce sens. Finalement, aucun élément spécifiquement lié au département n'a été mis en évidence.

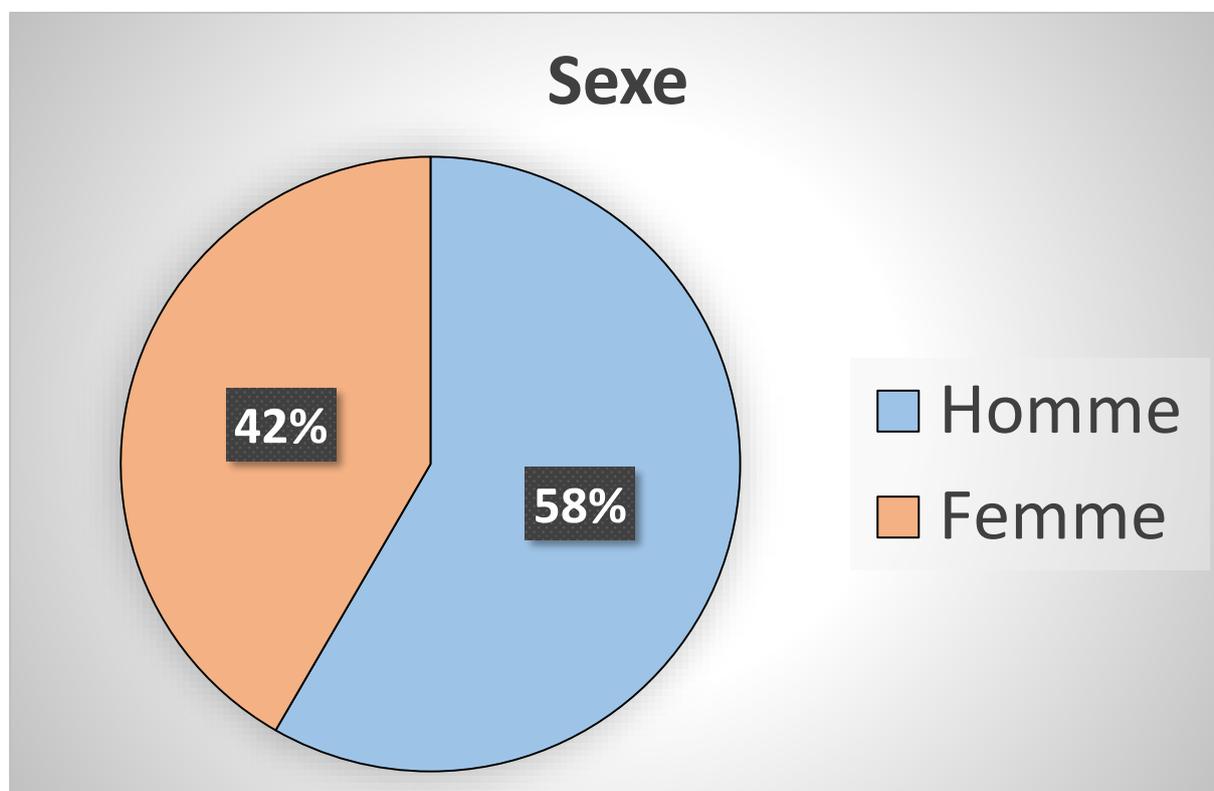
4 RESULTATS

4.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

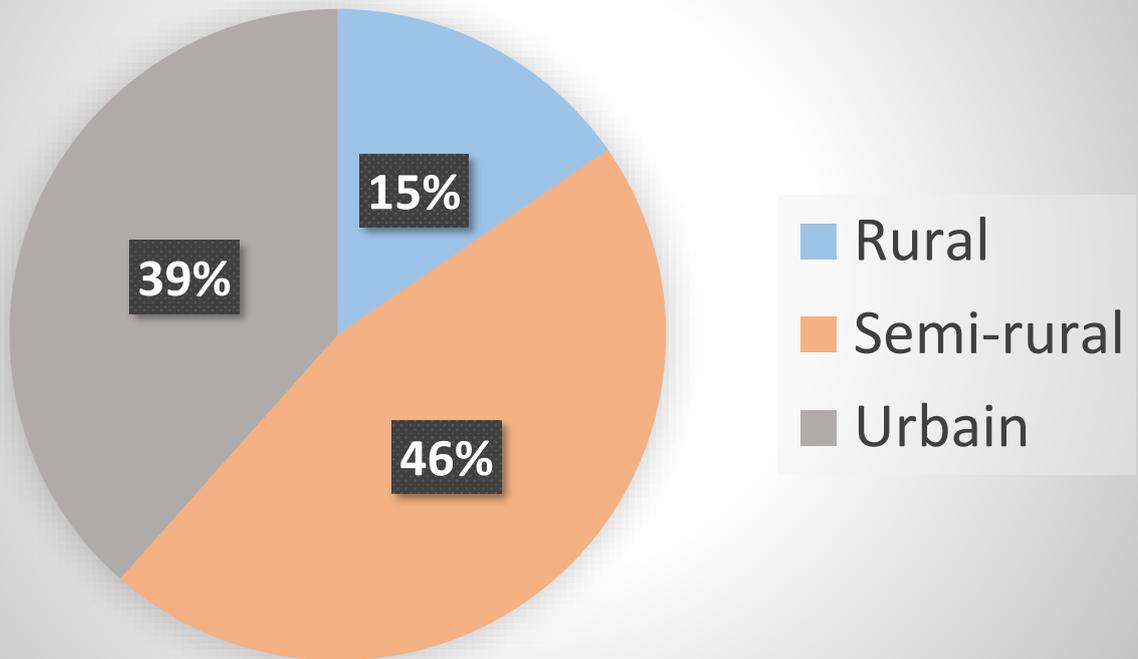
Sur dix-sept médecins contactés, treize entretiens ont été réalisés soit 76%.

On note une très grande variabilité de l'échantillon avec des âges allant de 30 ans à 65 ans, 25% de moins de 40 ans et 33% de plus de 60 ans avec 58% d'homme et 42% de femme. Au niveau de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, il existait au 1^{er} janvier 2016, 55% d'hommes médecins versus 45% de femmes médecins avec 27% de médecins actifs de plus de 60 ans et 18% de moins de 40 ans(10).

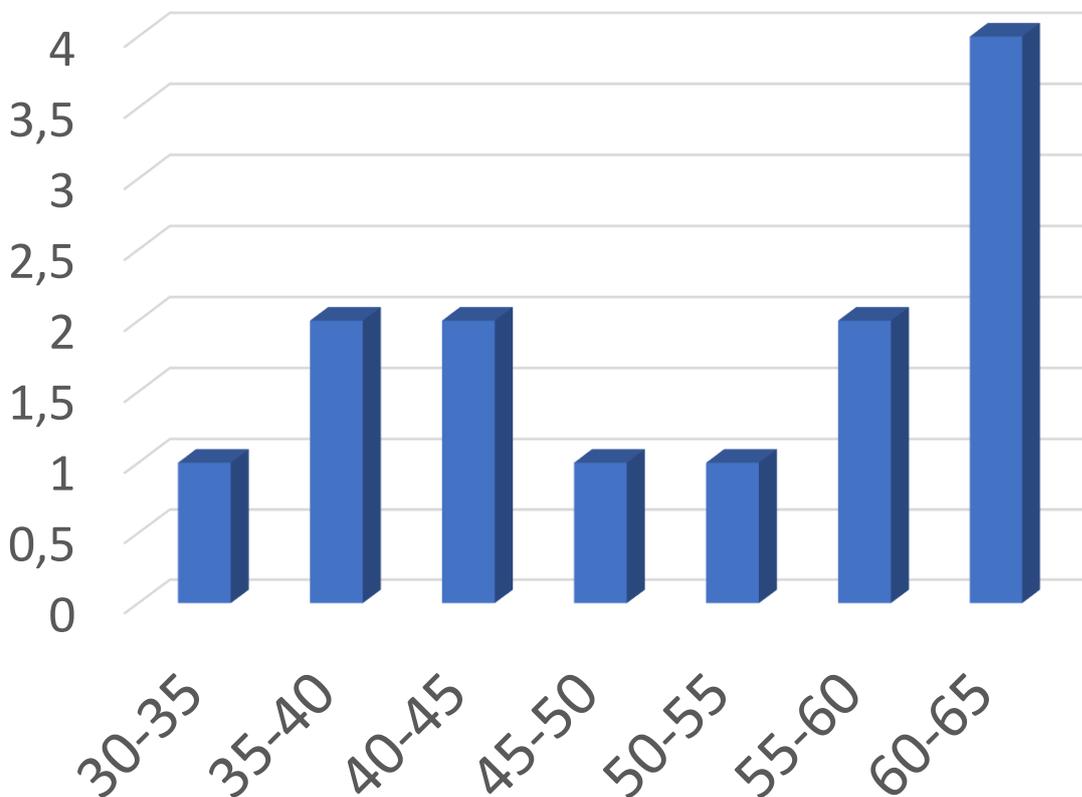
On retrouve dans cet échantillon 15% en milieu rural, 46% en semi-rural et 39% en urbain. Les communes rurales comptent moins de 2000 habitants. L'Insee définit les zones urbaines comme offrant plus de 5000 emplois. Le milieu semi-rural est urbanisé tout en gardant des caractéristiques rurales (11).



Milieu d'exercice



Tranches d'âges



4.2 ANALYSE

4.2.1 L'organisation des visites à domicile

4.2.1.1 Les motifs de visite à domicile

Le motif le plus fréquent est essentiellement le renouvellement d'ordonnances de patients âgés mais aussi les pathologies aiguës pour des personnes à mobilité réduite ou des incapacités permanentes.

(M1) : « C'est beaucoup de renouvellements de traitements, en fait, de personnes qui n'ont pas les moyens de... qui ne sont pas autonomes »

(M2) : « ce sont des renouvellements pour des personnes très âgées qui ne peuvent pas se déplacer. Et quelque fois pour des pathologies plus aiguës toujours pour des personnes qui ne peuvent pas se déplacer. »

(M3) : « Et les visites sont réservées aux personnes à mobilité réduite. »

(M5) : « c'est des personnes âgées à domicile, dépendantes, et il n'y a pas longtemps il y eu une fin de vie. Ça peut être des patients âgés grabataires, polyopathologiques par exemple, en fait c'est des patients qui n'ont pas d'autres solutions, qui ne peuvent pas se déplacer et qui n'ont pas de famille qui pourrait les amener au cabinet. »

(M7) : « Quel que soit le motif de la demande, c'est la capacité du patient à se déplacer, c'est ça mon critère numéro 1, hein donc l'âge du patient au-delà de 90 ans (...) Les tétraplégiques, les handicapés »

(M12) : « C'est une patientèle d'octogénaires, de nonagénaires de centenaires. Ou alors, des néoplasies, des fins de vie, c'est complètement justifié. »

(M13) : « C'est une prise en charge qui ne peut pas être assurée au cabinet avec le suivi de la patientèle vieillissante en perte d'autonomie. C'est aussi une prise en charge spécifique qui ne relève pas d'une prise en charge au cabinet : les HAD,

les fins de vie, les refus de soins, les injonctions de soins, les troubles psychiatriques aigus. »

Les soins palliatifs sont également un motif de visite à domicile qui prend d'ailleurs le plus de temps avec les sorties d'hospitalisation.

(M2) : « Ou des gens peuvent être moins âgées mais qui sont en soins palliatifs fin de vie. »

(M7) : « Entre 10 minutes au mieux et 1h-1h30 s'il y a une hospitalisation, les transports qu'il faut rester en attendant les transports. »

(M11) : « Si c'est du palliatif, on va y passer une demi-heure trois quart d'heure. »

Selon les praticiens, les problèmes aigus chez des personnes habituellement valides mais qui, de façon ponctuelle, sont gênés pour se mobiliser comme la lombosciatique peuvent être un motif de visite à domicile.

(M3) : « Que je me déplaçais que pour les personnes à mobilité réduite, ça sous-entend quelqu'un qui fait une sciatique hyperalgique oui, donc jeune et limité de façon aigue, »

(M11) : « Bon un petit peu de pathologies aiguës (gastro-entérite fébrile qui est cloué au lit) c'est sûr qu'on va pas la faire venir 1h en salle d'attente. »

(M12) : « Les gens jeunes, on essaie quand même de les faire venir parce que s'ils vont aux urgences, ils vont se déplacer pour y aller, s'ils vont chez le cardiologue, ils vont se déplacer, donc souvent ils peuvent se déplacer aussi pour aller voir le généraliste. Donc une lombalgie aigue, coincé dans son lit, une grippe très cognée qui reste au fond de son lit, ce sont de vrais motifs de visites mais il y en a ponctuellement quoi, environ 10 par an. »

Également, les patients psychiatriques, du fait des différentes phobies dont ils sont touchés, peuvent être vus à domicile dans le cas par exemple d'une agoraphobie où la salle d'attente devient un lieu hostile.

(M10) : « Et puis, il y a une autre catégorie de gens aussi, ce sont les patients psychiatriques, qui ne tolèrent pas les salles d'attente, par diverses phobies etc et ça j'en ai quelqu'un quand même et eux je les vois à domicile »

(M13) : « Oui les décompensations psychiatriques aiguës avec la gestion des HDT, enfin des SPDT... »

La population cible change : en urbain et pour les jeunes praticiens, ce seront des personnes qui ne sortent pas du tout de chez eux, handicapés sévères, soins palliatifs, avec globalement des motifs plus restreints de visite à domicile, les urgences étant exclues du fait d'une permanence des soins de qualité. Dans les zones plus rurales, les motifs sont plus larges, avec l'âge > 90 ans, les EHPAD, les critères d'incapacité transitoire et également, l'isolement social.

(M1) : « Après il y a aussi la possibilité de limiter : moi j'ai tendance à me déplacer assez facilement, mais mes jeunes collègues qui viennent de s'installer ont quand même mis le « holà » à leur prise de fonction, donc ils ont quand même pas mal limité leur VAD. »

(M3) : « C'était plus un vecteur difficulté physique, et aussi l'isolement de certaines personnes âgées, parce que c'était compliqué pour elles de s'organiser pour venir. »

(M8) : « nous on fait des visites à domicile chez des patients qu'on suit et qui ne sortent plus de chez eux en fait. Les patients à domicile, on ne le voit plus que à domicile, on ne fait pas de motif d'urgence pour des gens qui sont bloqués à domicile par des pathologies aiguës. On ne fait que des suivis à domicile qui le justifient sur le long cours, voilà c'est nos personnes âgées ou des gens handicapés sévères (...) Le plus souvent c'est du renouvellement et un point sur la santé de ces personnes. (...) c'est un choix du cabinet du fait de notre localisation en centre-ville où il y a une permanence des soins qui est bonne pour avoir une visite en urgence, les gens sont pas sans ressource, sans recours. Nous par contre on a un cabinet qui est très chargé en nombre de consultations donc on a beaucoup de pression au cabinet et c'est pas possible, sauf exception vraiment très rare, mais on peut pas quitter la consultation pour un motif de visite à

domicile et on a volontairement donc, on n'a pas prévu de demi-journée, de créneau spécial visite tout venant, parce que voilà, on a choisi du fait de la demande, de la densité de la demande de consultation, d'assurer au cabinet. Du fait qu'on soit à Montpellier centre, les gens ont SOS médecin, ou si c'est une urgence grave, nous on n'est pas urgentiste, donc les gens c'est le 15 et il y a des gens compétents pour ça qui gèrent. Et après nos patients qu'on suit à domicile, on les suit jusqu'au bout si c'est leur souhait. Et ça c'est un temps et un investissement qu'on peut pas faire sur 50 patients par médecin. »

L'impression générale des médecins interrogés est que la CPAM a modifié les motifs de visites à domicile en les encadrant. Elles sont devenues totalement justifiées dorénavant.

(M12) : « Jusqu'à il y a 12 ans, nous avions à peu près 50% Consultation 50% visites. C'est la CPAM qui a modifié cette répartition, ce qui est beaucoup mieux. Car malgré tout, les gens avaient l'habitude de déplacer les médecins. Et même quand il n'y avait pas de nécessité de visite et qu'on essayait de ne pas faire de visite, le remboursement du déplacement ça posait problème. Donc les visites à domicile aujourd'hui sont totalement justifiées, tout du moins dans ma patientèle. (...) Il arrive quelque fois d'avoir honte, la secrétaire ayant fait déplacer un patient qui met des fois 3 minutes pour arriver de la salle d'attente au cabinet. On dit tellement qu'il faut déplacer les gens que parfois même on aboutit à des situations où on est un petit peu gêné, la visite aurait été justifiée. »

Le secrétariat est un filtre. La secrétaire retient une visite uniquement si le patient est déjà connu et vu régulièrement au domicile.

(M2) : « en général c'est la secrétaire qui a des consignes et qui sélectionne les visites à domicile et qui accepte ou pas les visites. Et c'est vrai qu'elles font barrage pour qu'il n'y ait que des visites indispensables. »

(M3) : « et les secrétaires je leur avais donné comme consigne que toutes les épidémies « grippe, gastro , fièvre », je ne me déplace pas. (...) Je pense que le secrétariat c'est un filtre et pour nous médecins ça nous protège en quelque sorte. »

(M5) : « : Les secrétaires elles savent que on ne fait pas de visite à domicile pour tout le monde donc elles voient dans l'historique les patients qui sont vus régulièrement en visite à domicile. Donc quand c'est le cas elles mettent une visite. »

(M7) : « La secrétaire fait le filtre et si elle a un doute elle nous passe les patients »

(M12) : « et là aussi le secrétariat créé la patientèle du médecin. C'est-à-dire la secrétaire fait la pluie et le beau temps dans un cabinet et peut répartir les nouveaux patients comme elle l'entend. Et nous en avons une qui répartissait chez nous les gros patients, les enfants et la patientèle jeune chez notre jeune associé. Donc ce qui fait que nous avons beaucoup de patients âgés, lourds et ces patients-là, il faut les suivre jusqu'au bout. Aujourd'hui, depuis le changement de secrétaire, le mixage de la patientèle s'est refait. »

Particularités : A La Grand-Combe, la fermeture des salles de consultations secondaires a eu pour conséquence une demande accrue de visites à domicile chez une population très précarisée et âgée.

(M1) : « c'est une moyenne d'âge élevé. On a pris la suite du régime minier donc c'est beaucoup de retraités, d'ayants droits c'est-à-dire de personnes âgées retraitées ou leur conjoint quoi (...) Et d'autant que, à l'époque, il y avait des salles de consultations secondaires qui ont fermé donc ça aussi, ça a tendance à augmenter la demande de visite. »

Il arrive que la Communauté de Communes mette en place un transport pour les personnes isolées ce qui facilite le déplacement des patients jusqu'au cabinet de consultation.

(M3) : « Comme en plus de ça j'ai eu la chance au tout début de mon exercice, la communauté de communes a mis en place un transport pour les personnes isolées y compris pour faire leurs courses. Ils payent au taxi ou à la communauté de communes 1 euro ou 1.5 euros et la différence est prise en charge par la

communauté de communes. Donc c'est quelque chose sur le canton qui a été facilitateur pour moi, bien entendu. »

4.2.1.2 L'aménagement du temps de visites

L'organisation des visites à domicile est très variable en fonction des médecins interrogés. En termes de durée, il existe de nombreux paramètres qui influencent le temps passé à domicile mais globalement entre 15 minutes au minimum et jusqu'à 1 heure pour les patients les plus lourds et les soins palliatifs.

(M2) : « Autour de 20 minutes mais ça peut aller pour des soins palliatifs jusqu'à 1h. Voilà bon c'est très variable. C'est rarement en dessous de 20 minutes puisqu'en général ce sont des personnes âgées polypathologiques »

(M4) : « c'est très variable ! Si on ne prend que le temps chez le patient, ça peut aller de 15 min mais ça c'est exceptionnel à 1h, ça peut prendre 1h, ça arrive même assez fréquemment que ça prenne 1h. C'est plus long, parce que parfois je n'en vois pas qu'un à la fois, et puis des fois sortie d'hospitalisation, ça prend 1h quoi »

(M7) : « Très variable, ça peut aller de renouvellement de traitement qui va durer 10 minutes au sein d'une EHPAD par exemple comme 1h de consultation chez mon tétraplégique entre le temps de l'examen la discussion, tout ça, c'est très long »

(M12) : « : Je dirai de 25 à 45 minutes. Le 25 minutes c'est vraiment le renouvellement d'un patient qui va bien, qu'on voit trimestriellement pourtant mais ça glisse. Le patient polypathologique qui va pas bien, sortie d'hospitalisation... Mise en place de toute une organisation autour d'une maladie neurodégénérative, Parkinson, Alzheimer, avec tout le côté administratif, les courriers aux spécialistes, ça prend plus de 45 minutes. »

Les visites à domicile nécessitent un supplément de temps pour la coordination, la gestion, le trajet et parfois le temps de préparation et retranscription du dossier. Ce temps appartient au domaine « non médical » et donne l'impression « de perdre du temps ».

