

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2012

N°049

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de Médecine Générale

Par

**Élodie GAUTIER**

Née le 04/06/1982 à Châteaubriant

---

Présentée et soutenue publiquement le 10 mai 2012

---

**La visite à domicile en médecine générale :  
opinions de six médecins généralistes de la région nantaise  
par la méthode du focus group.**

Président du Jury:	Monsieur le Professeur Gilles BERRUT
Directeur de thèse:	Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO
Membres du Jury:	Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE
	Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON
	Monsieur le Docteur DRÉNO

# Table des matières

1. INTRODUCTION .....	4
2. LA VISITE À DOMICILE EN FRANCE .....	5
2.1. Définitions.....	5
2.2. Histoire de la visite à domicile .....	5
2.3. L'exception franco belge.....	6
2.4. Une spécificité de l'activité du médecin généraliste .....	6
2.5. Évolution du nombre de visites à domicile.....	7
2.6. Population vue à domicile .....	7
2.7. Motifs des demandes de visites à domicile.....	8
2.8. Pris en charge financière de la visite à domicile.....	8
2.9. Principaux critères justifiant une visite à domicile.....	9
2.9.1. Critères cliniques .....	9
2.9.2. Critères médico-administratifs.....	9
2.9.3. Critères sociaux et environnementaux .....	9
3. MÉTHODE.....	10
3.1. La méthode du focus group.....	10
3.1.1. Définition du focus group.....	10
3.1.2. Historique du focus group .....	10
3.1.3. Les caractéristiques du focus group .....	10
3.1.4. Déroulement d'un focus group .....	10
3.1.5. Choix de la méthode du focus group.....	11
3.2. Organisation de notre focus group.....	11
3.2.1. Recrutement des médecins participants.....	11
3.2.2. Élaboration du guide d'entretien (annexe 2) .....	11
3.2.3. Déroulement pratique de notre focus group.....	12
4. RÉSULTATS ET ANALYSE .....	13
4.1. Description du groupe .....	13
4.1.1. Le nombre de participants .....	13
4.1.2. Caractéristiques des médecins participants.....	13

4.2.	Le Verbatim (annexe 3).....	13
4.3.	Analyse de contenu.....	14
4.3.1.	Principes généraux de l'analyse .....	14
4.3.2.	Évolution des demandes de visites à domicile.....	14
4.3.3.	La qualité de la prise en charge médicale en visite.....	18
4.3.4.	Éléments repérables en visite pouvant aider à la prise en charge globale du patient.....	21
4.3.5.	La relation médecin-patient en visite à domicile .....	23
4.3.6.	Place de la visite à domicile dans l'activité du médecin généraliste.....	25
4.3.7.	L'avenir de la visite à domicile.....	27
5.	DISCUSSION.....	30
5.1.	Sur la méthode.....	30
5.1.1.	Les limites du focus group .....	30
5.1.2.	Biais liés au recrutement des participants .....	30
5.1.3.	Biais liés aux interventions de l'animateur .....	30
5.2.	Sur les résultats.....	31
5.2.1.	Des résultats attendus.....	31
5.2.2.	Aspects discordants avec les travaux effectués sur le même sujet .....	31
5.2.3.	Nouveaux aspects évoqués sur la visite à domicile .....	33
6.	CONCLUSION .....	35
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	36
8.	ANNEXES.....	38
8.1.	Annexe 1 : Accord de bon usage des soins du 2 octobre 2002 .....	38
8.2.	Annexe 2 : Guide d'entretien du focus group .....	44
8.3.	Annexe 3 : Verbatim du focus group du 24/11/11 sur l'opinion de 6 médecins généralistes de la région nantaise sur la visite à domicile. ....	46

# 1. INTRODUCTION

La visite à domicile est un acte quasi spécifique de l'activité de la médecine générale. Depuis