(M1) : « Là ça a pris du temps parce que bon, son traitement, une pile là d'ordonnances, il fallait savoir exactement ce qu'elle prend, moi je n'ai pas trouvé, j'ai laissé un message à son infirmière qui m'a répondu qu'il y avait un truc affiché au placard, moi je l'ai pas vu.... Comme quoi le traitement était affiché quelque part, à jour, mais moi je n'ai pas trouvé. Donc il a fallu que je défasse les pansements pour les ulcères et ça m'a pris une demi-heure »

(M3) : « et pour moi la consultation à domicile est de moins bonne qualité, parce que comme on passe du temps, le temps de trajet mange en quelque sorte le temps médical. »

(M5) : « Mais là pour l'instant c'est plus entre midi et deux donc c'est franchement pas pratique quoi. Souvent ça grille la pause repas (...) Enfin déjà que la visite en elle-même prend du temps aussi. Je bloque une demi-heure mais c'est souvent plus long. Je pense qu'on peut compter facilement 40 minutes si on compte le temps de trajet. (...) oui, parce que c'est souvent ce qui fait que j'ai pas trop le temps de manger et ouais c'est chronophage parce qu'il y a ce temps de préparation avant, il y a 40 minutes pour faire tout et puis il y a quand je rentre, retranscrire sur l'ordinateur pour mettre à jour le dossier médical et ça en plus bon ... »

(M8) : « Donc on se remémore les choses avant d'y aller puis après la visite à domicile, on retranscrit au cabinet ce qu'il s'est passé. (...) Temps peut être 5 minutes avant et 10 minutes après. »

(M12) : « Ici, en centre-ville on est particulièrement gêné pour se garer. Et la mairie n'a rien arrangé ces dernières années. Donc au temps de trajet il faut rajouter un temps de stationnement. Une visite de l'autre côté de la ville, j'en ai pour 1h. (...) Il faut impliquer le personnel paramédical, aide-soignant, infirmière, kiné, ne pas hésiter à leur téléphoner pour leur expliquer. Aujourd'hui il y a des patients qui changent de groupe infirmier et donc ne connaissent pas les antécédents, les relations intra familiales. Donc c'est à nous de donner ces informations essentielles pour qu'ils puissent prendre en charge correctement le

patient et secondairement nous retraduire des informations. Il va y avoir un retour aussi. »

Pour certains, la visite à domicile apparait chronophage, le temps étant insuffisant pour une consultation de qualité.

(M3) : « j'ai eu la volonté d'en faire le moins possible parce que c'est chronophage. (...) Alors le temps à domicile, je pense qu'il n'est pas suffisant pour une consultation de qualité (...) Bah on a le temps qui nous presse ouais, donc effectivement je pense que ça a un mauvais impact sur la qualité de la consultation ».

(M13) : « ça donne l'impression d'une perte de temps dans un contexte de travail à flux tendu. »

En milieu urbain, on note peu de visite car la permanence des soins est bien présente et de qualité. Il existe aussi une volonté de limiter les demandes de visites à domicile car le nombre important de consultations au cabinet engendre une pression et une charge de travail conséquente. Les visites à domicile sont plus nombreuses en semi-rural et rural.

(M8) : « Nous par contre on a un cabinet qui est très chargé en nombre de consultations donc on a beaucoup de pression au cabinet et c'est pas possible, sauf exception vraiment très rare, mais on peut pas quitter la consultation pour un motif de visite à domicile et on a volontairement donc, on n'a pas prévu de demi-journée, de créneau spécial visite tout venant, parce que voilà, on a choisi du fait de la demande, de la densité de la demande de consultation, d'assurer au cabinet. »

Les créneaux dédiés influencent parfois les praticiens qui apprécient l'activité de visite puisque le temps dédié ne déborde pas sur le temps personnel ou le temps de repas. Le nombre de visites est globalement plus important dans le cas où il existe des créneaux dédiés.

(M3) : « Donc j'ai pas de temps dédié à la visite à domicile. Et c'est tout à fait volontaire de ma part. »

(M4) : « Alors c'est... après peut-être que je cède trop facilement la visite à domicile, après c'est une question d'organisation, moi c'est prévu dans mon planning, donc c'est pour ça que j'accepte plus facilement des patients à domicile. »

4.2.1.3 Le dossier médical

Le manque d'organisation vis-à-vis du dossier médical complique l'acte de visite à domicile et rend le suivi des patients plus difficile.

(M1) : « Quand il n'y a pas de dossier en fait c'est plus compliqué, ou y'a pas un suivi qui est le même qu'en cabinet. C'est plus précis avec l'ordinateur en cabinet qu'en visite à domicile, forcément il y a des informations qui passent à l'as. »

(M2) : « Et c'est vrai que le fait d'avoir le dossier médical au cabinet ça incite les gens à venir parce que à domicile c'est beaucoup plus compliqué. »

(M3) : « mais à mon sens, les patients suivis en visite à domicile sont moins bien suivis qu'en consultation. »

(M11) : « on est un petit peu démunie de pas avoir le dossier du patient ou parce qu'il ne se souvient plus la plupart du temps. Les gens ont égaré les examens de laboratoire les choses comme ça et quand on voudrait y avoir accès et bien on est un petit peu coincé. Ça c'est une gêne. (...) L'organisation du dossier c'est un peu plus compliqué à domicile. Voilà, donc ça c'est un truc qu'il faudrait ... il faudrait une solution nomade, pratique, mais bon la sacoche elle finit plus quoi. »

(M12) : « N'ayant pas d'ordinateur parce que ça fait 3 fois que je change ma mallette, je suis une femme, je fais 55kg, donc ça fait 3 fois que j'allège ma mallette mais elle est toujours trop lourde avec un sac à main de l'autre côté. Une mallette d'urgence que j'ai dans ma voiture avec les injectables. Je ne peux pas prendre un ordinateur. J'espère qu'un jour je pourrai faire suivre avec ma tablette plutôt qu'avec mon ordi. Mais n'ayant pas la possibilité de faire suivre l'ordinateur pour le moment, je fais un cahier à domicile où je marque toutes les choses importantes. (...) Et il faut noter car sinon c'est de l'approximatif et j'ai

trop souffert quand j'étais remplaçante, d'avoir de gros dossiers qui n'avaient ni dossier papier ni informatif et c'était le mieux qu'on pouvait mais alors c'était le flou le plus total. Nous ne pouvions les soigner qu'à travers ce qu'il savait ce qui n'est pas suffisant bien entendu. »

Les médecins utilisent souvent un cahier de transmission infirmière dont la tenue dépend de l'IDE. Il manque un certain nombre d'informations médicales pures mais il est un moyen de coordination avec les IDE.

(M1) : « Mais après c'est plus compliqué à domicile lorsqu'il n'y a pas de dossier tenu à jour ...par l'infirmière, et quand on cherche les traitements, les dernières modifications de traitement, les derniers bilans, ça c'est une perte de temps. »

(M3) : « Il n'y a pas une bonne tenue du dossier médical. (...) Alors quand j'ai des patients lourds à domicile on a des cahiers de transmission avec les infirmières. Moi je note sur le cahier des infirmières où je vais noter stable, ou effectivement ça peut être une alternative. »

(M4) : « On a aussi des cahiers des IDE où là tout est noté. Voilà c'est aussi un truc d'échange ça (...) On a un cahier où les IDE marquent ce qu'elles font et moi quand je passe je leur dis voilà j'ai prescrit ça pour ça. Donc voilà c'est pas un dossier médical, mais c'est du médical. Mais voilà, ça c'est pas moi qui le met en place, c'est les IDE. Mais on peut avoir un classeur avec les courriers du médecin, les bio, les ordo, où là c'est génial parce qu'on a tout. Et aussi, on a le truc où on se fait les transmissions. Cette organisation c'est en fonction de l'infirmière. »

(M5) : « Le cahier infirmier c'est ce que je fais pour la liaison avec les infirmières c'est bien, pour pouvoir transmettre des choses, ce qui s'est passé précisément quand on était pas là et pour le suivi des selles, des pansements, des choses comme ça c'est bien. Mais après par contre ça suffit pas sur tout ce qui est dossier médical »

(M7) : « Cahier sur place avec écrit dossier médical et après j'écris les consignes pour les aides ménagères, les IDE, les kiné, etc .. et tout est là. Je demande que

les ordonnances soient aussi arrangées dans le cahier pour qu'il y ai un truc global. Je demande au patient d'acheter un cahier, pas des feuilles volantes. L'IDE écrit tout, renouvellement d'ordonnances, est-ce que vous pouvez regarder tel truc, elle écrit tout. Encore une fois ça dépend des IDE. Il y a des IDE qui m'écrivent des messages, il y en a d'autres qui ne m'en mettent pas. »

(M8) : « il y a souvent un cahier de liaison avec l'IDE qui en général passe quotidienne, donc ouais moi j'aime bien instaurer le cahier. »

Les dossiers non informatisés engendrent une perte des informations par le patient.

(M3) : « C'est des dossiers papiers donc mal tenus. »

(M8) : « On n'a pas le dossier sous les yeux, on n'a pas... alors avec notre smartphone on peut avoir notre aide à la prescription mais on n'a pas nos outils habituels et voilà on peut manquer de certains paramètres. »

La rédaction du dossier médical est perçue comme une perte de temps et est chronophage. C'est un temps supplémentaire dédié à l'administratif.

(M2) : « quand tu viens à domicile, j'imprime le résumé du dossier qui est tenu à jour, les dernières lettres de spécialistes, la biologie avec la chronologie et les dernières consultations et ça me permet d'avoir le même dossier que le dossier informatique mais sur papier. Alors ça prend 5 minutes à chaque fois d'imprimer. (...) Ah oui alors il faut préparer la consultation puis après la visite retranscrire. Donc c'est un travail supplémentaire qui prend plus de temps en plus du trajet. Donc effectivement ça prend beaucoup de temps. »

(M4) : « Mais c'est vrai que moi je suis pas très systématique à entrer à chaque visite pour chaque patient, moi je le fais pas. Il n'y a pas le temps surtout. C'est compliqué ouais. Et puis j'estime que quand j'ai déjà noté des trucs dans le cahier, voilà il y a déjà une trace écrite quelque part, mais je reconnais que des fois, il n'y a pas de traces écrites et que c'est pas bien... »

(M5) : « Enfin je pense qu'il faut être organisé comme ou avoir un double du dossier papier quand on va au domicile. Mais donc à ce moment-là c'est compliqué ça veut dire qu'il faut toujours tout retranscrire tout quand on rentre mais sinon c'est super galère quoi ... »

Il existe des logiciels externalisés avec accès par le smartphone ou tablette via internet dont l'accès est facile. Le gain de temps est important lorsque le dossier est informatisé mais coûteux. L'évolution vers le dossier informatisé facilement disponible est intéressante mais serait peut-être un frein, une barrière à la relation comme peut l'être aujourd'hui l'ordinateur en consultation au cabinet. Le téléphone portable est un moyen qui facilite les échanges avec les IDE.

(M5) : « Mais après pour ce qui est suivi du dossier je trouve que c'est super galère quoi. J'aimerais plus tard changer de logiciel pour avoir un logiciel qui est sur internet et qu'on puisse avoir le dossier au domicile du patient. »

(M8) : « Les infirmières, elles ont pas trop le temps, donc en général, je leur laisse un petit mot ou par sms. Je communique beaucoup par sms avec les IDE, ça marche super bien, on s'appelle très facilement »

(M9) : « : J'ai mon dossier médical à domicile. Moi j'ai un logiciel sur internet donc avec mon téléphone j'ai accès directement à mon dossier patient. Voilà ça c'est mon dossier patient de ma dernière visite. J'appuie sur haut-parleur, je dicte ma visite et voilà ça rentre directement dedans. (...) c'est un gain de temps monstrueux. Je vais plus vite à domicile puisque je ne tape pas. (...) Ouais c'est super bien, cher mais bien. »

(M10) : « moi je suis équipé d'un logiciel qui est externalisé, donc je prends simplement ma tablette et je me connecte dessus et j'ai mon dossier médical. C'est un logiciel internet qui est externalisé totalement sur des serveurs extérieurs, donc avec un code on peut y avoir accès de n'importe quel ordinateur. »

(M11) : « bah on écrit, sur le cahier de liaison ou sur une ordonnance où on leur demande de faire telle ou telle chose. Ils me l'écrivent aussi, ou j'ai un commentaire ou un sms. On communique. Le portable ça facilite la communication avec les paramédicaux. »

4.2.2 Les impressions du médecin généraliste en visite à domicile

4.2.2.1 Ressenti des médecins généralistes lors des visites à domicile

Les médecins se sentent pratiquement tous très à l'aise en visite. C'est un moment privilégié avec le patient. La visite permet un changement de rythme et d'activité par rapport à la consultation, ce qui est apprécié car l'environnement est moins formel qu'au cabinet. L'accueil à domicile est plutôt chaleureux, positif avec une proximité et une reconnaissance du patient ce qui traduit une bonne relation de confiance. Il existe un effet valorisant d'être reçu à domicile.

*(M2) : « Souvent on est très bien accueillie en général. Ils voient qu'on se déplace pour eux, enfin c'est pas un problème (...) On est toujours très bien accueillies. »
« c'est pas désagréable de couper la journée en se déplaçant chez les gens, en faisant des consultations un peu différentes où il n'y a pas l'ordinateur etc ... qui intervient qui fait barrière entre le patient et le praticien, donc c'est toujours intéressant d'avoir un mode d'exercice un peu différent pendant 1h ou 2 quoi. »*

(M4) : « Moi je suis toujours très à l'aise partout ! (...) l'accueil est toujours très gentil, c'est souvent qu'on nous propose un café. C'est même assez agréable du coup. (...) ouais ça change un peu, c'est peut-être moins formel qu'au cabinet quoi. Donc c'est sympa. »

(M6) : Sans aucune contrainte ni mal à l'aise (rires), sans problème. »

(M7) : « Très à l'aise, pas gênée, des fois c'est juste limitant pour l'examen. Parce que on n'a pas tout ... j'ai pas d'ECG avec moi, le manque de matériel, de lumière, voilà des fois c'est plus la situation qui fait ça mais sinon, non ça me pose pas trop de problème, je fais des examens gynéco et des frottis sur mes tétraplégiques dans le lit avec l'IDE qui m'aide. Enfin tout se fait faut juste s'organiser c'est tout. »

(M8) : « c'est un autre type d'activité par rapport au cabinet »

(M9) : « Et la visite à domicile, ça permet de voir où vivent les gens donc savoir qui ils sont aussi. C'est un moment privilégié, c'est un moment agréable. Ce qu'il faut dire aux jeunes c'est ...ils vont te dire, « ah la visite c'est terrible », en fait c'est un moment agréable. Bon c'est chiant parce qu'il faut prendre la voiture etc... Mais en revanche, quand on y est, c'est un moment sympa. C'est plus sympa que la consultation, c'est l'avantage. »

Il n'y a pas de barrière ressentie et les médecins ne se sentent pas plus gênés à domicile qu'au cabinet.

(M1) : « Bah c'est à la demande du patient donc y'a pas de gêne particulier, après quand c'est un examen où faut faire un TR c'est pas évident mais bon ... après non on fait comme au cabinet, on n'est pas forcément plus gêné à domicile qu'au cabinet. »

(M11) : « Normal, bien. Non il n'y a pas de contrainte particulière, ni de gêne particulière. La chose qui est gênante c'est l'absence de dossier. »

Parfois, les médecins se sentent mal à l'aise mais ce sentiment est plutôt ressenti par les jeunes médecins ou lors des remplacements en début d'activité chez les médecins installés. Le manque d'organisation pourrait être en lien avec ce sentiment.

(M3) : « Une consultation au cabinet, bon elle peut prendre du temps bien évidemment en fonction du motif mais je trouve qu'on se laisse moins déborder, on s'organise plus, on se structure plus. Inconsciemment peut être mais on se structure plus sur le déroulé de la journée, sur le programme de la journée alors qu'en visite on se fait dépasser. (...) Pour moi c'est la visite qui pose un problème d'organisation, donc pour moi la visite à domicile faut la réduire. »

(M8) : « C'est vrai que je me rappelle quand je remplaçais dans des cabinets où on allait chez des visites au tout venant ou chez des gens qu'on connaissait pas forcément, il y a le côté trouver l'adresse, se garer pas trop loin, est-ce que

l'accessibilité, l'ascenseur, on a la trousse de visite etc... voilà quand on ne sait pas où on va, c'est galère. Mes souvenirs c'était ça. »

La difficulté d'organisation des visites à domicile donne la sensation d'être empressé. La sensation de travail bâclé qui influence sur la qualité de la consultation rend l'exercice frustrant car les médecins ont l'impression de mal faire leur travail.

(M2) : « si on est obligé d'examiner un patient avec des pathologies multiples dans une chambre mal éclairée au fond d'un lit etc ... ça peut être un peu compliqué, et agaçant et frustrant parce que on a l'impression de pas bien faire son boulot. »

(M3) : « Le renouvellement, enfin j'ai le souvenir de remplacements en Ardèche, enfin c'était bâclé quoi ! »

(M5) : « La préparation de la visite avant au cabinet je le fais très vite, moins d'une minute ... c'est peut-être un peu bâclé parce que justement, je vois que je suis déjà en retard, je vois que j'ai des visites à faire que je vais pas avoir le temps de manger donc je le fais le plus vite possible et donc c'est peut-être pour ça que c'est pas suffisamment bien fait aussi. »

Les médecins apprécient l'activité de visite à domicile à condition de ne pas être sous pression sur la quantité d'actes à réaliser dans la journée. Les trajets peuvent être fatigant quand les visites s'enchaînent.

(M1) : « Là aussi c'est pénible sur le plan physique. Ça fatigue. Le trajet, il faut monter descendre de voitures c'est épuisant. Moi je fais des demi-journées que je consacre à la visite, c'est fatiguant. »

(M3) : « Ouais en fait, on est toujours pressé à domicile, c'est pour cette raison que j'en fait peu parce que je pense que ça a un impact réellement négatif sur la qualité de la consultation. »

(M4) : « Il y a des fois quand il y en a beaucoup en période épidémique c'est un peu fatigant »

(M8) : « Après c'est quand même majoritairement quelque chose de plus fatigant qu'une consult' au cabinet, une visite à domicile. »

(M9) : « C'est un moment de répit et il faut pas croire... Sauf quand vraiment il y en a trop, alors là c'est Bagdad, parce qu'il faut faire le déplacement et puis ce sont souvent des consultations lourdes parce qu'il faut souvent tout organiser, il rentre de l'hôpital, enfin c'est long. Donc s'il y en a trop de prévu, là en revanche il faut faire vite alors que c'est pas possible. Donc là, c'est vraiment l'enfer. Notre métier, le plus c'est un enfer parce qu'on ne gère pas le temps. »

(M10) : « A condition de ne pas être sous pression sur la quantité d'acte à faire dans la journée. Si je sais que ma salle d'attente est pleine, et que j'ai encore 3 visites à domicile, là je vais être speedé et les pertes de temps vont m'agacer, et l'observation ne sera pas bonne, etc... Après dans des conditions d'exercice normales, ouais c'est plutôt plaisant je dirais. Je les fais à pieds dans le village d'ailleurs mes visites et puis voilà. »

Parfois l'activité de visite à domicile est perçue comme inintéressante d'un point de vue « entreprise médicale ».

(M3) : « J'avais remplacé antérieurement en secteur rural et je m'étais aperçu que bousiller une demi-journée de travail pour voir 5 patients, ce n'était pas vraiment...très intéressant d'un point de vue entreprise médicale, libérale »

On note beaucoup d'agacement de la part des médecins lorsque le patient est absent du domicile.

(M4) : « Il y a ceux qui ne sont pas là, alors ça, ça énerve beaucoup. Donc on n'y retourne pas, voilà, s'ils sont pas là c'est que ... voilà »

(M8) : « Oui la dernière fois on s'est un peu accroché avec une patiente qui n'était pas là. (...) Elle n'était pas là quand j'y suis allée, donc voilà le décalage ou le rendez-vous raté, ça c'est pour l'organisation, c'est très très galère. Donc voilà le frein c'est quand on se rate »

4.2.2.2 Les spécificités de la relation médecin-patient

La plupart des médecins étaient d'accord sur le fait que l'ordinateur est une barrière dans les échanges avec le patient au cabinet.

(M2) : « En même temps, on n'a pas l'ordinateur sur lequel il faut taper pendant la consultation, voilà on n'a pas cet écran. C'est un peu comme quand l'ordinateur est en panne au cabinet, on retrouve une relation facile avec les gens, beaucoup plus directe, beaucoup plus chaleureuse parce qu'il n'y a pas cet écran. Même si on essaie de regarder les gens quand on tape etc, c'est un obstacle l'ordinateur dans la relation. »

(M4) : « Par contre au cabinet, il y a l'écran d'ordinateur ... Oui, la barrière... »

(M6) : « L'ordinateur est un frein à la relation. C'est un outil qu'on arrive à maîtriser mais c'est un large frein à la communication. (...) A domicile, on récupère ce lien, on n'est pas gêné par l'ordinateur, on n'est pas gêné par le plantage du truc, parce que ça c'est récurrent quels que soient les systèmes. »

(M7) : « déjà au cabinet je trouve que ça ... L'ordinateur c'est un peu particulier, c'est un peu compliqué parce qu'on a les yeux dessus, je trouve, pour garder de l'attention pour le patient. »

En visite à domicile, le lien est particulier, il y a plus de proximité car les médecins sont dans l'intimité du patient. C'est tout particulièrement le cas dans le contexte de soins palliatifs. En effet, le suivi est plus régulier en visite à domicile, les patients sont plus reconnaissants, le médecin est valorisé. Le médecin devient alors une personne référente, un « médecin de famille » lors des suivis de longue date. Il existe également une meilleure connaissance du patient et de son mode de vie. Les visites sont intéressantes essentiellement d'un point de vue humain et social car il permet d'observer le milieu de vie des patients.

(M1) : « Ouais c'est des liens plus... comment dire, souvent on est plus proche de la personne puisqu'on rentre un peu dans l'intimité de la personne. Donc on connaît son mode de vie, on rentre dans son appartement donc euh c'est pas évident pour une personne d'accepter un tiers, même si on est médecin. (...) Bah

tu as une approche différente puisque tu as en main des éléments supplémentaires sur le plan social ou sur le mode de vie. »

(M4) : « On les voit peut-être plus souvent, parce que c'est souvent des chroniques quand même donc euh ouais, peut être une meilleure connaissance quoi. Oui et c'est vrai qu'on apprend plus de choses quand on va chez les gens. »

(M5) : « je pense que ça rapproche pas mal parce qu'on rentre un peu dans l'intime, donc c'est intéressant pour nous et moi je me sens plus proche des patients chez qui j'ai été au domicile (...) ouais le lien est beaucoup plus fort quand c'est du palliatif, surtout avec la famille. Parce que oui c'est vraiment un accompagnement qu'on fait et qui est très fréquent aussi et qui peut durer longtemps quoi. Donc ouais ça renforce vraiment beaucoup le lien entre le patient, le médecin et la famille surtout. »

(M6) : « Oui elle est particulière parce quand vous vous déplacez chez les gens, vous faites partis de Vous êtes chez eux. Voilà vous êtes dans l'intimité des gens, dans leur univers, c'est vous qui faites la démarche de se mettre à leur portée. Donc dans la relation humaine c'est totalement différent, c'est pas du tout la même chose que quand vous êtes assis derrière votre bureau avec votre blouse et dans votre fonction de médecin, c'est totalement différent et c'est tout l'intérêt de la visite et c'est tout l'intérêt de la pratique médicale (...) Si on a une relation de médecin de famille, vous faites partis de la famille, c'est beaucoup plus respectueux. Là aussi les générations changent et le relationnel change mais le comportement des gens quand ils sont dans leur environnement est ... ils se livrent plus facilement, il y a moins de barrière, la relation est plus facile. C'est eux qui vous accueillent ce n'est pas vous qui les accueillez. »

(M8) : « oui il y a une relation peut être un peu plus privilégiée avec cette personne qu'on va voir chez elle et qu'on va voir régulièrement. »

(M10) : « Oui c'est une relation particulière. Moi je suis installé depuis 1987, j'ai pris la suite de mon père qui était installé et lui avait 60% de son activité en visite à domicile. Donc c'est une tradition très ancienne, le médecin se déplace à

domicile. (...) Après, historiquement, la notion de médecin de famille s'accommode très bien d'une visite à domicile, puisqu'on voit le cadre de vie avec parfois des choses qu'on peut comprendre directement, comme des conditions de vie insalubres ou des endroits très chauds mal exposés, des zones où il y a des niveaux à 3 étages sans ascenseur pour des personnes qui ont du mal à se mouvoir. On comprend un certain nombre de choses à domicile. Et puis il y a une partie de l'intimité qui est davantage dévoilé puisqu'ils vous reçoivent dans leur intérieur, très souvent en famille. »

(M11) : « Mais je trouve que c'était hyper important le contact avec le patient. On faisait partie de la famille. J'ai toujours dit, c'est le patient qui nous donne le diagnostic, donc s'il se sent à l'aise, si vous êtes quelqu'un, une personne référente pour eux, et bien vous n'aurez pas besoin de faire un interrogatoire monstrueux pour aller chercher je ne sais quoi. Le patient va vous donner tout seul les éléments du diagnostic et la clé. »

(M12) : « C'est-à-dire des gens quand ils ont 85 ans et que vous avez connu à 58-60 à l'âge où ils étaient actifs, vous avez une relation qui est complètement différente d'avec le patient chez qui vous arrivez pour la première fois. C'est complètement différent. Vous avez vécu des moments ensemble, des tas de moments. Une vésicule, un cancer de la prostate, l'urgence du petit-fils, donc la relation n'est pas la même. Il y a quelques minutes accordées aux communs des choses »

Les médecins interrogés ne trouvent pas de différence de relation par rapport aux patients suivis en consultation au cabinet.

(M2) : « Je pense pas qu'elle soit fort différente de celle avec mes patients au cabinet, simplement leur faculté de déplacement ou leur grand âge ne leur permet pas de se déplacer mais sinon pour moi, elle est la même, pas de différence »

(M7) : « J'espère avoir un lien particulier avec chacun de mes patients que je vois régulièrement, mais non en visite à domicile ça change pas par rapport à ceux que je vois en consultation. »

Par contre, le médecin est présent sur un temps limité en visite à domicile ce qui peut être un frein à la communication entre le médecin et les aidants ou les spécialistes.

4.2.2.3 Le secret médical en visite à domicile

La présence de la famille ou des auxiliaires de vie peut-être une gêne notamment sur des pathologies graves, lorsqu'un entourage pose des questions directes devant le patient par exemple. Il est parfois délicat de discuter seul avec le patient.

(M2) : « De toutes façons si c'était pas le cas, s'il y a un voisin ou autre, on fait attention à ce qu'on dit, à ce qu'on partage avec le patient, à ce qui peut être entendu. On est toujours obligé de faire attention là-dessus. »

(M4) : « Après des fois, la famille... c'est difficile peut être ... si on a besoin d'un moment d'intimité c'est pas toujours évident. S'il y a la personne à côté c'est pas évident. Des fois, il y a l'aidant qui va chercher un truc et là il y a quelque chose qui se dit, qui ne s'est pas dit devant l'autre, enfin voilà, donc il y a ça aussi. Au cabinet, c'est peut-être plus facile de venir seul au cabinet que à la maison où souvent le conjoint est là aussi. Alors c'est pas toujours mais ça arrive. »

(M8) : « Oui ça m'est déjà arrivé d'être embêtée. J'ai actuellement une dame qui vit avec une personne mais un peu contrainte de vivre avec cette personne et c'est vrai qu'elle aime pas quand cette personne est dans la pièce donc elle me fait comprendre que quand il est là, voilà on attend qu'il sorte »

(M10) : « c'est-à-dire qu'il ne faut pas trop trop compter sur la confidentialité de cette visite et plutôt généralement en famille ou parfois avec les auxiliaires de vie, qu'on peut rencontrer sur place. Voilà, ça a quelque caractère particulier effectivement. (...) si ce sont des choses un peu délicates, de grave, effectivement on est un peu ennuyé pour parler mais ça reste exceptionnel quand même, soit

on demande spontanément après les avoir saluer soit ils nous laissent, c'est comme ça la plupart du temps. »

(M11) : « Là où c'est plus gênant c'est dans le palliatif ou des choses comme ça. C'est quand l'entourage commence à nous poser des questions directes, et comme il faut éviter de mentir, donc euh ... Comme je leur dis souvent, si vous ne voulez pas entendre certaines réponses, ne posez pas la question. Et puis pour épargner le patient qui forcément, lui, n'a pas posé la question. Donc s'il n'a pas posé la question, il n'attend pas la réponse. Donc sinon l'entourage peut la poser en aparté mais pas devant le patient. C'est des conditions particulières où effectivement on peut être gêné dans le cadre du secret médical. »

Un des médecins reconnaît avoir été en difficulté lorsqu'il était jeune médecin.

Cependant, le fait de connaître le patient et la famille permet de plus facilement demander de sortir afin d'aborder un sujet délicat ou pour l'examen physique. Parfois, il est même demandé de façon systématique à l'entourage de sortir pour l'examen physique compris par la famille.

(M6) : « ça ne pose pas de problème, quand on est dans des situations familiales, on connaît quelles sont les relations de gens entre eux. L'avantage de la relation de médecin de famille, c'est d'être beaucoup plus au courant des tenants et des aboutissants, en intégrant ce que nous ont dit les voisins, « ouh vous savez ils ont fait ça ... », on intègre beaucoup plus de données, c'est une question d'intelligence, de tact et de mesure et de respect quoi. »

(M8) : « moi ça m'est arrivé de demander à la personne de sortir et ça m'a pas posé problème (...) Pour l'examen physique uniquement, je fais sortir systématiquement même si la patiente me dit pas que ça la gêne, je lui demande qu'on aille dans une pièce à part. »

(M9) : « en gros, on connaît ces patients, le secret médical quand on jeune médecin quand on arrive quelque part, c'est chaud, en revanche quand on connaît les patients, la famille et tout, c'est très simple de dire « vous sortez de la pièce ». Vous voulez qu'on parle, voilà. La mamie qui est toute seule, on lui dit

« j'aimerais parler seul », on ne m'a jamais dit non quoi. Donc non c'est pas un soucis. »

(M10) : « Après la confidentialité d'un examen médical, les gens l'entendent assez facilement, c'est pas... voilà »

(M12) : « On sait plus ou moins les liens qui unissent le patient à cet entourage. Le secret médical est mal respecté vis-à-vis du conjoint, souvent. Mais il arrive que certains couples me disent « on ferme la porte de la chambre », ou « le médecin va m'examiner » donc ils ferment la porte, donc là on se rend compte des situations. Nous devons dans ces cas-là nous tenir à ne dire au conjoint que ce que le patient veut bien qu'on dise au conjoint. Car le patient nous l'a fait comprendre. »

Les médecins considèrent que le secret médical est partagé entre les soignants et avec la personne de confiance car c'est dans l'intérêt du patient mais pas systématiquement à chaque consultation. Il est noté certaines difficultés par rapport à l'aide-ménagère.

(M1) : « Bah c'est le secret partagé entre soignants quoi », « De toutes façons il faut qu'il y ait une personne de confiance, très souvent, chez une personne dépendante, il y a une personne de confiance vis-à-vis de laquelle le secret est partagé. Parce que c'est dans l'intérêt du patient »

(M3) : « alors effectivement, si le conjoint ou la conjointe est là de manière naturelle, à chaque fois je vais pas leur poser la question. Mais je l'ai au moins posé une fois. »

(M4) : « Moi je trouve que c'est plus compliqué quand il y a des aide-ménagères et que c'est pas des soignants. Donc là, ça peut être un peu plus compliqué. »

(M12) : « Alors il y a les aidants soignants et les aidants non soignants. Et dans soignants infirmières, elles doivent savoir de quoi on parle donc je leur donne les éléments pour bien soigner le patient, donc il faut qu'elle soit au courant, il faut les impliquer. (...) Donc le secret médical par rapport aux paramédicaux

soignants, il est partagé. Par rapport à une auxiliaire de vie une aide-ménagère, ils n'ont pas à savoir »

4.2.2.4 La Rémunération de la visite à domicile

Les médecins interrogés pensent que la valeur de l'acte est désuète de façon globale, y compris pour les consultations. Mais il existe une discordance dans le sens où le supplément « majoration déplacement » qui représente un tiers du tarif de la consultation, paraît suffisant pour certains, insuffisant pour d'autres, avec une évolution vers une meilleure rémunération. L'acte de visite à domicile est considéré comme peu rentable pour quasiment tous les médecins interrogés.

(M1) : « Non c'est pas rentable, c'est sûr. Le rapport temps consacré sur tarif est ... C'est mieux de faire de la consultation quoi c'est clair. »

(M2) : « Quand on pense que le déplacement est payé 10€ alors que pour n'importe quel artisan c'est 5 fois plus, ça pose problème quoi. Parce que le temps de la visite à domicile c'est 2 fois le temps d'une consultation. Donc on devrait être à 50€, on est à 35. Donc y'a un problème »

(M7) : « Non la visite n'est pas suffisamment rémunérée, la consultation n'est pas suffisamment rémunérée, rien n'est suffisamment rémunérée, »

(M10) : « Les petits 10€ de supplément qu'il y a... Oui si, par rapport à la valeur de l'acte oui. C'est la valeur de l'acte qui est trop basse, nettement trop basse. Pour tout ce qu'on a géré, les 50 000 motifs de consultation qu'il y a au cabinet, ou à domicile d'ailleurs c'est pareil. Le supplément qui représente un tiers du prix quasiment, c'est pas mal. »

(M12) : « Alors il y a eu de gros progrès. Jusqu'à il y a 3 ans, les visites à domicile n'étaient pas assez rémunérées. Un patient chez qui on passe 45 minutes pour être payé 33€ c'est pas beaucoup, c'est pas cher payé avec les frais du cabinet, c'est vraiment pas assez. Aujourd'hui avec la nouvelle nomenclature, les MIC, les MSH, ça permet pour des patients lourds tout au long de l'année d'étaler, une prise en charge globale. »

Certains médecins imaginent l'acte de visite à domicile comme faisant partie d'une évaluation globale du patient avec une cotation spécifique.

(M6) : « En principe si on fait son travail ça prend plus de temps, et disons qu'il faudrait savoir s'accorder, et c'est l'intérêt aussi, l'acte à domicile doit rester un acte particulier, privilégier, mieux rémunéré où on accorde un peu plus de temps, ça ne doit pas être une routine, il ne faut pas vouloir faire de la visite pour faire du chiffre parce qu'au contraire on gagne moins d'argent. Parce quelque part en ne faisant pas de visite à domicile, on n'a pas de prise en compte, en conscience de la globalité et de la réalité de ses patients. Et il faut que les médecins refassent des visites à domicile mais dans des conditions qui sont professionnalisées. Ça doit faire partie d'une évaluation (...) Alors que si on reste dans la globalité de cette fonction et c'est tout l'intérêt de cette spécialité de médecine générale c'est d'avoir cette vision hippocratique de médecine globale et ça c'est capital, c'est ce qui fait l'intérêt du boulot. »

Il existe une valorisation de la rémunération grâce à l'Indemnité Kilométrique.

(M10) : « Et les indemnités kilométriques, alors ça commence à être juste mais ça a été relativement généreuse dans le département puisque on est classé montagne donc avec ...finalement avec le MD plus l'indemnité kilométrique, oui ça fait un prix qui est acceptable. Ça va encore. Mais oui, la remarque que je voulais faire c'est par rapport à l'augmentation du coût du carburant, ça commence à être limite. »

La rémunération à l'acte avec différentes cotations est perçue parfois comme compliquée.

(M11) : « alors la rémunération je vais vous dire, moi personnellement, l'usine à gaz qu'on nous sort je trouve ça complètement stupide, idiot. Aujourd'hui on est capable de disséquer une activité médicale, on est capable de fixer un prix moyen de l'acte médical, donc on est capable d'estimer quel doit être le revenu décent d'un médecin pour une activité X et ça en découle une valeur d'une lettre clé la visite la consultation point barre »

Les visites à domicile sont finalement toujours longues et complexes, ce qui ne peut pas être pris en compte systématiquement et les visites à domicile coordonnées par les réseaux n'ont pas de cotations spécifiques.

(M4) : « Non ça pourrait être un peu mieux payé. C'est surtout, moi ce que je trouve, c'est que on devrait avoir le MD normal enfin 35€ pour un renouvellement de traitement qui va prendre 20 minutes et de pouvoir coter aussi quand on a une visite compliquée au-delà de juste une visite complexe pour les patients avec une pathologie neuro-dégénérative. Voilà, il faudrait qu'on puisse le faire pour tout le monde quoi. »

(M6) : « Parce que déjà la visite à domicile c'est un acte particulier en soi, c'est anormal qu'une visite à domicile soit cotée à l'équivalence d'une consultation. C'est un acte singulier parce que justement si on fait son boulot on arrive à une prise en charge qui est beaucoup plus large, plus globale et que ce n'est pas uniquement les frais de déplacements. On aborde beaucoup plus de choses à domicile que dans une consultation de cabinet où les gens attendent dans la salle d'attente et où il faut pousser la consultation. Il n'y a pas les mêmes contraintes de temps. »

(M8) : « non c'est toujours pour mes profils de patients une visite longue et complexe. Ce qui n'est pas possible à chaque fois. Donc voilà c'est sous rémunéré, clairement. »

Il est noté le paiement de frais supplémentaires personnels au financement des lecteurs de carte vitale.

(M4) : « Après c'est comme les lecteurs de carte vitale à domicile, c'est à nous de financer, ça coute 500€ et on se débrouille quoi, et on a aucune indemnité rien, alors qu'on nous demande de tout télétransmettre, donc c'est des fois un petit peu facile. »

La visite à domicile est insuffisamment rémunérée mais le fait d'augmenter les honoraires ne serait pas une solution car le manque de médecin traitant est un problème de santé publique qui ne peut être réglé par l'augmentation des honoraires de la visite.

(M3) : « Donc moi mon idée, c'est que les visites à domicile effectivement ne sont pas rémunérées de manière importante mais je pense que pour moi, ça serait une erreur d'augmenter le tarif de la visite à domicile parce que ça, ça inciterait les médecins à en faire plus et à prendre du temps du coup en visite alors qu'ils pourraient passer plus de temps en cabinet pour recevoir plus de patients. Aujourd'hui on est dans un exercice où les médecins parce qu'ils sont submergés de travail, et parce qu'ils font beaucoup d'heures, refusent de prendre d'autres patients en tant de médecin traitant et ça va poser un problème de santé publique important dans notre société, dans les prochaines années. Donc répondre à ça, d'augmenter les visites à domicile, pour moi ça serait irresponsable de la part des pouvoirs publics. D'un point de vue santé publique, ça ne serait pas une bonne chose. »

4.2.3 L'examen médical

4.2.3.1 L'interrogatoire à domicile

L'interrogatoire n'est pas plus succinct à domicile. Il est parfois long en cas de plaintes multiples et parfois fluide en cas de renouvellement simple. C'est globalement le même qu'au cabinet.

(M9) : « non pas forcément c'est à peu près le même [l'interrogatoire], malheureusement c'est à peu près le même. »

(M10) : « Non je pense que sur l'interrogatoire, il n'y a pas trop de différence. Quand il y a un besoin, il peut très bien s'exprimer par l'interrogatoire tout aussi fouillé à domicile comme au cabinet. J'identifie pas trop de différence dans la pratique »

(M12) : « Deux types de pathologies, c'est-à-dire un patient qui vous rappelle pour la même chose, le diagnostic n'a pas été fait, il faut savoir reprendre l'interrogatoire tel qu'il est fait au cabinet comme si on ne connaissait pas le

patient. Si c'est un symptôme qui ne pose pas de soucis, effectivement la connaissance du patient, on va pas repartir à zéro puisqu'on le connaît. Ça s'intègre à son dossier. Dans sa vision globale, ça aide quand même de connaître le patient, on a quand même ces antécédents dans la tête. »

L'absence d'ordinateur à domicile facilite les échanges.

L'entourage est aidant et participe principalement dans le cadre de troubles cognitifs chez le patient. L'entourage est aussi une aide pour comprendre et se faire comprendre du patient. Il peut également aider le médecin à mobiliser le patient et est utile pour la tenue du dossier.

(M1) : « Après tout dépend de la personne comment elle est, sur le plan cognitif, si elle est accompagnée, quand c'est quelqu'un qui est dément par exemple, c'est plus compliqué hein »

(M4) : « bah quand c'est des personnes très âgées ou c'est l'aidant qui va aller chercher les médicaments ou bien qui a des choses à me dire quoi. Là par exemple, j'ai vu hier, il y a un monsieur bon qui est dément complet, il y a sa femme qui m'a fait le topo parce que lui est incapable de me dire quoique ce soit. »

(M10) : « Bien sûr que la présence de l'entourage est ressource. Complètement ! Vous avez souvent l'aidant familial qui est là dans les personnes dépendantes soit très âgées, soit dépendantes soit les deux, et tout est fait sur des cas un peu extrêmes, tout est fait avec l'aidant. »

Chez les jeunes médecins, l'interrogatoire est perçu comme étant mal organisé. Parfois, l'interrogatoire est plus succinct.

(M5) : « Donc c'est moins organisé et on essaie d'aller direct à l'essentiel du coup. C'est plus succinct. »

Il manque parfois des renseignements pour établir une orientation diagnostique et le suivi.

(M1) : « Bah c'est plus compliqué quand tu es chez quelqu'un qui est seul, qui n'est pas capable de répondre à un interrogatoire médical, qui a du mal à se déplacer, et qui ne gère pas son traitement. Voilà quand c'est quelqu'un qui ne gère pas son traitement et que l'infirmière n'est pas là au moment de la visite, voilà c'est plus compliqué car il nous manque des renseignements qu'il n'est pas capable de donner (...) Même pour assurer le suivi. Quand tu demandes, la dernière prise de sang, ou quand quelqu'un est passé entretemps, par exemple un remplaçant qui a prescrit un traitement et que tu ne retrouves pas l'ordonnance, tu n'as pas de trace, tu ne sais pas ce que c'est. Quand il n'y a pas de dossier en fait c'est plus compliqué, ou y'a pas un suivi qui est le même qu'en cabinet. Alors qu'avec les ordinateurs, maintenant quand tu as un remplaçant, tu as l'observ' »

4.2.3.2 L'examen clinique à domicile

Chez les jeunes médecins, le fait de laisser le patient décider de son installation engendre des difficultés pratiques. Il est possible que le manque d'organisation au début de l'activité en soit la cause.

(M5) : « c'est vrai que c'est souvent un peu fouillis parce que on sait pas trop comment on va s'installer, on sait pas trop où on va aller, où on va faire l'examen, du coup... enfin quand c'est surtout un nouveau domicile que je connais pas, je vais pas m'installer direct à une table, je vais attendre que le patient me dise asseyez-vous là ou quoi donc des fois s'il dise pas ça je commence à leur dire « alors qu'est-ce qu'il se passe ». On est encore debout, donc bon ... ouais c'est assez fouillis, c'est pas super bien organisé (...) bah [L'examen clinique] c'est la galère aussi (rire), justement parce que on sait pas trop toujours où on va s'installer .Alors peut-être qu'il faudrait être plus directif... il y a peut-être des prat qui disent direct « on va dans chambre, allongez-vous, déshabillez-vous » mais là non je suis pas chez moi donc je laisse un petit peu le patient décider et bon bah s'il reste assis dans le salon bah on examine assis dans le salon mais bon selon ce qu'il faut examiner c'est pas super pratique quoi... »

Lors de l'analyse, il apparaît une discordance.

Certains médecins disent examiner de façon plus confortable à domicile car le logement est adapté avec éventuellement un fauteuil coquille qui permet d'allonger les patients pour les examiner : les patients sont souvent examinés là où ils reçoivent le médecin.

(M4) : « Alors des fois on arrive, ils sont déjà au lit donc voilà ça, ça arrive aussi. C'est peut-être pas le plus facile. Mais je ne fais pas allonger systématiquement les patients à chaque fois. »

(M7) : « Encore une fois c'est pas la visite à domicile qui limite l'examen clinique, c'est l'état du patient, c'est le cas du tétraplégique, sur mes patients âgés qui sont en fauteuil toute la journée qui ont du mal à se déplacer ben voilà... au contraire c'est peut être mieux à la maison parce qu'ils sont dans le fauteuil coquille, qu'on peut allonger. »

(M10) : « on les examine sur le lieu où ils nous reçoivent »

A contrario, pour d'autres médecins, le domicile apparaît comme un lieu inadapté pour examiner, par l'absence de table d'examen, par exemple et l'examen physique plus succinct qu'au cabinet.

(M1) : « Aussi pour l'examen des personnes qui ont du mal à se déplacer, pour l'examen clinique c'est pas évident, de l'appartement aussi comment c'est aménagé, si c'est adapté ou pas à la dépendance de la personne. », « Bah au niveau de l'examen clinique, c'est le minimum, »

(M4) : « Forcément c'est plus succinct, parce que là on n'a pas la table d'examen donc voilà des fois l'examen ça se fait assis, donc c'est le cœur, poumon, tension, on regarde les œdèmes et c'est tout. (...) Surtout quand c'est des patients polyopathologiques, qu'il faut déshabiller et examiner ... Oui ça peut être plus compliqué. (...) Mais voilà, moi je dirai c'est plutôt le domicile qui complique les choses, alors certes il y a le patient mais il n'y a pas que ça. A domicile on est moins à l'aise pour examiner ça c'est sûr. »

(M5) : « bah je pense toujours à la maison de retraite et cette dame qui ne veut pas aller dans sa chambre et qu'on est pas dans les bonnes conditions pour l'examen et globalement c'est sûr qu'on est pas installé comme au cabinet sur une table d'examen, donc on se casse le dos souvent, s'ils sont allongés pour pouvoir les examiner. Au niveau de l'éclairage, c'est arrivé que ce soit un peu sombre mais bon après ça me limite pas trop, enfin je peux quand même faire l'interrogatoire et au pire pour l'examen je mets la lampe donc ça c'est bon. »

(M10) : « pour un examen clinique qui somme toute reste un peu limité, du fait qu'on est à domicile. Il vaut mieux notre divan d'examen, machin tout ça, le bon éclairage. A domicile, on a souvent un problème d'éclairage, on leur demande d'allumer, ça change pas grand-chose, parce qu'il y a une petite ampoule 25 watts dans un coin (rires). Voilà ! »

L'environnement est moins confortable qu'au cabinet mais la faible nécessité technique en médecine générale engendre une gêne peu importante.

(M6) : « on peut très bien examiner à domicile, on peut très bien trouver un coin de lit. L'examen si on veut le faire, il n'y a aucun problème à domicile. (...) l'élaboration du diagnostic, elle se fait dans le cerveau, y'a pas besoin d'une lampe halogène. Oui les conditions techniques, mais enfin... »

(M11) : « Bah il faut avoir un dos solide (rires). Pour quand il s'allonge sur le divan, pas des grosses fesses pour pouvoir s'asseoir à côté (rires) ! Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, sinon c'est la même chose. (...) 99% du médecin généraliste c'est ses mains et sa tête. (...) On n'a pas vraiment un gros plateau technique. (...), sinon le plateau technique de médecine générale c'est limité. »

Ce qui limite l'examen clinique est davantage l'état du patient que le fait d'être à domicile. Le type de patients vus à domicile est globalement plus âgé ou handicapé. L'examen est le même qu'au cabinet mais le temps consacré à l'examen est donc plus long car les patients sont plus lents, plus difficilement mobilisables.

(M1) : « L'examen est à peu près le même mais il prend plus de temps si t'as besoin de mobiliser une personne qui n'est pas autonome mais l'examen il est le même qu'au cabinet. Tu essaies de l'allonger comme tu l'allongerais sur la table d'examen, donc sur le lit de la personne. »

(M2) : « Donc s'il faut l'examiner, il faut la recoucher, après la remettre au fauteuil si elle veut se remettre au fauteuil. C'est lourd, y'a que son mari âgé pour m'aider à la déplacer jusqu'au lit, la mettre au lit. Comme elle est hémiplegique c'est compliqué, la déshabiller la rhabiller, voilà. »

(M7) : « C'est le fait d'être tétraplégique qui rend ça compliqué, que ce soit au domicile ou pas, ça ne change pas. C'est plus le type de patient qui fait que tu les vois à domicile en fait, c'est pour ça. »

(M8) : « Bah c'est des gens qui marchent pas ultra vite et qui sont pas souples donc ça prend du temps. L'habillage, déshabillage, l'installation au lit, l'aide à se relever et à repasser dans la salle à manger ouais ça prend quelques minutes. (...) c'est parce que moi les gens que je suis à domicile sont des gens âgés ou handicapés donc oui. »

(M12) : « Alors une personne âgée quand il faut la déshabiller en pleine hiver, quand il y a les bas de contention, les chaussures, 3 pulls, déjà il faut s'accrocher pour prendre la tension. Je sais pas comment certains confrères arrivent à la prendre avec 3 pulls. C'est pour ça que ça prend du temps la visite à domicile mais on est tous pressé. »

Les bébés ne sont pas examinés à domicile.

(M4) : « moi je dirai c'est d'abord parce que à domicile c'est pas adapté. C'est pour ça d'ailleurs qu'un bébé, sauf exception, mais moi je refuse d'aller voir un bébé à domicile. Un bébé il faut pouvoir le peser, il faut la table d'examen comme il faut et tout. Voilà, c'est compliqué de faire un examen complet d'un bébé à domicile. »

Un des médecins interrogés reconnaît avoir plus tendance à hospitaliser les patients mais il est nécessaire d'organiser les choses afin d'éviter le passage aux urgences.

(M1) : « Mais par contre, c'est pas évident de les adresser à l'hôpital par le biais des urgences. Souvent ce que je fais, je leur fais des papiers et je leur demande d'y aller le lendemain matin pour éviter qu'ils passent la nuit aux urgences quand ça urge pas à la minute et qu'ils sont seuls à domicile. »

4.2.3.3 Matériels et gestes

Globalement, les gestes sont rares à domicile et sont limités par le manque de matériel et la difficulté de respecter des conditions d'asepsie.

(M1) : « Mais ouais, ça m'est arrivé de faire des corticoïdes ou des antibio en injectable. Mais c'est assez rare quand même (...) Et pour les pansements, les patients ont quand même nécessité d'avoir le matériel sur place et du coup, ça prend un peu plus de temps que s'il n'y avait pas de pansement à faire.... (...) Mais bon on a le minimum »

(M4) : « Bon après moi je fais pas de geste particulier... Enfin si, s'il faut faire des points à domicile, moi j'estime que c'est pas possible. »

(M5) : « moi pour les personnes âgées j'aime bien vraiment surveiller le poids, ou alors j'utilise que la balance du patient mais encore faut-il qu'ils en ai une. Donc ça, ça passe pas. »

(M10) : « C'est pas très simple et respecter les conditions d'asepsie c'est compliqué »

(M13) : « On n'a pas à disposition des moyens spécifiques pour une bonne prise en charge, comme l'ECG (...) Il n'y a pas de moyens lourds pour une prise en charge urgente : l'oxygène, le matériel de perfusions, les injectables... »

Le soin est plutôt laissé aux IDE notamment chez ces patients polyopathologiques dont la charge en soins est importante. Les médecins s'arrangent pour examiner les pansements avant le passage des IDE. On voit ces habitudes s'installer avec les réseaux.

(M3) : « On parle avec les autres professionnels de santé, donc on s'arrange pour qu'elle passe après mon passage, un sms ça va vite. »

(M7) : ce qui se passe maintenant avec les pansements d'ulcères tout ça, ça passe par « plaie et cicatrisation », ultra souvent. On n'est plus au centre du pansement nous, plus du tout. (...) ça passe de moins en moins vers nous, ça passe de plus en plus vers « Plaie et cicatrisation », hop elles ont leurs consignes de traitement. Ça quand j'ai un pansement à voir, je m'arrange avec l'IDE pour qu'on y soit en même temps. On s'arrange sur l'horaire à peu près. Ou elle passe après. »

(M8) : On utilise beaucoup le réseau plaie et cicatrisation, parce que moi je me sens pas experte en pansement donc dès qu'elles, elles ne se sentent plus sûres d'elle je sollicite le réseau. Et eux ils fonctionnent avec les photos et les smartphones. »

(M10) : « Après les grandes spécialistes du soin à domicile, ce sont les IDE. Elles sont capables de faire des pansements d'escarres étendues, douloureuses, avec le bon matériel etc... C'est plus elles les praticiennes du soin corporelle, du pansement, pose de perfusion, ce sont plus elles qui sont les spécialistes de la question et qui font ça très bien, dans les règles de l'art sans plus de complication »

4.2.3.4 L'environnement

Un avantage exclusif à la visite à domicile est celui de la visibilité de l'environnement et du contexte social.

En effet, le domicile rend plus facile l'accès à des informations comme les conditions de vie, l'isolement social, la nécessité d'avoir des aides à domicile, le logement, la problématique des chutes, le système d'alarme. Il permet également l'analyse de la capacité à répondre à un interrogatoire et la gestion du traitement.

(M5) : « Alors il y a toujours le coté, bah qu'on voit des fois les problèmes sociaux ou les problèmes matériels enfin ça dépend du sujet mais si jamais par exemple

ils sont tombés, bah on peut voir directement pourquoi et où ils sont tombés, donc à ce moment-là je vois ça. »

(M3) : « on peut avoir un certain nombre d'informations qu'on a dans ce contexte et qu'on n'aurait pas en consultation au cabinet. »

(M5) : « bah on voit le problème alors on va forcément avoir envie de le résoudre, alors qu'au cabinet si on n'a même pas conscience du problème, bah on va pas s'en occuper. »

(M9) : « on va vérifier s'il a le lit médicalisé, le matériel médical etc... Donc forcément la visite à domicile est plus sur le mode de vie que la consultation qui devrait l'être mais je le fais pas ou peu. Voilà, la visite c'est bien pour ça. »

(M10) : « Et effectivement à domicile, on comprend beaucoup de choses. Là c'est très très utile, peut-être plus que dans d'autres domaines, parce qu'on voit ce qui se passe. »

(M13) : « Le contrôle de l'environnement du patient est très important, surtout qu'il a un impact sur la santé et qu'on peut le corriger. »

En effet, l'observation du domicile est très instructive : elle donne des informations supplémentaires sur les conditions matérielles et le mode de vie. Elle permet de se rendre compte des déficiences des personnes ce qui permettra facilement pallier à ces difficultés en s'adaptant, en proposant et organisant des aides.

(M1) : « Après lorsqu'on constate que l'appart' est insalubre, que c'est sale, au début j'osais pas trop mais maintenant je leur demande, en essayant de ne pas les froisser. Mais ouais je leur demande s'ils ont besoins d'aide pour le ménage. Ouais faut aborder la question mais ça arrive fréquemment »

(M3) : « sur un lieu d'habitation qui est adapté ou pas, ça c'est à mon sens un des rares avantages de la visite à domicile où on peut se rendre compte du contexte de vie du patient, »

(M4) : « Moi je trouve ça très instructif. Bah les gens, on voit dans quoi ils vivent quoi, comment est la maison, le côté pratique quoi. Pour une personne d'un certain âge est-ce que c'est adapté. Comment c'est rangé aussi, parce que ça dit des choses »

(M6) : « On a toutes les informations nécessaires à la prise de décision quand on a, que ce soit sur le plan médical, sur le plan social, sur le plan technique. On voit si les gens sont bien ou pas adaptés, si on peut faire faire certains types de prise en charge à domicile »

(M10) : « Ça peut aider aussi à savoir ce que l'on va prévoir comme prise en charge, est-ce qu'il faut juste une infirmière pour les soins ? Est-ce qu'il faut prévoir le passage d'une auxiliaire de vie. L'avantage c'est alerter la famille sur un niveau de dépendance qu'ils ne soupçonnent pas. Donc le fait d'aller à domicile permet de mesurer tout cela. On a là une vocation de travailleur social je dirai, de faisant fonction de travailleur social qui fait que ça peut apporter quelques éléments. »

L'observation des stocks de médicaments permet d'évaluer l'observance des patients.

(M4) : « ce que j'aime aussi voir, c'est les stocks de médicaments, parce que des fois c'est impressionnant. Ils nous sortent des sacs entier... « Vous voulez que je renouvelle mais il y en a pour 3 mois donc là ... ». Voilà, ça aussi, moi je demande souvent aux patients de me montrer les stocks de médicaments parce que des fois on a des surprises. (...) Après oui, de proposer un passage infirmier là oui, quand il y a des stocks c'est pas normal, ça veut dire que les médicaments ne sont pas bien pris. Et qu'on peut aussi proposer ce genre de choses. Donc oui, c'est bien. »

(M11) : « Où on a plus l'accès à des doutes sur la prise des traitements donc on demande à voir les boîtes ou bien on ouvre les placards et là on est effaré par la pharmacie qu'il y a à l'intérieur. Ça nous donne une idée sur l'observance. »

(M13) : « Le contrôle de l'observance médicamenteuse à domicile ne peut pas être appréciable au cabinet mais à domicile ça l'est. »

La prise en compte de l'environnement et le fait d'intégrer le milieu de vie permet une prise en charge globale et permet de se poser la question de l'adaptation du logement.

(M5) : « ça permet vraiment de toucher du doigt tous les problèmes auxquels on penserait pas forcément s'il venait au cabinet. Les problèmes sociaux et d'organisation.... (...) c'est assez étonnant parce qu'on découvre leur domicile et on réalise à quel point on n'avait pas pensé qu'il y avait autant de pauvreté ou qu'il y avait un gros problème social derrière mais du coup je pense que c'est assez positif, je trouve que c'est une expérience intéressante. »

(M6) : « L'avantage de la visite à domicile c'est que c'est une globalité de la prise en charge. On voit à domicile, on voit l'environnement, on voit comment sont les gens, comment vivent les gens, on voit ... faut aller fouiller dans les pharmacies, faut aller voir les stocks de médicaments, l'observance, tout ça c'est pas remplaçable. (...) Et le fait d'être dans un environnement à domicile, c'est impressionnant le nombre d'informations et tout ça ça contribue à la qualité du diagnostic ou de l'orientation ou de la stratégie. »

(M8) : « on a besoin des éléments de vie de nos patients de façon globale pour prendre en charge nos patients de façon globale »

(M11) : « bah c'est sûr que quand vous rentrez chez les gens, vous voyez les conditions de vie, donc ça vous donne une facette que vous n'avez pas à la consultation, où vous avez l'image que le patient veut bien vous donner. Et à domicile vous rentrez plus dans l'intimité de la personne. »

Les médecins peuvent anticiper les aménagements à faire, y réfléchir, et consulter les patients. Ils appréhendent le côté technique : l'accessibilité, la dangerosité du domicile. Ils ont aussi un rôle de médiateur médico-social.

(M6) : « Bah ça permet de faire son boulot c'est-à-dire d'avoir un rôle de médiateur médico-social. Médecin de famille et non pas prestataire de service »

médical, si on reste médecin on a un rôle à jouer sur toute cette globalité. Alerter les services sociaux, alerter, conseiller, orienter vers une demande de prise en charge d'aide de vie, de soins, de faire intervenir des réseaux infirmiers, c'est faire son boulot de médecin. Ça c'est parce que spécifiquement en visite à domicile on a une globalité, une connaissance. Comprendre que le médecin... et qu'on a suivi les gens pendant un certain temps, de génération en génération, on connaît une certaine dimension. Il y a des gens âgés, dont on sait qu'ils ne pourront pas être pris en charge par les enfants ou la famille à domicile. On a les connaissances qui sont beaucoup plus larges de ce qui est possible et pas possible à domicile. Après la visite en soi, c'est un laps de temps court, mais il y a des gens quand on les voit régulièrement, quand on les suit, ça permet d'anticiper, de gérer, ça permet de faire de la médecine quoi. »

(M8) : « c'est intéressant et c'est important pour le considérer, de voilà de savoir dans quel environnement ils vivent, de quelle ressource ils ont, ça nous donne des éléments qu'on aurait pas forcément au cabinet, justement pour intégrer ça, leur milieu de vie, que ça soit économique et aussi et surtout matériel, est-ce qu'il y a des dangers, est-ce c'est adapté, est-ce que on peut les aider à améliorer les choses. »

Les médecins proposent des aides, mais la mise en place effective est parfois difficile.

(M7) : « on se renseigne sur la situation sociale aussi, on se fait... des fois quand on les voit en consultation et ensuite quand on les voit à domicile, des fois y a des lieux qui sont complètement insalubres, voilà. (...) ah on les envisage [les aides sociales], on demande aussi à l'assistante sociale d'intervenir etc... (...) Mais, y'a une inertie par rapport à tout ça... (...) Voilà la visite à domicile ça te permet de voir des situations et d'adapter les prises en charge sociale mais nous on est lanceur de prise en charge sociale mais c'est rarement effectif. »

(M12) : « Ça permet de proposer plus facilement des aides car on voit dans quoi ils vivent. La façon dont ils sont habillés en arrivant au cabinet n'est pas forcément proportionnel à leur niveau de vie. On voit un peu plus un niveau de vie quand on va à domicile. On a une visibilité sur l'environnement. »

(M13) : « L'appréciation du niveau socio-économique du patient, notamment pour les patients en difficultés non verbalisées qui nécessiterait d'enclencher des aides sociales. Ça permet d'apporter une aide extra-médicale au confort du patient. »

L'évaluation de l'adaptation du logement est d'une importance considérable pour les personnes âgées. De plus, cela permet d'évaluer les patients à travers leur habitat grâce à des signes indirects d'apparition de troubles cognitifs : la négligence corporelle, le rangement et la capacité de déplacement.

(M8) : « donc côté technique sur l'accessibilité ou la dangerosité, c'est vraiment important chez les personnes âgées. Après pour évaluer, ça donne des indices indirects aussi pour les troubles cognitifs ou les troubles des fonctions supérieurs, si ça commence à être le capharnaüm insalubre, sale, la vaisselle qui s'entasse, voilà on voit ça aussi. Donc bah là on se dit « on va peut-être mettre une aide-ménagère, une assistante sociale ». Voilà, les gens vont pas arriver au cabinet en nous décrivant ça. Donc de le voir, voilà... Les conditions matérielles, comment les gens vivent chez eux, ça nous donne des renseignements et ça nous aide à les prendre en charge (...) chez les personnes âgées c'est hyper important bien sûr ouais, de connaître leur mode de vie. »

(M10) : « Finalement, l'accompagnement social qu'on doit mettre autour des personnes âgées essentiellement, c'est en allant au domicile qu'on se rend compte. »

Cependant, il est nécessaire de s'organiser pour gérer les aspects négatifs afin de rendre l'environnement plus facilitant. En effet, le domicile inadapté rend difficile l'examen clinique. On note la nécessité d'adaptation du médecin à l'environnement du patient.

(M8) : « Oui c'est parce que je les connais bien les patients, parce que sinon c'est un peu « lourd » les visites, mais c'est des gens qu'on suit depuis longtemps, je trouve que c'est la meilleure condition pour les visites à domicile. C'est pas loin, c'est rarement en urgence, donc quand c'est programmé on est plus serein, on y va voilà c'est comme ça. Et c'est des gens qu'on connaît bien, donc on a les

coordonnées de la famille et de l'IDE en cas de besoin donc c'est bordé quoi, c'est organisé dans le cabinet pour que ce soit un contexte bordé, quelque chose de confortable et presque agréable. (...) La télé ça m'arrive que je l'éteigne, les animaux bah ils l'enferment. Les exemples de frein, quand on communique avec les gens... voilà on va plutôt aller dans la chambre plutôt que dans le salon, où c'est pas adapté, il y a la télé, il y a pleins de mondes. Quand on demande aux gens, j'arrive à m'en sortir jusque-là. Je pense que c'est un travail progressif et voilà de communication »

La coordination avec les intervenants et la famille peut être une activité chronophage.

(M8) : « Quand tout va bien, c'est une demi-heure. S'il faut appeler la fille, l'IDE, la pharmacie, ce qui arrive assez souvent pour caler les choses, ça peut être plus. (...) Donc voilà le frein c'est quand on se rate, quand on ne peut pas communiquer avec les aidants, les spécialistes. Parce que voilà, nous on est là sur un temps limité à domicile donc si on cale pas les choses sur place ça devient plus compliqué après. Donc c'est la coordination un peu le frein. »

Dans les contextes sociaux difficiles, l'environnement peut être une gêne comme la télévision, les animaux et la famille nombreuse. Il existe également un risque de morsure par les animaux du domicile. Certains médecins interrogés éprouvent de la colère vis-à-vis du risque d'agression par les animaux du domicile des patients.

(M1) : « ah bah moi j'ai été bouffé par un chien une fois. Les chiens ouais c'est un problème. Quand tu ne connais pas que tu rentres dans une cour, faut faire gaffe aux chiens. Environnement pas évident dans le sens où pour allonger le patient, on trouve ce qu'on peut, ce qu'on a sous la main. Et il peut y avoir des gênes, des animaux, des chats qui se promènent sur la table. Au niveau de la propreté des fois on est gêné, »

(M4) : « La télé, moi je fais toujours éteindre la télé, ça c'est systématique, surtout les vieux ils écoutent ça bien fort, donc il faut éteindre la télé. »

(M7) : « je ne vais pas en visite là où il y a des chiens. Et mes patients le savent, s'ils ont des chiens ils doivent les enfermer dans une pièce avant que j'arrive. Après les autres animaux, j'avais des perruches, ouais t'entends un peu moins bien, tu t'adaptes. La télé, je prends la télécommande et j'éteins, je demande même plus. Mes patients ils le savent. Surtout au niveau de la télé, t'entendrais rien sinon. »

(M10) : « c'est par exemple certains cas socialement difficiles, c'est vrai que la télé est à fond, les animaux sont là. Ça me dérange pas outre mesure mais je conçois que ce soit plutôt des difficultés notamment pour ceux qui n'ont pas l'habitude de cette pratique, que ce soit plutôt des difficultés. »

(M11) : « On se fait mordre régulièrement, c'est quand on se retourne pour ouvrir la porte qu'on se fait mordre et ça, ça me met en colère ! parce que quand on sait que le médecin arrive on rentre ses chiens. »

(M12) : « Alors les freins, c'est toujours le temps, des fois c'est les conditions matérielles, il peut exister 5% de cas où l'hygiène n'est pas géniale. (...) Des choses gênent parfois, la chaleur, l'éclairage, l'odeur... L'hiver les maisons non chauffées, j'ai attrapé des engelures... Une patiente qui a une espèce de putois, de taupe là, j'attendais qu'une chose c'était de partir tellement ça sentait mauvais, je suis sortie de là avec un mal à la tête pas possible. Et puis bon une mauvaise ambiance, il peut exister des gens qui ne vous connaissent pas, des enfants, qui vont exercer auprès du généraliste leur mécontentement vis-à-vis du corps médical dans sa globalité. Et vous vous êtes l'intervenant qui vient, vous prenez un peu pour tout le corps médical. Donc on a plus de conflits avec la famille ou les enfants qui ne vous connaissent pas, donc vous prenez pour tout le monde »

(M13) : « Il existe un parasitage négatif de l'entourage dans la prise en charge du patient. »

4.2.4 Evolution de la visite à domicile

Les médecins ont une idée d'informatisation du dossier médical à domicile avec une meilleure facilité d'utilisation : un logiciel connecté à internet avec une accessibilité sur smartphone. Par contre, l'ordinateur est un élément compliqué à mettre en place en visite à domicile. Cet objet est perçu comme une barrière qui ne faciliterait pas les échanges avec le patient. De plus, cela engendrerait un temps administratif et une nécessité de formation.

(M1) : « S'il faut ouvrir la tablette, transporter la tablette. Oui mais pourquoi pas, pour le suivi ça serait pas plus mal d'avoir une trace de la consult', observation médicale. Qu'on puisse garder une trace et qu'on puisse charger sur la base de données centrale au cabinet. »

(M3) : « Il peut y avoir une évolution intéressante pour les patients complexes [avec l'informatique] »

(M4) : « Je sais pas, moi j'ai pas de tablette, peut être que oui dans les 5 à 10 ans à venir, moi j'ai entendu qu'il n'y aura plus d'ordonnance papier en 2022 donc il faut bien qu'on fasse les ordonnances autrement donc, oui on va peut-être être amené à ça. »

(M5) : « Mais après pour ce qui est suivi du dossier je trouve que c'est super galère quoi. J'aimerais plus tard changer de logiciel pour avoir un logiciel qui est sur internet et qu'on puisse avoir le dossier au domicile du patient. (...), si ça marche bien, oui pourquoi pas acheter une tablette pour les visites et du coup déjà ça faciliterait vachement je pense »

(M8) : « Dans l'évolution de notre logiciel, ils parlent d'une version sur tablette donc effectivement ce serait à ça que ça servirait. Oui ça peut être une extension naturelle du dossier informatique, qu'on pourrait consulter de chez nous et donc la tablette oui pour les visites. »

(M10) : « L'idéal serait que le cahier infirmière à domicile soit remplacé par un outil qui soit un dossier partagé médecin infirmière, voire même autre intervenant qui soit peu encombrant, facile d'accès etc... Tout ce qu'il faut c'est

une connexion internet et les logiciels adaptés qui à ma connaissance n'existe pas encore à domicile »

(M12) : « Une tablette où tout le monde pourrait avoir accès, relié au cabinet. Pour que les médecins aient du plaisir à travailler, il faut être en forme, pour être en forme il faut des vacances, donc qui dit vacances dit remplacement et pour que les remplaçants puissent bien travailler il leur faut les moyens de bien travailler, les outils pour soigner les patients correctement. »

On peut imaginer un lecteur de carte vitale connecté à une tablette.

(M5) : « Alors il faudrait que le lecteur de carte vitale soit connecté à la tablette pour pouvoir accéder au dossier mais peut être ça existera un jour. »

On remarque des opinions différentes en fonction des générations de médecins. Selon les praticiens plus expérimentés, la non installation des jeunes médecins entraîne le surmenage des médecins installés qui ne peuvent assurer à la fois les consultations au cabinet et les visites à domicile.

(M7) : « : le problème il est... pas tant de la visite à domicile, il est dans la non installation des jeunes médecins généralistes. Du coup, du surmenage des médecins généralistes installés, qui ne peuvent pas, et être à la fois en visite. Les visites ça prend plus de temps, entre le temps de déplacement, le temps sur place etc... ça prend plus de temps. Et du coup, tu peux pas à la fois assurer des consultations, avec des demandes de consultation de plus en plus importante au cabinet, et à faire des visites. Moi j'ai pris le parti de faire peu de visites et des visites justifiées. Tu verras avec certains anciens médecins généralistes, franchement la moitié des visites les patients pourraient se déplacer. Les patients ils se déplacent pour aller faire leur course pour aller à la pharmacie, c'est juste que les habitudes ont été prises et que ça fonctionne comme ça. »

De plus, les jeunes médecins sont vus par les plus expérimentés comme des praticiens ne souhaitant plus faire de visite à domicile.

(M6) : « Et pour des raisons là aussi, d'évolution des pratiques, beaucoup de personnes âgées sont laissées pour compte dans les villages c'est-à-dire que les jeunes confrères préfèrent faire de la rhinopharyngite dans le cabinet à la chaîne que de faire de la visite pour satisfaire des réalités médicales. Ce n'est pas des convenances personnelles et on a beaucoup de personnes âgées qui sont invalidées, qui sont sans moyen de transport et qui sont vues à domicile. (...) Quand le médecin se déplace on n'a pas toujours des motifs pour convenances personnelles et ça ça pose problème. Ça ça veut dire que la visite urgente à domicile existe. Et il suffit pas de dire faite le 15, là aussi ce qu'applique certains médecins c'est de ne pas être joignable au téléphone alors qu'ils sont à leur cabinet en pleine consultation, de façon à ne pas être de façon médico-légalement impliqués. Donc ce qui est une part d'exercice normale est devenu un mode de dysfonctionnement avec une parade médico-légalement c'est de ne pas être joignable au téléphone et de ne pas enregistrer les messages. Donc ça c'est un biais, c'est une évolution qui est critiquable et pas acceptable. »

(M12) : « Je vais être franche, je trouve que la nouvelle génération refuse trop les visites à domicile. Il va falloir soigner nos vieux sinon ils vont tous atterrir aux urgences. Mais ça nos jeunes médecins vont bénéficier des erreurs des vieux médecins, c'est-à-dire il ne faut pas faire de visites à domicile inutiles, par contre à mon avis, on ne peut pas refuser une visite à un patient qu'on a soigné pendant x années parce qu'il est vieux et qu'on ne peut pas se déplacer. Je pense que, quand, à leur tour, quand ils auront suivis ce patient pendant 20 ans ils auront la même pensée que moi. Je pense qu'ils auront évolué parce qu'ils auront vieilli. Donc il ne faut pas exagérer, on est médecin généraliste quand même. »

La demande de soins en santé est progressivement croissante avec la décision de faire peu de visite à domicile. Des solutions peuvent être imaginées : la majoration en cas de visites injustifiées avec la nécessité d'éduquer le patient par le médecin, et non par une information du public, la prescription de transport pour amener les patients au cabinet.

(M1) : « mais je pense que ça va être un souci parce que y'a des personnes qui sont vraiment en difficulté pour se déplacer et les médecins se déplacent de moins en moins. »

(M2) : « Je pense que ça va évoluer vers la façon dont je l'ai fait c'est-à-dire qu'il y en aura peu et on fera que celles qui seront indispensables »

(M3) : « je pense que la visite à domicile c'est quelque chose qui doit être réduit à son minimum. »

(M4) : « Après, je sais pas si une information au public, ça fait partie de l'éducation des patients, c'est peut-être à nous de le faire aussi. (...) Moi je pense que c'est plus à nous de le faire qu'une information au grand public comme ça quoi. »

(M7) : « Alors ça se résume en 3 lettres : NON. On refuse les visites. L'éducation des patients uniquement et l'éducation des médecins, apprendre à dire non. Il faut apprendre à dire non, enfin c'est pas facile de dire non. On le voit tous les jours en consultation en visite etc... Moi je refuse jamais de recevoir un patient, (...) Et les gens sont à même de comprendre mais il faut que ça vienne de leur médecin. »

On observe chez les médecins le souhait d'améliorer la coordination autour du patient avec un temps dédié, des réseaux de coordination type MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie) et PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) à développer avec un exercice pluriprofessionnel.

(M1) : « Maintenant y'a des réunions de concertation pluriprofessionnelles avec assistante sociale donc si on a un souci avec un patient, elle peut se rendre au domicile du patient et voir les aides qu'on peut mettre en place. C'est bien de coordonner les prises en charge avec plusieurs intervenants, de plusieurs horizons différents. (...) Mais c'est un plus de mieux se coordonner entre professionnels. »

(M7) : « y'a aussi le réseau MAIA qui est sur l'hôpital pour lequel on peut demander aussi une intervention. »

(M8) : « La coordination, d'être là, de pouvoir communiquer avec les aidants ou les paramédicaux, en plus pour le profil de mes patients qui sont souvent polyopathologiques, il y a plusieurs intervenants donc avoir un temps de coordination avec ces intervenants et si ça peut être au lit du malade ça serait l'idéal. C'est ce qu'on fait très ponctuellement avec la MAIA, le réseau PAERPA pour les patients âgés. »

L'évolution vers de meilleures conditions d'exercice c'est-à-dire sans empressement avec un dossier médical facilement disponible et des réseaux à dispositions.

(M8) : « Et la planification au maximum pour être dans les bonnes conditions. (...) Bah pas trop speed parce qu'on a pleins de choses à faire après, avoir les éléments du dossier et le réseau pour si besoin solliciter d'autres personnes ou les ambulances.

(M12) : « Les choses ont bien évolué et le DMP (Dossier Médical Partagé) devrait arriver et ce serait l'idéal. »

On observe chez les médecins plus expérimentés une appréhension face à la déshumanisation et la dépersonnalisation de l'acte médical avec une technicisation de la pratique de la médecine générale.

(M6) : « On a fait ça pendant des années, on se débrouillait, c'est-à-dire qu'on était pas si mauvais que ça. Sachant que l'humanité était respectée et les soins médicaux techniques passés au second plan et que l'intérêt et le confort du patient passaient en prioritaire. »

« Bah c'est des gens qu'on arrive à connaître, et ça c'est la différence entre une patientèle traditionnelle et prestation de service médicale où le médecin intervient sur des populations avec de nouveaux de critères de fonctionnement. C'est-à-dire qu'ils vont papillonner de droite à gauche, c'est-à-dire qu'ils ne recherchent non pas une prise en charge, mais à satisfaire un besoin médical limité, urgent dans le temps, dans un créneau de convenance personnelle qui n'est pas toujours acceptable. »

« La médecine n'est pas une médecine technique. Alors c'est sûr que pour regarder un fond de gorge... comme ça. Mais ça vous verrez, la médecine c'est aussi dans le relationnel. Il y a quoi, il y a 40 % de médecine et 60% d'humain derrière. La lumière est importante. On peut avoir les lumières frontales ou les lampes torches. Mais on peut pas se retrancher sur ça. Ah oui c'est vrai que c'est plus confortable d'examiner les patients au chaud dans son cabinet. Mais c'est pas intéressant. Il faut être capable d'être adaptatif »

(M11) : « Je voudrais pas être à votre place (rires) ! parce que je sais pas ce que les gens qui nous gouvernent ont dans la tête. Nous on est des dinosaures alors voilà, c'était le contact humain, c'était ce qui était privilégié. Donc après est-ce qu'ils veulent faire de vous des techniciens... Je sais pas. (...) Et le fait qu'on dépersonnalise l'acte médical, bon je sais pas si c'est une bonne chose. Personnellement je pense que c'est une mauvaise chose, très mauvaise chose que c'est un recul, mais bon je vous dis je suis un dinosaure, j'ai pas la science infuse. »

On remarque des discordances entre les médecins. Certains évoquent le fait que la visite à domicile ne soit pas à bannir.

(M9) : « Donc la visite n'est pas à bannir à mon sens, c'est un moment de répit même dans un rythme qui est assez soutenu. »

(M12) : « Donc la place de la visite à domicile même dans le futur restera essentielle, même si pour le médecin c'est lourd, c'est chronophage et mal rémunéré. »

D'autres préconisent une proscription de cet acte d'un point de vue santé publique afin de pouvoir consacrer plus de temps au cabinet pour voir plus de patients dans un contexte où il manque de médecins généralistes installés.

(M3) : « il faut réserver les prises en charge à domicile en volume de patients à un strict minimum. Ça va dans le sens des problèmes de démographie médicale, où aujourd'hui 1 médecin sur 2 refusent tout nouveau patient en tant que médecin

traitant. Donc c'est un moyen intéressant, pour les médecins généralistes d'organiser leur activité, en l'optimisant en terme de temps. Donc de voir plus de patients en cabinet. La visite à domicile traditionnelle que j'ai connu quand je remplaçais dans mes jeunes années, c'est à mon avis un modèle à proscrire complètement à l'heure actuelle, car c'est de l'énergie perdue, du temps perdu, à mon avis qui devrait être consacré à d'autres patients, plutôt que de refuser des nouveaux patients de médecin traitant. »

Globalement, on note une évolution avec le vieillissement de la population, l'isolement social de plus en plus important chez les personnes âgées et un entourage qui délaisse les anciens. Et les relations qui changent avec une déshumanisation des rapports entre médecin et patient.

(M6) : « Dans ma carrière, j'ai aucun patient qui se serait permis de me déranger à domicile pour rien, ou alors toujours pour la même anxieuse du samedi qu'on se connaît et avec 4 paroles gentilles on va la rassurer. Donc voilà, le médecin est déconsidéré. Alors est-ce qu'on est mieux considéré quand on fait des visites à domicile ? non certainement pas. Mais concept sociétal, évolution, c'est ce qu'on appelle le progrès. La relation au médecin est devenue une relation de prestataire de service. « t'es là pour ça, t'es le larbin de service, tu peux te déplacer à domicile » Après celui qui accepte, à lui de gérer. »

(M7) : « Entourage est toujours une aide, mais encore faut-il qu'il veuille participer. Actuellement c'est un problème, on délaisse les anciens, on s'en occupe pas, donc voilà moi j'ai pleins de personnes âgées qui sont seuls, qui ont des enfants, mais ils sont déjà eux même âgé, donc voilà c'est des personnes qui sont très souvent isolées. Avec l'entourage, on peut maintenir des personnes à domicile super super longtemps, ces mêmes personnes auraient été en maison de retraite parce que ça n'aurait pas été gérable. S'il y a de l'entourage, des enfants qui passent régulièrement, la personne âgée qui accepte une IDE une aide-ménagère, tout ça, ça permet le maintien à domicile. »

5 DISCUSSION

5.1 LIMITES DE LA METHODOLOGIE

5.1.1 Limites spécifiquement liées à l'analyse qualitative

La méthode qualitative est particulièrement adaptée à cette question puisqu'on cherche à comprendre les médecins à travers leurs comportements, leurs émotions et leur expérience personnelle.

Il existe 3 risques épistémologiques en analyse qualitative (9) :

Tout d'abord, le **risque lié aux êtres de raisons** c'est-à-dire le risque d'explication sans montrer des acteurs concrets agissant concrètement. Les « êtres de raison » sont une entité causale qui n'existe que dans la tête de celui qui y a recours. Le risque lié aux êtres de raisons a été pris en compte en déterminant au préalable l'unité d'analyse. Nous avons choisi de nous situer au niveau des individus pour permettre de donner à voir les médecins et leurs actions.

Ensuite, le **risque de circularité** : le matériau étant riche, hétérogène et lacunaire, et les théories mobilisées sont souvent générales, abstraites et décontextualisées. Il est facile de trouver dans le matériau des éléments qui confirment une théorie en laissant de côté ce qui pourrait la mettre en cause ou la nuancer. Pour pallier à ce risque, d'une part, la théorie ne doit pas être trop contraignante et doit être spécifiée dès le début de la recherche. D'autre part, au niveau du matériau, il faut spécifier des mécanismes sous forme d'enchaînement, de processus (codage). La recherche qualitative produit de la théorie quand elle confronte des mécanismes sous formes d'effets à prévoir avec des mécanismes d'effets observés dans le matériau. Donc il faut mener les deux spécifications, théorie et matériau, de manière relativement indépendante.

Enfin, le **risque de méconnaissance du phénomène d'équifinalité** qui pourrait se définir comme tel « le même état final peut être atteint à partir d'états initiaux différents par des itinéraires différents ». On relève 3 caractéristiques au matériau : l'hétérogénéité, la richesse et la présence de lacunes. Hétérogénéité liée aux observations directes des participants lors des entretiens. Un matériau très riche avec de nombreuses observations mais également lacunaire puisqu'il est

impossible de tout observer. Afin de pallier à cette hétérogénéité, 3 séries ont été organisées de façon aléatoire ce qui a permis des rapprochements entre ces séries et donc des confirmations de résultats par triangulation. Le résultat obtenu par le traitement d'une série est confirmé s'il est également obtenu par le traitement d'une autre série, indépendamment. De plus, un entretien a été analysé également par un tiers et montrait des résultats similaires.

5.1.2 Limites méthodologiques non spécifiques

Il existe un **biais de sélection** car les médecins interrogés étaient des connaissances souvent universitaires, ils étaient donc intéressés par la formation des internes. Même si, lors des prises de rendez-vous d'entretien, la question de recherche n'était pas citée et les médecins n'avaient eu comme information uniquement le thème de la visite à domicile, peut-être avaient-ils une opinion déjà mûrement réfléchie sur les apports et les contraintes de la visite à domicile. Nous avons volontairement exclu les remplaçants, les médecins intervenant dans le cadre de « SOS médecin » car la question du suivi du patient et de la relation médecin-patient n'était pas approfondie dans ces cas-là. De plus, ils interviennent préférentiellement sur des motifs différents tels que des urgences ou des visites non programmées.

Bien que nous ayons cherché une variabilité maximale, l'échantillon est assez représentatif de la population de médecins généralistes en Languedoc-Roussillon (10). Toute la région Occitanie n'a pas pu être évaluée du fait de l'importance de l'étendue géographique. La contrainte en termes de temps de trajet était trop grande.

Les entretiens ont été réalisés par l'auteure. La faible expérience dans les interviews et la difficulté de rester totalement neutre a pu être ressentie par les médecins ce qui a pu engendrer un **biais d'intervention** et un manque de reproductibilité des entretiens. Il existe également un **biais de mémorisation** puisque la gestuelle et les tons des propos ont été indiqués de mémoire dans la retranscription des entretiens. Afin de limiter ce biais, les enregistrements auraient pu être filmés. Également un biais de mémorisation auprès des médecins puisqu'ils parlaient de visites à domicile anciennes.

Enfin, le **cadre** est primordial dans les études qualitatives. Il n'a pas été précisé dans quel cadre nous nous situons pour chaque médecin interrogé. Il est important d'avoir conscience des préjugés à la fois positifs et négatifs des médecins sur la visite à domicile.

5.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

5.2.1 Equilibre homme-femme

Au niveau de l'échantillon, les répartitions en termes d'âge sont différentes puisqu'il existe 25% de moins de 40 ans, versus 18% en Languedoc-Roussillon et 33% de plus de 60 ans, versus 27%. Par contre, l'échantillon est bien représentatif au niveau des genres avec 42% de femme versus 45% en région Languedoc-Roussillon (10).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre homme et femme sur le nombre de visites. Celles-ci ne représentent que 8% du total des actes chez les femmes, contre 14% pour leurs confrères masculins selon un article de Jakoubovitch (12). C'est probablement en rapport avec une patientèle de médecins hommes plus âgée que celle de leurs consœurs (16% de personnes âgées de plus de 70 ans contre 11%) (13). Il est possible que l'échantillon ne soit pas assez puissant pour mettre en évidence ce type de résultat.

5.2.2 Nombre de visites et durée

La variabilité de la durée des visites était une notion importante et retrouvée de façon globale dans les entretiens. Les médecins allouaient une durée entre 15 et 45 minutes voire 1 heure pour les soins palliatifs ou les sorties d'hospitalisation. Les visites durent plus longtemps qu'une consultation au cabinet même sans compter le temps supplémentaire lié au trajet, au stationnement, au dossier médical.

Concernant le nombre de visites par semaine, on trouve une moyenne de 16,08 visites mais là aussi, la variabilité est importante puisqu'elle peut aller de 1 visite/semaine à 50 visites/semaine. Les franciliens ont le même résultat puisque les médecins de leur échantillon font en moyenne 16 visites/semaine qui durent environ 41 minutes alors qu'une consultation durent 18 minutes en moyenne(2).

Par contre, on note une nette différence entre milieu rural et urbain. Dans les villes, le nombre de visites par semaine est plus bas, 11,5 contre 18,375 en rural. Marc Thiebaut appuie ce résultat puisque dans sa thèse, il montre que les généralistes en milieu rural font 1,5 fois plus de visites que ceux en milieu urbain (34,6 visites/semaine versus 23,6 visites/semaine) (14). Les résultats

d'une enquête vont dans ce sens puisqu'elle montre qu'un médecin exerçant en zone rural a une probabilité 2,2 fois plus élevée de suivre au moins vingt personnes âgées dépendantes qu'un médecin exerçant en zone urbaine (13). Toutefois, ce résultat est à tempéré puisque raisonner en séparant « rural » et « urbain » est plutôt une représentation de terrain qu'il faut déconstruire à partir de la densité des médecins généralistes, des organismes présents, de l'intégration des normes nationales. Seule une analyse à niveau fin peut expliquer un comportement plutôt qu'un autre selon Barbat-Bussière (15).

En 2010, les visites ne représentent que 12% du nombre total d'actes avec des importantes disparités entre les sexes et régionales. Dans un appel à témoignage sur le Généraliste en avril 2018, le dernier chiffre du nombre de visites à domicile a fortement baissé puisqu'il est passé de 77 millions de visites par an dans les années 2000 à 23,3 millions par an (16).

5.3 LES APPORTS

5.3.1 La continuité des soins des personnes âgées dépendantes

La visite à domicile permet la continuité des soins des personnes âgées, dépendantes et fragiles avec parfois des demandes urgentes. Elle permet d'éviter les hospitalisations, la prise en charge des fins de vie à domicile, l'isolement social et les patients psychiatriques. Ces motifs de visites sont comparables aux autres études réalisées (17,18). Dans une étude sur les consultations et les visites des généralistes, on voit que plus les médecins sont âgés, plus ils suivent des patients âgés et vice versa plus les médecins sont jeunes, moins ils suivent de patients âgés. Ce sont également principalement les pathologies chroniques (HTA, Diabète) qui sont vues à domicile (19).

Le fait d'avoir limité les visites à domicile par le biais de l'AcBUS a rendu les motifs de visite totalement justifiés. Une impression globale chez les médecins qui se ressent principalement chez les médecins plus expérimentés.

En Ile-de-France, deux motifs principaux sont retrouvés : les pathologies lourdes pour lesquelles la maladie ne permet pas le déplacement et le manque d'autonomie qui engendre des difficultés pour se déplacer. Vient ensuite les visites pour symptômes aigus. (2)

La notion de polyopathie est souvent retrouvée dans les entretiens. Au 1^{er} janvier 2013, 17,5% de la population française ont plus de 65 ans dont 9% ont plus de 75 ans. Le terme de polyopathie est variablement défini et non consensuel. Selon Fortin, la définition la plus acceptée est la « co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». Pour l'OMS¹, par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme. Il existe de nombreuses affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. C'est un concept issu d'une approche plus généraliste et centrée sur le patient.

Face aux personnes âgées polyopathologiques, les médecins généralistes sont confrontés à des situations complexes :

- Difficulté de l'exercice clinique : résoudre des problèmes multiples et concomitants
- Le manque de recommandations spécifiques pour les patients polyopathologiques
- Gestion de la polymédication

Chez les personnes très âgées, 93% des 70 ans et plus avaient au moins 2 maladies et 85% au moins 3 maladies (20).

5.3.2 La relation médecin-patient : un lien particulier

Pour certains, la visite à domicile est un **moment privilégié avec le patient, avec une meilleure connaissance et un lien plus fort**. La relation médecin-patient à domicile est perçue comme plus soudée. Il existe une bonne relation de confiance avec les patients et un effet valorisant via une reconnaissance du patient. Peut-être que l'absence d'ordinateur à domicile engendre une relation directe avec le patient, une relation plus facile. En effet, « si l'intime est le lieu, la relation qui permet d'accepter quelqu'un dans ce lieu, c'est la confiance »(21). Le médecin généraliste mobilise ses compétences et son expérience pour assurer la continuité des soins en s'appuyant sur une relation médecin-malade de longue date. L'HAS parle d'une prise en charge holistique

¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

c'est-à-dire une approche globale, combinant les dimensions somatiques, psychiques et sociales (20). Il oriente le patient via une prise de décision partagée en priorisant les actions et en gérant la coordination des soins.

Il y a aussi la famille dont les médecins se sentent plus proche à domicile. Une partie de l'intimité est davantage dévoilée à domicile puisque les patients reçoivent dans leur intérieur, très souvent en famille. **L'entourage** est aidant notamment sur l'interrogatoire, pour mobiliser les patients lors de l'examen clinique et pour la tenue du dossier. L'Anesm² recommande dans son enquête sur la bientraitance des personnes âgées suivies par les services de soins à domicile de prendre en compte l'entourage et son analyse de la situation du patient afin de fournir des éléments permettant l'élaboration du projet personnalisé du patient (19). Pour Décultot, certains médecins décrivent une relation à trois plus qu'une simple relation médecin-malade (17). Il s'agit d'une écoute active de ce que souhaitent les patients et de ce que sont réellement leurs attentes. Cependant, Elle rappelle qu'être à l'écoute demande du temps ainsi qu'une disponibilité physique mais surtout psychique.

Si l'on interroge les patients dans l'équipe PROSPERE³, c'est l'importance de la qualité de la relation médecin-malade et la coordination qui sont leurs préoccupations majeures. C'est la continuité relationnelle qui constitue l'élément déterminant de la qualité des soins (23). Or, les réformes récentes concernant la visite à domicile et plus généralement l'exercice médical se soucient de l'optimisation, de la rentabilité et de la qualité des soins par une réorganisation territoriale des soins (maisons de santé) et une coopération interprofessionnelle tout en éludant cette composante relationnelle (24).

Dans notre étude, il existe une nette discordance. La plupart des médecins allouent un lien particulier à domicile mais pour d'autres, la relation est la même qu'au cabinet. Ce résultat déconcerte d'autant plus qu'il n'est pas retrouvé dans la littérature. Ces praticiens exercent en milieu urbain. On a vu que les médecins en milieu urbain font globalement moins de visites à

² Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

³ Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiEr Recours, une équipe qui dépend de l'IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

domicile. Est-ce un manque d'intérêt pour les visites qui entraîne un manque de motivation et d'implication dans la relation médecin-malade en particulier à domicile ?

5.3.3 Le domicile : un lieu instructif

La visibilité sur l'environnement du patient est un avantage exclusif à la visite à domicile. En visite, les médecins ont accès à des éléments supplémentaires d'ordre généralement sociaux comme les conditions de vie, l'isolement social, la nécessité d'avoir des aides à domicile, le logement, la problématique des chutes. Il permet également l'analyse de la capacité à répondre à un interrogatoire et la gestion du traitement. Un des médecins interrogés parle d'un rôle de médiateur médico-social. Toutes ces informations contribuent à la qualité de l'orientation diagnostique et s'intègre dans une globalité de prise en soins notamment chez la personne âgée.

Cette prise en charge sociale est retrouvée dans d'autres études (2,3,17). Les informations sur la vie quotidienne des patients permettent d'améliorer leur prise en charge sociale. C'est au médecin d'anticiper les besoins du patient, d'évaluer son autonomie et de mettre en place les aides nécessaires. Tout l'intérêt de la visite à domicile est qu'elle permet de suivre le patient dans son contexte de vie. On retrouve la notion du caractère indispensable et instructif de la visite, notamment sur l'évaluation de l'environnement, l'appréciation de l'autonomie réelle et l'observance médicamenteuse.

Concernant les problèmes d'hygiène à domicile, un des médecins interviewés met en exergue la difficulté que représente l'accueil d'un médecin pour des patients qui ont conscience de leur problème d'hygiène dans leur logement. Dans le cas où il accepte, le rôle du médecin est de proposer des aides mais tout est question de diplomatie : « au début j'osais pas trop mais maintenant je leur demande, en essayant de ne pas les froisser » (M1). Dans le même ordre d'idée, Moulias met en garde de ne pas ignorer la violence que représente la situation de dépendance et notamment lors des toilettes. Il est nécessaire de mettre en place ces aides mais la discussion doit être amenée avec respect et humilité (25).

Il existe une discordance puisque l'environnement est aussi une contrainte à domicile. En effet, le médecin doit s'adapter et gérer les aspects négatifs comme les animaux, le bruit. Mais grâce à une communication avec le patient, le médecin réussit très souvent à rendre cet environnement

plus facilitant et à pallier à ces difficultés. C'est à la fois une contrainte et un apport selon son aspect subit ou maîtrisé.

Décultot appuie ce point à travers l'un des médecins qui dit que la difficulté du maintien à domicile n'est pas celle du vieillissement mais celle du handicap.

L'architecture du logement à son rôle à jouer. Il s'agit de modifier leur environnement et donc ce changement ne peut se faire qu'avec une relation de confiance qui permet de comprendre les peurs et les craintes du patient afin de faire accepter certaines décisions et d'arriver à un compromis. Karcher parle de la bientraitance comme la recherche d'une « coïncidence des points de vue » (26).

Dans la thèse portant sur l'analyse de la grille EVALADOM, Leroy parle de la place du généraliste qui apparaît comme primordial dans cette démarche préventive. Il est au cœur de la prise en charge et assure une adhésion plus importante à la stratégie thérapeutique. La visite à domicile permet de retrouver des éléments nouveaux non relatés par le patient, non évaluables ou sous-évalués au cabinet, aboutissant à de nouvelles recommandations qui concernent principalement la nutrition et la prise des traitements. Mais on peut retrouver également des informations sur l'isolement social, l'épuisement de l'aidant, la maltraitance ou négligence du patient (27). Deux types de démarches sont retrouvées. Soit cibler des personnes âgées avec des capacités fonctionnelles conservées afin d'intervenir de façon précoce pour être efficace sur la diminution du déclin fonctionnel. A contrario, ELKAN montre une diminution de la mortalité ainsi que l'institutionnalisation à condition de cibler des personnes déjà considérées comme fragiles (28).

5.3.4 Le domicile : un lieu adapté à l'examen clinique du patient

Concernant l'examen clinique à domicile, il existe des divergences. Certains médecins pensent que l'examen clinique est plus facile à domicile car le logement est adapté et d'autres le trouvent plus difficile par manque de confort en comparaison à sa réalisation en cabinet.

Un logement est adapté aux incapacités du patient lorsque des éléments sont mis en place comme un lit médicalisé, un fauteuil confort. L'organisation du domicile par rapport aux limitations physiques du patient est primordiale. Effectuer un examen clinique dans ces

conditions facilitatrices est considéré comme fluide et sans contrainte. En Ile-de-France, 62,5% des médecins estiment que l'examen clinique en visite à domicile est identique à l'examen clinique lors des consultations (2).

A l'inverse, les arguments avancés par d'autres médecins sont le manque de luminosité, de matériel et de confort par rapport au cabinet. Plusieurs travaux mettent en évidence des difficultés techniques lors de l'examen clinique : les conditions d'hygiène, le manque d'équipement, l'absence de dossier à domicile (2,3,24). Chez les médecins franciliens, la visite peut rendre difficile et peu satisfaisante les conditions d'exercice du médecin et l'examen clinique. L'espace, l'éclairage, le bruit, la distraction, le manque de matériel et la confidentialité sont des problèmes qui peuvent perturber l'acte médical. Ils concluent au fait que la visite ne permet pas d'offrir la même qualité de prestation qu'au cabinet en posant le problème du « confort » nécessaire à l'exécution d'une bonne performance clinique et technique (2).

Cependant, on note un effet de génération sur le point de l'examen clinique dans notre étude, les médecins expérimentés étant plus à l'aise en l'absence du confort matériel. Pour eux, le médecin n'a besoin que « de son cerveau et ses deux mains » pour effectuer un bon examen clinique. Peut-être parce que les nouvelles générations de médecins sont habituées à la technique à portée de main et se sentent plus limités à domicile ?

Or, d'après l'analyse des entretiens ici, il paraît évident que l'acte de visite est différent de l'acte de consultation. Dès lors, on ne peut pas attendre les mêmes prestations. Son objectif final est le même, soigner, prendre soin des patients qui sont dans l'incapacité de se déplacer au cabinet mais la façon d'y parvenir est différente. Les franciliens appuient ce propos en disant « La visite n'est donc pas une véritable « consultation à domicile » comme le laisse entendre le Code de la Sécurité Sociale » (2).

Également, au niveau des gestes à domicile, les médecins sont de moins en moins sollicités. Les IDE ont pris de relais de ces actes techniques à domicile. Mieux équipées et plus expérimentées, les IDE prennent en charge les pansements. Parfois les réseaux spécialistes prennent également le relais du médecin généraliste.

5.4 LES CONTRAINTES

5.4.1 Généralités

Les contraintes de la visite à domicile ont été décrites dans la littérature. Ces travaux ont révélé une opinion négative des médecins. Ils jugeaient la visite délétère sur la qualité des soins avec la notion de pénibilité ressentie par les praticiens, des conditions matérielles limitantes, une organisation perturbée par les visites et enfin une pression de la part des patients créant un climat de tension dans la relation médecin-patient (24). En Ile-de-France, 57% des médecins estiment que la visite est une contrainte puis comme une nécessité et un devoir. Ils estiment que la visite relève plus du social que du médical mais 84% des médecins estiment que l'enseignement apporté par une visite est extrêmement positif. Elle fait également perdre du temps sans les détendre et les médecins considèrent que les visites systématiques dévalorisent leur métier et les pénalisent financièrement en plus d'un risque d'agression (2). Vialtel parle même de la visite comme d'un potentiel déclencheur de Burn out. Il décrit la visite comme génératrice de difficultés pour maîtriser l'emploi du temps avec des attitudes parfois négatives et dépersonnalisantes face à la pression à laquelle le médecin est soumis par rapport aux demandes irréalistes des patients. Les relations avec les soignants dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire peuvent être source de frustration et engendrer des situations d'échec. Cependant, cet acte peut générer une sensation d'accomplissement et d'épanouissement du médecin par la « bouffée d'oxygène » qu'est la visite dans un emploi du temps chargé. L'aspect humain et valorisant de la relation médecin-patient a une place privilégiée en visite. Enfin, il conclue sur le fait que la visite « peut être tour à tour le poison, ou l'antidote selon qu'elle est subie ou maîtrisée » c'est-à-dire que perpétuer une tradition ne suffit pas à exercer dans des conditions satisfaisantes. Une vision globale et réaliste de sa patientèle et de ses propres souhaits d'organisation est un préalable indispensable à une gestion optimale (24).

5.4.2 Difficultés d'ordre organisationnel

D'une part, parce que les patients sont moins autonomes, plus polypathologique à domicile. Tout prend plus de temps. Certains médecins parlent de changement de rythme par rapport aux consultations au cabinet. Les patients sont plus difficilement mobilisables donc le déplacement jusqu'au lit ou canapé, le déshabillage pour l'examen clinique, puis l'aide pour le rhabillage sont

chronophages. Dans leur thèse, Guillot et Ritter mettent en évidence les mêmes difficultés en accentuant la problématique de la désorganisation du programme et du stress lors des visites à domicile non programmées (29).

D'autre part, parce qu'il existe un temps supplémentaire à gérer qui est rarement pris en compte dans l'organisation du planning du médecin. Le temps de coordination, de gestion, de trajet, de stationnement, de préparation et retranscription du dossier. On retrouve cette contrainte dans une enquête réalisée par l'Union Régionale de Médecins Libéraux d'Ile de France (2) et dans la thèse de Vincent Mallet (4). Dans sa thèse sur la perception de la visite à domicile, Vialtel décrit la visite comme génératrice de difficultés pour maîtriser l'emploi du temps avec des attitudes parfois négatives et dépersonnalisantes face à la pression à laquelle le médecin est soumis par rapport aux demandes irréalistes des patients (24). Décultot nous alerte sur la non bienveillance due au manque de temps. Le fait de manquer de patience, d'être plus rapide, de ne s'occuper que du médical (17).

Parfois les visites à domicile ne sont pas prévues dans le planning, il n'existe pas de créneau dédié donc ce temps de visite se surajoute à une journée chargée en consultation. Dans ce cas, il s'ensuit une dépréciation de l'activité de la visite par les médecins interviewés.

Le manque d'organisation à domicile donne la sensation d'être pressé et rend l'exercice frustrant car les médecins ne sont pas satisfaits de leur travail. A une époque où la médecine est de plus en plus technicisée, le manque de moyen technique et d'organisation à domicile paraît être un frein. Peut-être qu'il ne faut pas voir l'exercice de la visite comme l'exercice au cabinet mais comme une autre façon de travailler.

Il arrive même que le patient soit absent de son domicile. Ce qui paraît être pour les médecins interrogés un moment désagréable. Il s'agit d'une sensation de perte de temps et la relation se voit altérée. C'est souvent un motif de cessation de visites pour le patient absent.

L'organisation du planning a une importance considérable sur le nombre de visites à domicile et sur sa perception par le médecin. Les créneaux dédiés favorisent l'appréciation des visites, la présence d'un secrétariat favorise la diminution des visites par filtrage, élément également observé dans la thèse d'Aline Bigot Mora (30). Parfois même à l'excès d'après M12 qui met en garde sur les restrictions parfois trop importante imposée à la secrétaire.

On voit qu'en fonction des politiques locales, le nombre de visites à domicile peut varier. En effet, si des salles de consultations secondaires ferment, on comprend aisément que la demande de visites augmente. A l'inverse, lorsque des transports sont mis en place par la Communauté de Commune, les déplacements sont facilités et les demandes de visites diminuent.

Si les jeunes générations de médecins ont des difficultés lors des visites à domicile, cela peut être expliqué par l'absence de réel apprentissage de cet exercice. Étendre la formation au domicile des patients est une opportunité pour apprendre des compétences polyvalentes dans un exercice de médecine générale. Cela permet d'approfondir des capacités de communication, d'éthique, de connaissances de maladies chroniques, de soins palliatifs. En effet, les besoins pédagogiques des internes en médecine générale sont d'ordre technique. David Pompey a montré des difficultés dans la gestion administrative et logistique et dans la prise de décision. Les groupes d'échange de pratique pourraient pallier les difficultés ressenties dans le contexte d'autonomie nouvelle (5).

5.4.3 Les difficultés liées à la gestion du dossier médical

Plusieurs éléments sont à l'origine de cette contrainte. Au cabinet, le dossier médical est informatisé et à contrario, à domicile, le dossier est la plupart du temps en format manuscrit. Il en résulte un effet néfaste du dossier papier. Le suivi paraît compliqué, des données sont perdues ou oubliées. Dans sa thèse, Buirette et Carrott écrivent que l'accès au dossier médical pendant la visite à domicile améliorerait la qualité des soins (31). Dans 43,6 à 54,4% des cas, celui-ci était absent, entre 18,6% et 21% retranscrivaient le contenu de leur visite au cabinet et 12% ne laissaient aucune trace de leur visite. Seulement 5% à 7,1% des dossiers étaient sous forme informatisée mobile. Les obstacles à la tenue d'un dossier médical en visite à domicile étaient liés à des conditions pratiques (chronophage, absence de consensus, encombrement et lourdeur, crainte de perte du dossier par le patient ou l'hôpital, crainte de la violation du secret médical) et à des conditions techniques (surcoût d'un dossier informatisé dans un contexte d'acte mal rémunéré, l'absence de connexion internet chez certains patients, dossier papier inaccessible depuis le cabinet). La détermination d'un support plus adapté reste problématique à ce jour

même s'il existe une omniprésence de l'informatique dans le quotidien des médecins : télétransmission, création du DMP⁴ en 2004 et de l'espace pro AMELI en 2006.

Pour pallier à cette difficulté responsable d'une variation des pratiques, une ROSP⁵ a été mise en place depuis 2012 selon laquelle le médecin doit s'acquitter de certaines dispositions en contrepartie d'une rémunération supplémentaire : l'utilisation de matériel informatique permettant la télétransmission, la rédaction d'une synthèse annuelle pour chaque patient, l'utilisation d'un logiciel certifié d'aide à la prescription et la tenue de dossiers médicaux informatisés. Mais le bilan de la CNAM à 5 ans montre un ralentissement des progrès depuis 2016. En 2017, une nouvelle convention est mise en application, et ajoute la valorisation de l'utilisation de logiciel métier DMP compatibles et l'utilisation d'une messagerie sécurisée car l'insécurité des données médicales est l'inconvénient majeur de l'informatisation du dossier. Les médecins craignent des pertes de données, par panne informatique ou piratage, pouvant compromettre la confidentialité des informations. La dématérialisation des données échangées améliore la coordination et la qualité des soins du fait de la rapidité de leur partage, mais elle doit respecter leur confidentialité (32).

Les technologies de l'Information et de la Communication sont sous-utilisées dans le domaine médical en France par rapport aux autres pays. En février 2016, seulement 0,87% des français ont ouvert un DMP. Sur ce point, un seul médecin y a fait référence dans notre étude et était franchement favorable à cette évolution du dossier médical en attendant avec impatience sa mise en place effective. Cet aspect discordé avec la littérature puisqu'il est mis en évidence un scepticisme quant au déploiement de ce dispositif en plus d'une inquiétude face au risque de compromission du secret médical (32). La mise en place effective de l'informatique ne paraît pas être sujet à une appréhension de la part des médecins dans notre étude, ce qui diverge avec les données de la littérature de 2016. Il est possible qu'en deux ans, les médecins aient changé leur perception vis-à-vis du dossier médical informatisé à domicile.

En effet, le DMP a été un échec jusqu'à présent car seuls 500 000 dossiers ont vu le jour entre 2004 et 2016. Seuls les médecins étaient en capacité d'ouvrir le dossier d'un patient, et en face à face. Depuis 2016, les patients peuvent eux-mêmes ouvrir leur DMP ainsi que leurs

⁴ DMP : Dossier médical partagé

⁵ ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

pharmaciens. La CPAM alimente automatiquement l'historique des soins remboursés. L'objectif fixé par l'Assurance maladie et l'Etat s'élève à 40 millions de DMP en 2022. Il est demandé aux médecins traitant de remplir le volet de synthèse médicale. Selon Nicolas Revel, le directeur de la CNAM⁶, la rémunération de la réalisation de cette synthèse est comprise dans le cadre du forfait patientèle (33). Pour lui, il n'y a pas de sens à une rémunération supplémentaire. La compatibilité des logiciels avec le DMP est un prérequis de cette rémunération au titre du forfait structure. A la FMF⁷, le président Dr Jean Paul Hamon prône une rémunération significative pour le médecin traitant qui alimente le dossier en documents. Le patron de la CSMF⁸, le Dr Jean-Paul Ortiz plaide aussi pour un coup de pouce financier car la rédaction du volet de synthèse est chronophage. Le Dr Hamon ajoute que les mises à jour des logiciels métiers ne doivent pas être à la charge des médecins. Le Dr Yannick Schmitt, président du syndicat ReAGJIR⁹ critique aussi le manque d'ergonomie de la plateforme.

De plus, le rôle du dossier médical à domicile est parfois confondu avec le rôle du dossier de liaison. Les médecins interrogés utilisent régulièrement le dossier de liaison en tant que dossier médical mais admettent manquer d'informations strictement médicales. Plusieurs travaux mettent en évidence des difficultés à définir le concept de dossier médical notamment entre le dossier médical propre au médecin et le dossier de liaison. Par ailleurs, un tel dossier est inaccessible depuis le cabinet (30,32).

Dans nos entretiens, les jeunes médecins souhaitaient utiliser l'informatique à domicile mais le support n'étant pas finalisé, et pratique, ils optaient alors pour un dossier informatisé à remplir au cabinet avec son aspect chronophage de retranscription après la visite et la charge mentale qu'impliquait l'effort de mémorisation des informations. Parfois, la solution du dossier de liaison était choisie mais les médecins déclaraient manquer d'informations strictement médicale. Les praticiens souhaitaient organiser ce dossier médical en l'informatisant afin de pouvoir y accéder à tout moment et par n'importe quel intervenant à domicile. Or l'informatisation du domicile est loin d'être généralisée notamment chez ces personnes très âgées. Le support idéal n'est généralement pas bien défini. L'ordinateur portable est considéré trop lourd, porté en plus d'une

⁶ CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie en France

⁷ FMF : Fédération des médecins de France

⁸ CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

⁹ ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

mallette déjà bien pleine. La solution de la tablette paraît envisageable mais peu utilisée par les médecins pour l'instant car peu de logiciels médicaux le proposent. Cependant, il est certain que l'informatique ne résoudra pas toutes les contraintes du dossier médical vu sa perception négative en cabinet. L'ordinateur est considéré par les médecins interrogés comme une barrière à la relation médecin-patient et on sait l'importance de cette relation, d'autant plus à domicile. Et c'est sans compter l'aspect chronophage de l'informatique. On peut craindre la même évolution concernant une éventuelle informatisation à domicile. Par ailleurs, les médecins pourraient avoir la volonté de ne pas investir dans des solutions potentiellement coûteuses alors que les visites ne représentent qu'une faible part de leur activité (32). Une impression de « **phase de transition** » est décrite par Buirette et Carrott. Comme s'il était nécessaire de se soustraire au papier mais sans que les médecins aient actuellement de solution informatique efficace à laquelle se raccrocher dans le contexte des visites à domicile. Enfin, la difficulté de tenir un dossier résulte en partie d'une problématique intriquée de manque de temps, d'une motivation variable et d'un manque de reconnaissance financière (32).

Selon l'ANAES¹⁰, « la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue » et il faudrait que « le médecin y travaille, en dehors de la présence du patient, pour y incorporer les données provenant de différentes sources, en faire la synthèse et réorganiser le dossier ». Mais « le danger serait que le médecin déplace vers la tenue du dossier une partie du temps consacré au malade »(34).

Selon la revue de littérature de Le Maner, il était suggéré que l'informatique médicale devrait être enseignée à la faculté et faire partie de la formation médicale continue, afin de répondre au besoin de formation fortement exprimé par les médecins, qui sous-utilisaient le potentiel de l'informatisation médicale et présentaient des lacunes concernant la protection et la sauvegarde des données informatisées (31).

5.4.4 Le risque de compromission du secret médical

Le secret médical est difficilement applicable à domicile. C'est surtout le cas lorsque la famille est présente en continue, dans un contexte de pathologie grave. Mais la meilleure connaissance du patient à son domicile, permet également de connaître les liens qui les unissent à leur entourage

¹⁰ ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé

et de proposer plus facilement un face à face. Par contre, il est très généralement admis que, lors de l'examen physique, on isole le patient de son entourage en se déplaçant dans la chambre ou en demandant directement à l'entourage de sortir de la pièce.

Avec les soignants, au contraire, le secret médical est partagé afin de permettre la circulation des informations médicales dans le but d'améliorer la prise en soin. L'implication du personnel paramédical paraît indispensable à une globalité des soins.

5.4.5 Un acte peu rentable

L'acte de visite à domicile est considéré comme peu rentable. D'ailleurs, la cotation de l'acte de visite « VG » est au même tarif que celle de la consultation au cabinet « G », soit 25€. Aux vues du contexte et du rôle du médecin en visite, la valeur est-elle suffisante ? A cela, il est rajouté un supplément lié au déplacement « MD » qui équivaut à 10€. L'un des médecins nous fait remarquer que c'est la valeur de l'acte qui est trop basse mais pour une visite à domicile, ajouter un tiers du tarif d'une consultation est suffisant. On note tout de même une évolution vers une meilleure rémunération de l'acte avec l'apparition de cotations spécifiques. Les médecins souhaitent étendre cette pratique à plus de pathologies. Il existe néanmoins une discordance puisque l'ancienne génération de praticiens voit en cette nouvelle nomenclature, une complexification des cotations qui ne fait que rajouter du temps administratif.

Revaloriser le tarif de la visite à domicile encouragerait cette pratique. Les médecins généralistes sont favorables à une revalorisation de l'acte de visite en plus d'une communication et explication aux patients, d'après plusieurs thèses (3,4,24,29). Or les pouvoirs publics cherchent à résoudre la pénurie de médecins par la suppression de tout ce qui est chronophage. C'est d'ailleurs sur ce point que M3 nous explique que d'un point de vue santé publique, augmenter la valeur de l'acte ne serait pas une bonne idée.

Globalement, les questions économiques se sont introduites dans la pratique de la médecine générale, et n'ont pas épargné la visite à domicile (35,36). L'AcBUS de 2002 sous l'égide de la CPAM avait comme objectif la réduction de 5% des visites à domicile dites pour « convenance personnelle » suite à une campagne de communication. Chez les médecins franciliens, 85,1% estiment que la visite ne paraît pas justement rémunérée (2). Vialtel montrait que la rentabilité de la visite peut être un facteur pris en compte par le médecin dans la décision de se déplacer ou

non à domicile (24). Pourtant, une étude américaine de 1997 « évoquait la possibilité que la visite à domicile soit pourvoyeuse d'économies substantielles, en diminuant notamment le nombre d'hospitalisations » (37). Également, Beck décrit son expérience de 7 ans de visites à domicile multidimensionnelles chez des personnes fragiles et retrouve une diminution des hospitalisations non programmées et des recours aux urgences (38).

Le positionnement de la France par rapport aux autres pays est difficile à évaluer avec précision compte tenu des limites de comparabilité. On peut estimer que la France se situe plutôt dans une position intermédiaire au sein des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) en ce qui concerne la rémunération des médecins libéraux(26). Il existait 3 modes de rémunération, le paiement à l'acte, le salariat et la capitation qui correspondant à une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet indépendamment du volume de soins prodigué. Depuis les années 2000, des systèmes de paiement à la performance se développent et rémunèrent les médecins selon des résultats obtenus sur une série d'objectifs liés à la qualité des soins et à des missions de santé publique, principalement en ambulatoire(39). Il a été généralisé à l'ensemble des médecins libéraux via la Convention médicale de 2011, avec la mise en place de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Finalement, on observe une revalorisation de certaines visites notamment sous la dénomination « visite longue » spécifiquement pour des pathologies neuro-dégénératives type maladie d'Alzheimer. Ses modalités pratiques sont l'évaluation gériatrique, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, le repérage des signes d'épuisement chez les aidants et l'information sur les coordinations, les structures d'aide et de prise en charge, le soutien aux aidants et sur la protection juridique du patient (40). Notre impression vis-à-vis de cette réforme est qu'elle revalorise certains actes de visites orientées gériatriques qui sont chronophages, tout en limitant le nombre global de visites à des motifs spécifiques d'incapacité de déplacement. Un article de l'EXPRESS parle du syndicat MG France qui souhaite revaloriser l'acte de visite à domicile de 33€ à 56€ en se justifiant par le temps et l'engagement que demande une visite à domicile (41).

5.5 L'ÉVOLUTION

5.5.1 Démographie médicale

En ce qui concerne la perspective d'évolution pour la démographie médicale, le modèle prévoit une baisse de la densité médicale pour 16 des 24 régions entre 2006 et 2030 de par une population régionale en hausse et un nombre de médecins actifs en baisse. Cette baisse serait particulièrement marquée pour 5 régions : Corse (-35%), Languedoc-Roussillon (-30%), Ile-de-France (-26%), PACA (-26%) et Midi-Pyrénées (-22%) (42).

5.5.2 Informatisation du dossier médical

Les médecins interrogés évoquent souvent une informatisation du dossier médical dans leur vision future. L'espoir d'une interface qui sera plus facile d'utilisation. D'abord, elle pourra être plus pratique, légère et facilement transportable pour pouvoir aller au domicile des patients sans encombre. L'objectif sera la visibilité du dossier médical en visite avec la possibilité de le modifier rapidement sur place. Un des médecins parlait également d'éditer des ordonnances à partir de cette interface. Les nouvelles technologies améliorent nettement la communication entre les intervenants à domicile (22). Pour l'instant, le DMP ne permet pas de tout faire en termes de coordination. Il y aura donc probablement d'autres systèmes d'information partagés à l'échelle d'un territoire (33).

Cependant, on remarque quelques réserves notamment chez les anciens médecins vis-à-vis de cette informatisation. De plus, ils craignent une technicisation de la pratique médicale qui éclipserait totalement la part bénéfique et indispensable du relationnel en médecine générale. En effet, l'aspect humain est clairement revendiqué dans cette étude et de façon générale comme un des piliers de la médecine générale. On l'a vu l'écran d'ordinateur en consultation au cabinet est déjà considéré par une majorité comme une barrière dans la relation médecin-malade. Alors, on peut se demander si l'informatisation à domicile évoluerait comme l'ordinateur au cabinet. L'aspect facilitateur de l'informatique à domicile serait avantageux, à condition de garder une authenticité dans cette relation médecin-patient si particulière et nécessaire.

5.5.3 Education du patient

Dans notre étude, les médecins étaient favorables à une éducation du patient mais uniquement par le médecin traitant et non par une information du public qu'ils considèrent inutile pour limiter l'accès à la visite à domicile. En effet, les franciliens recommandent de redéfinir la visite justifiée (urgence, manque de mobilité et perte d'autonomie), de revaloriser les actes et de mettre en place une dissuasion financière pour les visites à domicile injustifiées (2).

5.5.4 Différence intergénérationnelle : témoin d'une transition

L'INSEE, en 2009, selon un scénario validé jusqu'à présent, estimait qu'il faudrait attendre 2030 pour que les effectifs de médecins reviennent à un niveau similaire à 2006, situation déjà jugée difficile (42). Dans un contexte de démographie médicale insuffisante, on voit une différence assez frappante d'opinion entre les générations.

D'une part, les jeunes médecins jugent les anciens quand ils disent qu'ils font de nombreuses visites à domicile avec parfois des motifs injustifiés. Les visites étant chronophages et la demande de consultation toujours chargée au cabinet, cela engendre des journées de travail longues. Ce qui est moins accepté par les jeunes générations qui préfèrent limiter leurs horaires, laissant la permanence des soins assurer les consultations ou visites à domicile y compris le soir et le week-end. De plus, habitués à une technicité plus performante post-internat, ils semblent désemparés quand il s'agit de suivre un patient à domicile sans le confort et le matériel du cabinet. Sans compter l'importante part sociale à gérer à domicile.

D'autre part, les médecins plus expérimentés, parfois surmenés du fait d'un planning de travail chargé, ressentent de la colère vis-à-vis de cette jeune génération lorsqu'ils refusent d'accepter un nouveau patient ou d'effectuer des visites. Sacrifice qu'ils auraient été amenés à faire étant plus jeune sans discuter. On voit donc nettement cette incompréhension entre les générations de médecins, signe qu'actuellement, la ligne directrice change en ce qui concerne la santé en ambulatoire. Également, des changements politiques par les dernières réformes en santé appuient ce phénomène de transition.

On voit dans d'autres travaux que les anciens semblaient investir plus fortement le champ social du soin. Il existe sur ce point une divergence parmi d'autres, à l'origine des différences de

souhaits d'exercice, opposant actuellement les générations de médecins (24). Ils retrouvaient également cette incompréhension des choix respectifs des générations entre elles. En 2010, Andréa Poppelier montrait également cette divergence de point de vue. Les jeunes médecins aspiraient à une qualité de vie avec un volume de travail d'environ 5 jours et demi par semaine, à des conditions de travail particulières, incluant les cabinets pluridisciplinaires. A contrario, les médecins plus âgés travaillaient souvent seuls (46,4% des plus de 55 ans) et beaucoup (52 à 60 heures par semaine) (43).

5.5.5 Qu'en est-il des pays voisins ?

La prise en charge de la dépendance et du handicap est aujourd'hui une thématique récurrente. Ainsi, la plupart des pays conduisent aujourd'hui des réformes en faveur du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Pour diminuer le nombre de visites effectuées par les médecins dans un contexte de démographie médicale insuffisante dans les zones rurales, une expérience allemande a étudié la délégation de la visite à domicile à des assistants médicaux qui étaient des infirmières expérimentées. L'activité de visite des médecins généralistes avait diminué mais sans modification de dépense de soins (44).

Concrètement au nord de l'Europe, la fréquence des visites à domicile a diminué en Allemagne, en Angleterre, aux Pays-Bas. Les patients sont très satisfaits des visites effectuées car ils trouvent que le médecin effectue une meilleure prise en charge, et lui accordent leur confiance. Les familles proches des patients atteints de cancer perçoivent les soins palliatifs fournis par le médecin généraliste comme de très bonne qualité. Quant aux médecins, ils se sentent très satisfaits et valorisés par les visites à domicile. Aux Pays-Bas, les médecins considèrent les visites comme très enrichissantes et constituant un aspect important des soins primaires mais il existe un mécontentement financier(45).

Pour les canadiens, l'enseignement aux résidents sur la visite à domicile paraît plus encadré. Des compétences sont mises en avant : d'abord être promoteur de la santé par la visibilité sur le logement et l'entourage pour raisonner sur la sécurité du logement avec la mise en place d'aides sociales ; puis collaborateur avec une prise en charge interdisciplinaire et enfin gestionnaire (leadership) qui permet une évaluation de l'efficacité du système de santé dans la réponse aux besoins du patients. Ce sont des rôles qu'il n'est pas facile de démontrer et d'évaluer systématiquement dans un environnement hospitalier (46).

Une étude du New England sur la prévention des « invalidités » (nécessité d'aide dans les gestes de la vie quotidienne ADL/IADL) chez les personnes âgées, a mis en place des IDE spécialisées « gérontologie » intervenant à domicile pour évaluer les problèmes et facteurs de risque d'invalidité, en donnant des recommandations spécifiques avec un rôle de prévention et d'éducation. 20 personnes (12%) versus 32 (22%) dans le groupe contrôle ont eu besoin d'assistance dans les actes de la vie quotidienne, 9 personnes (4%) versus 20 (10%) ont eu besoin d'une IDE à domicile. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant les admissions à l'hôpital mais le coût des interventions par an a fait gagner 6,000 dollars (47).

Au Québec, les médecins considèrent que la planification des horaires de travail et le mode de rémunération à l'acte peuvent constituer des barrières à l'adoption de ce type de pratique. Inversement, le souhait de la population, la volonté politique et les collaborations avec les différentes ressources du réseau de la santé et des services sociaux pourraient en favoriser le développement (18).

5.5.6 Souhait d'étendre les réseaux de coordination et de développer un exercice pluriprofessionnel.

Un des intérêts majeurs de la visite à domicile est qu'elle place le médecin en position privilégiée pour la surveillance de la fragilité et la prévention du déclin fonctionnel de la personne âgée (3,5,17). Dans leur thèse, Buirette et Carrott exposent le manque d'intérêt ou le manque de temps et de moyens pour réaliser une évaluation gériatrique standardisée alors que le domicile semble être un lieu privilégié puisque la personne âgée est dans son environnement. Ils relatent également une mauvaise coordination entre les professionnels de la santé notamment avec les IDE (32). En effet, le temps consacré à la coordination des tâches n'était pas valorisé financièrement et était le premier obstacle à cette continuité des soins (20).

Dans une note méthodologique sur la polypathologie de la personne âgée en soins primaires, il est mis en évidence un manque de coordination des services de soins primaires. Les généralistes ont souvent essayé de jouer ce rôle, mais ils n'ont pas eu assez de temps et une connaissance suffisante de services existants. En outre, la rémunération des médecins est considérée comme l'un des obstacles à la coordination, le temps consacré à la coordination des tâches n'étant pas

valorisé. Il existe également un manque de coordination entre soins primaires et soins secondaires du fait d'une mauvaise planification des sorties. Généralistes et gériatres travaillent en solo. Dans sa thèse, le Dr Girard-Monnier a écrit : « il paraît essentiel que le médecin généraliste ait une meilleure gestion de son organisation et une meilleure collaboration avec ses confrères, qu'il ait à sa disposition des moyens rapides, fiables et adaptés de suivi, faciles d'accès et reproductibles afin de mieux connaître les patients et de mesurer rapidement l'investissement nécessaire pour chacun et de pouvoir exercer dans des conditions optimales ». L'HAS a donc mis à disposition un Programme d'optimisation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) et des fiches conseils (20). En avril 2008, l'HAS recommandait de favoriser le développement de ces nouvelles formes de coopération dans un objectif d'amélioration de la qualité du système de santé (48).

Pour Décultot, elle appuie ce point car ce travail d'articulation entre les différents intervenants est ressorti comme un élément primordial au maintien à domicile. Les médecins sont satisfaits de la bonne relation qu'ils entretiennent avec les différents intervenants et notamment avec les services de soins à domicile SSIAD¹¹, CCAS¹², HAD¹³ ou CLIC¹⁴ qui ont été salués pour leur travail (17). Il s'agit également de simplifier le système d'aide car il existe trop d'organismes différents. Dans l'optique d'un meilleur déploiement, la DGOS¹⁵ a édité un guide d'orientation à l'usage des réseaux de soins, présenté comme un cadre national afin d'améliorer la prise en charge de proximité. Ce guide apporte des outils pour homogénéiser les réseaux afin de faciliter la tâche des projets régionaux de santé de l'Agence Régionale de Santé et donc la coordination du parcours de santé sur un territoire. Dans ce sens, l'AGEP¹⁶ est une plateforme de coordination médico-psycho-sociale pour les personnes âgées de plus de 75 ans. Cette plateforme vise à faciliter et sécuriser la sortie des hôpitaux sur la constatation que 40% des sorties d'hospitalisation non préparées ont abouti à court terme à une ré-hospitalisation dans les deux mois. Elle signale également des situations complexes. Il s'ensuit la création d'un dossier de suivi afin de pouvoir proposer une réponse adéquate au problème (49). Dans sa thèse, Cavailles

¹¹ SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

¹² CCAS : Centre Communal d'Action Social

¹³ HAD : Hospitalisation A Domicile

¹⁴ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

¹⁵ DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins

¹⁶ AGEP : Association de Gériatrie de l'Est Parisien

montre que l'amélioration de la prise en charge doit passer par des plateformes gériatriques de proximité et la sensibilisation des généralistes au concept de fragilité (50).

La diversité des professionnels impliqués à domicile et leur disponibilité très hétérogène selon les territoires sont des difficultés rencontrées par les généralistes dans leurs missions de coordination des soins. Sur ce point, 40% des médecins généralistes participent à des réunions de coordination ou pensent que ce serait utile, et la très grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre les intervenants à domicile serait bénéfique (13).

Selon l'HAS, le développement d'un dispositif destiné à favoriser le maintien à domicile de toute personne en situation de dépendance doit être fondé sur l'association d'une évaluation médicale et d'une évaluation sociale, une orientation vers le secteur social et des aides à la vie quotidienne. Les objectifs des soins sont la recherche des réponses pour la mise en place d'un aménagement du domicile ou l'acquisition d'aides techniques, l'orientation de la personne et son entourage vers des services type CLIC et la mise en place un plan d'aide (34).

Dans une autre recommandation, l'HAS conseille une évaluation globale afin d'évaluer les fragilités des personnes âgées. Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche multi-dimensionnelle et pluriprofessionnelle afin d'élaborer un Plan Personnalisé de Santé. Le médecin traitant est au centre de l'organisation par la communication avec les gériatres : organiser la coopération entre les professionnelles de santé et intervenants sociaux, promouvoir l'intervention d'infirmières expérimentées en gériatrie dans les réseaux, les équipes mobiles ou des infirmières libérales volontaires pour participer à l'évaluation, développer la coopération médecins-kinésithérapeutes pour permettre l'accès à des programmes d'activité physique adaptés (51).

La mise en place des MAIA est une solution clé du plan Alzheimer 2008-2012 qui a pour objectif d'accueillir, d'orienter et d'offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation, au bon moment, par le bon acteur. Sur son territoire, la MAIA organise le travail en commun de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur la base de partenariats (40).

6 CONCLUSION

La visite à domicile fait partie du quotidien du médecin généraliste en libéral. Le but de ce travail était de mettre en évidence les apports et les contraintes de la visite à travers l'expérience vécue de praticien. Les entretiens semi-dirigés des médecins de la région ont rendu possible l'émergence de points de vue. Le domicile est un lieu permettant de développer un lien particulier, un lien plus fort avec une relation médecin-patient de qualité. C'est un moment privilégié qui a comme objectif la continuité des soins des personnes âgées, dépendantes ou polyopathologiques. La visibilité sur l'environnement du patient est un des avantages exclusifs à la visite où l'accès à des informations médico-sociales contribuent à la qualité de l'orientation diagnostique et s'intègrent dans une globalité de prise en soins notamment chez la personne âgée. On retrouve la notion du caractère indispensable et instructif de cet acte, notamment sur l'évaluation de l'environnement, l'appréciation de l'autonomie réelle et l'observance médicamenteuse.

Toutefois dans cette étude, de nombreuses différences d'opinions entre les généralistes sont révélées. Certains praticiens allouent une relation identique à celle du cabinet. L'environnement est parfois perçu comme une contrainte puisque le médecin doit s'adapter et gérer les aspects négatifs comme le bruit ou les animaux. Concernant l'examen clinique, plusieurs médecins pensent que l'examen clinique est plus facile à domicile car le logement est adapté aux incapacités du patient. A l'inverse, d'autres médecins avancent des désagréments techniques liés aux conditions d'hygiène, au manque de luminosité et de matériel. On note ici un effet de génération puisque les médecins plus expérimentés sont plus à l'aise en l'absence de confort matériel. La différence d'opinions entre les jeunes générations et les anciens était bien présente durant les entretiens ce qui témoignent d'un changement de vision globale de la médecine générale. D'autres études pourraient mettre en évidence une possible corrélation d'opinion en fonction des générations de praticiens.

Il existe des contraintes d'ordre organisationnel, comme la maîtrise de l'emploi du temps avec la gestion du temps de coordination, de trajet, de préparation et retranscription du dossier. L'aspect chronophage de l'acte de visite est au premier plan chez pratiquement tous les praticiens interrogés avec la sensation d'être empressé et de ne pas être satisfait de la qualité de

son travail. De plus, l'acte de visite est considéré comme peu rentable et la complexité des cotations engendre un temps supplémentaire administratif. Pour autant, cette nouvelle nomenclature est plutôt bien accueillie chez les jeunes praticiens qui voient une façon de revaloriser cet acte. Dans cette étude, les médecins étaient globalement satisfaits de leur rémunération ce qui diffère de la littérature. Les syndicats prônent une augmentation du tarif de la visite sous prétexte d'un acte chronophage et complexe. En effet, une revalorisation pourrait amener à passer plus de temps en visite et à consentir plus facilement à augmenter le nombre d'actes de visites. Mais, du point de vue de la santé publique, à une époque où la carence de médecins sur le territoire est un problème, la productivité du praticien en termes d'actes quotidiens, de nombre de patients vus par jour s'en trouverait diminuée. Ce qui ne serait pas bénéfique sur le plan de la santé publique.

Les dossiers médicaux en visite à domicile sont un inconvénient majeur. La retranscription est perçue comme chronophage, l'encombrement papier vient se surajouter à une mallette déjà lourde et une crainte face à la perte d'une partie des données. L'informatisation du dossier médical à domicile paraît être un avantage avec une potentielle rapidité du partage des informations mais engendre de fait, des inquiétudes de la part des médecins : vis-à-vis du secret médical dû au piratage des données et la crainte d'une déshumanisation avec la perception d'une barrière entre le médecin et son patient. L'aspect facilitateur de l'informatique à domicile serait avantageux, à condition de garder une authenticité dans cette relation médecin-patient si particulière et nécessaire.

La gestion des services de santé au niveau local peut engendrer des modifications importantes dans le mode d'exercice capable d'être facilitatrices ou génératrices de difficultés supplémentaires. Comme nous l'avons vu, parfois les communautés de communes mettent en place des transports permettant aux personnes difficilement mobilisables de se rendre chez le médecin ou dans les commerces de proximité. A l'inverse, la fermeture des cabinets de consultations secondaires engendre des demandes de visites plus importantes. Des réseaux de coordination se développent dans la région et sont destinés à favoriser le maintien à domicile de toute personne en situation de dépendance. On peut se demander comment va évoluer cette activité de médecine générale et la relation médecin-malade avec l'informatisation du dossier et le développement des réseaux de coordination.

Dans cette étude, les différences de points de vue étaient nombreuses et le clivage entre les générations était bien palpable ce qui témoigne d'une transition de la vision de la pratique de la médecine générale. Cette transition actuelle vers un autre type de pratique de la médecine générale fait écho à la transition sociétale que l'on traverse. En outre, tous les médecins de cette étude étaient d'accord sur le caractère indispensable de la visite à domicile.

A une époque où les changements s'imposent, à la fois politique, écologique, communicationnel par l'informatisation, on voit émerger une transition sociétale. La pratique de la médecine générale ne sera probablement pas épargnée par ces changements. Des réformes en santé publique pourraient modifier de façon majeure l'activité de médecine générale qui n'échappera pas à cette transformation.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Pauchet-Traversat A-F, Turllet M-L, Dosquet P, Orvain J. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2004 mai p. 138.
2. Ortolan B, Mouries R. La visite à domicile chez les médecins franciliens. Ile de France: Union Régionale des Médecins Libéraux; 2005.
3. Gautier E, Dréno P. La visite à domicile en médecine générale : opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group [Internet]. [Nantes]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/164775765>
4. Mallet V, Pierre B. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes en visite à domicile : enquête par entretiens auprès de médecins généralistes du département du Puy-de-Dôme [Internet]. [Clermon-Ferrand]: Université de Clermont I; 2010. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/150610858>
5. Pompey D, Cathébras P. L'apprentissage de la visite à domicile : quels enjeux pédagogiques en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) [Internet]. [Saint-Etienne]: Jean Monnet . Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2010. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/148716792>
6. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142.
7. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;24(105).
8. Paillé P, Mucchielli A. Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. 2016. (Armand Colin).
9. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative. Vuibert.
10. Conseil national de l'Ordre des Médecins, BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016.
11. Bessin C, Carel D, Lucas-Bagrielli V, Tonnelier F. Villes, campagnes, régions, Europe ... Les champs du problèmes. Actual Doss En Santé Publique. déc 1999;(29).
12. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. mars 2012;(797).

13. Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. DREES. févr 2014;(869).
14. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. 2003.
15. Barbat-Bussièrre S. L'offre de soins en milieu rural : L'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne. Ceramac. Clermon-Ferrand; 2009.
16. [Appel à témoignages] Visites à domicile : qu'est-ce qui coince ? 16 avr 2018;
17. Décultot C. Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bientraitance lors des visites à domicile ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quinze médecins généralistes en Haute Normandie. [Rouen]; 2017.
18. Laberge A, Aubin M, Vézina L, Bergeron R. La prestation de soins médicaux à domicile : Sondage dans la région du Québec. Can Fam Physician. oct 2000;46.
19. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie. juin 2004;
20. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015 avr.
21. Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (A.N.E.S.M.). La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Saint-Denis; 2008.
22. Agence Nationale de L'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (A.N.E.S.M.). Analyse nationale du questionnaire 2013 (volet 1) : Enquête nationale relative aux pratiques concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile. 2014.
23. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de la médecine générale ? IRDES Quest Déconomie Santé. mars 2011;(163).
24. Vialtel S. Perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Nancy]; 2012.
25. Moulia. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? Gérontologie Société. sept 2010;(133).
26. OCDE. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes). 2015;
27. Leroy N. Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : contribution à la validation d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM. 2010.
28. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people : systematic review and meta-analysis. Br Med J. sept 2001;323.

29. Guillot A, Ritter C. Eléments décisionnels de la réalisation de visites à domicile non programmées par les médecins généralistes de l'agglomération grenobloise : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 2017.
30. Bigot Mora A. S'y rendre ou non ? Facteurs d'influence des visites à domicile : étude qualitative basée sur 30 entretiens e médecins généralistes du Maine-Et-Loire. [Chartres]; 2013.
31. 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. [Nancy]; 2018.
32. Buirette C, Carrot A. Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes. [Toulouse]; 2016.
33. Roux C. Nicolas Revel : « Le DMP sera un défi collectif ». Le Généraliste. 9 nov 2018;(2850).
34. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Méthode d'élaboration d'une démarche de soins type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance. 2004 mai.
35. Foucras P. Visite à domicile : vite fait, bien fait. Prescrire. sept 2003;(242).
36. Zaffran M. On a les visites qu'on mérite. Prescrire. mars 1985;
37. Camplon E. Can house calls survive ? N Engl J. 1997;(337):1840-1.
38. Beck R, Arizmendi A, Purnell C, Callahan C. House calls for seniors : building and sustaining a model of care for homebound seniors. J Am Geriatr Soc. nov 2010;58.
39. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P, Cavillon M, Mikol F, et al. Les médecins généralistes face au maïement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. DREES. févr 2014;(873).
40. INPES. Maladie d'Alzheimer : réaliser une visite longue. mai 2012;
41. Huguen P. Des généralistes réclament des consultations à domicile mieux payées. L'EXPRESS. 10 janv 2014;
42. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Tailliet F, Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? Insee. juin 2010;
43. Poppelier A. Exercice de la médecin générale : approche inter-générationnelles des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Université de Poitiers; 2010.
44. Van Den Berg N, Meinke C, Matzke M. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants : assessment of economic effects in an ambulatory healthcare center. BMC Health Serv Res. 2010;
45. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Rev Médicale Suisse. 2016;12(1874-8).

46. Pham T-N, Akhtar S, Jakubovicz D. Visites à domicile : Un art essentiel en médecine familiale. *Médecin Fam Can.* janv 2018;64:51.
47. Stuck A, Aronow H, Steiner A, Alessi C. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. 2 nov 1995;
48. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecin généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 : Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. *Quest Déconomie Santé.* nov 2008;(136).
49. Skurnik-Hadjedj L, Cabane J, Servadio A. Le défi du maintien à domicile des personnes âgées : l'AGEP, réseau pilote de gériatrie d'Ile-de-France. *John Libbey.* mars 2015;
50. Cavailles A. Comment les médecins généralistes de Midi-Pyrénées prennent en charge les personnes âgées, permettant leur maintien à domicile, étude qualitative semi-dirigée auprès des généralistes. *Toulouse III;* 2015.
51. HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? 2013 déc.

8 ANNEXES

8.1 GUIDE D'ENTRETIEN

Caractéristiques du médecin :

Pouvez-vous vous présenter :

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous installés ?
- Quel est votre mode d'exercice : cabinet seul / maison médicale / cabinet de groupe ?
- Quel est votre lieu d'exercice : rural ou urbain / quelle ville ? quel département ?
- Depuis combien de temps êtes-vous installés dans ce cabinet ? et depuis combien de temps exercez-vous en tant que médecin généraliste libéral ?

Organisation des visites à domicile

Les motifs

- Comment êtes-vous amenés à partir en visite à domicile ?
- Quelles sont les motifs invoqués par les patients les plus fréquents ? *Quelle est la justification des visites à domicile ? (Maladies : urgence / maladie aigue/chronique, Soins palliatifs : soins de fin de vie / soutien psychologique / constat de décès, Evaluation : poly morbidités / placement / isolement négligence / Suivi post-hospitalisation*
- Quels sont les motifs pour lesquels vous acceptez de vous déplacer ?
- *Est-ce vous ou bien quelqu'un d'autre qui choisissez les motifs de visite à domicile ?*
- *Quels sont vos objectifs ? quel est votre degré de satisfaction ?*

Temporalité

- Avez-vous un créneau dédié aux visites à domicile ? si oui quels sont -ils ?
- Combien de temps en moyenne dure une visite à domicile depuis l'arrivée sur le lieu de la visite à la fin de la visite ?
- Combien de temps dure une consultation au cabinet ?
- Combien de visites à domicile faites-vous par semaine en moyenne ?
- Existe-t-il une différence de fréquence en fonction des saisons ?

Dès lors que vous arrivez chez votre patient ...

Relation médecin-patient

- Quelles sont vos liens avec votre patientèle en visite à domicile ?
- Y-a-t-il un lien particulier ? une relation médecin patient particulière ?
- Y-a-t-il une différence de lien en fonction du motif de visite à domicile ?
- Pensez-vous mieux connaître le mode de vie des patients vus en visite à domicile ? et leur entourage ?
- Depuis combien de temps suivez-vous ces patients ?
- Comment pourriez-vous décrire vos liens en fonction des motifs ? urgence / suivi / soins palliatifs

Secret médical

- Le secret médical et la confidentialité des informations en visite à domicile : que pouvez-vous me dire à ce sujet ?
- Qu'en est-il du secret médical à domicile ? et concernant le dossier médical ?

Ressenti

- Comment vous sentez vous au domicile des patients de façon générale ?
- Comment les patients vous accueillent-ils ? *Comment réagissez-vous lorsque votre patient vous offre quelque chose ?*
- Quelle est votre attitude chez les patients en visite à domicile ? Change-t-elle en fonction des motifs ?
- Aimez-vous les visites à domicile ? Comment pouvez-vous qualifier le fait de faire des visites à domicile ?
- Est-ce que le fait d'effectuer les visites à domicile vous détend ? Trouvez-vous cela fatigant ?
- Pensez-vous que les visites à domicile vous dévalorisent ?
- Trouvez-vous que la visite à domicile est justement rémunérée ?

Anamnèse

- Comment se passe en pratique les anamnèses en visite à domicile ? Quelles sont les spécificités de l'interrogatoire lors des visites à domicile ?
- Y-a-t-il d'autres personnes qui participent ? Quelles sont les éléments qui vous aident ? et quelles sont celles qui parasitent votre interrogatoire ?
- Quelles sont les avantages et les inconvénients des interrogatoires à domicile ?
- Quel temps de parole ?

Examen clinique

- Comment procédez-vous en général pour examiner votre patient à domicile ?
- Vous êtes-vous déjà senti gênés ? en quoi ?
- Pourriez-vous me dire si vous vous sentez limités lors de votre examen clinique ? en quoi ?
- Trouvez-vous votre matériel adapté ? Quels paramètres vous manquent-ils pendant un suivi à domicile ?
- Quel temps d'examen ?

- Comment procédez-vous pour effectuer des gestes à domicile ? comment vous sentez-vous lorsque vous effectuez des gestes à domicile ? pansements / ponction / prise de sang / injection

Environnement

- Dans l'environnement de votre patient : qu'est-ce qui est un frein à votre exercice ? qu'est-ce qui vous aide au contraire ? Silence, éclairage, espace, animaux, entourage etc ...
- En quoi ça peut être une aide d'être au domicile des patients ?

Dossier médical

- Pouvez-vous me parler du dossier médical en visite à domicile ?
- Avez-vous un dossier médical pour les patients que vous voyez en visite à domicile ?
- Comparativement au dossier médical au cabinet, quelles sont les différences par rapport à celui tenu en visite à domicile ?
- Que pensez-vous du dossier médical informatisé ? et des tablettes ?

Evolution

- Comment pourriez-vous améliorer les actes de visite à domicile ?
- Comment pensez-vous que l'on peut améliorer les visites à domicile ?
- Pensez-vous qu'une information du public peut être un moyen efficace ?
- Comment pensez-vous que la visite à domicile va évoluer ?

8.2 TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES INTERVIEWES

Médecins	Âge (années)	Sexe	Type de cabinet	Milieu
M1	45	Homme	groupe	semi rural
M2	62	Homme	groupe	urbain

M3	50	Homme	maison médicale	semi rural
M4	40	Femme	groupe	semi rural
M5	30	Femme	groupe	semi rural
M6	65	Homme	seul	rural
M7	37	Femme	groupe	semi rural
M8	38	Femme	groupe	urbain
M9	44	Homme	maison médicale	urbain
M10	60	Homme	groupe	semi rural
M11	65	Homme	seul	rural
M12	55	Femme	groupe	urbain
M13	57	Homme	groupe	urbain

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Bien que la visite à domicile soit un acte important en médecine générale, son nombre a nettement diminué via plusieurs réformes dont l'AcBUS de 2002. Or, le maintien à domicile des personnes âgées est un enjeu en santé publique. L'objectif de cette étude était d'analyser les apports et les contraintes dans la prise en soins des patients en visite à domicile à travers l'expérience vécue de médecins généralistes.

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Hérault, le Gard, les Pyrénées Orientales et l'Aude. Treize entretiens ont été retranscrits. Il s'agissait d'une analyse en verbatim par thème puis à l'aide de catégories conceptualisantes.

Les résultats mettent en évidence des différences d'opinions très importantes en fonction des médecins avec des contradictions entre les générations. Le domicile permet de construire un lien plus fort avec une relation médecin-patient de qualité pour des personnes âgées, polypathologiques ou dépendantes. La visibilité sur l'environnement peut apporter des informations supplémentaires sur le mode de vie, l'observance médicamenteuse, l'autonomie réelle. Des contraintes organisationnelles sont mises en évidence avec la gestion d'un temps de trajet et de coordination entre les différents intervenants. L'aspect chronophage de l'acte est au premier plan ce qui rend la visite peu rentable. Le dossier médical est perçu comme un inconvénient majeur. L'informatisation apparaît comme nécessaire sans qu'il y ait de solution pratique mais on voit émerger la crainte d'une déshumanisation et de compromission du secret médical.

Nous sommes dans une phase de transition sociétale qui n'épargne pas la pratique de la médecine générale. Les réseaux de coordination et l'informatisation vont changer la pratique de la médecine générale à domicile sans compter les réformes en santé publique.

Mots clés : Visite à domicile (House calls), exercice libéral, examen clinique (Physical examination), matériel des visites à domicile (Diagnostic equipment), médecine générale (General practice), soins à domicile (home care service), zone d'exercice professionnelle (Professional practice location), relation médecin-patient (Physician-Patient relations)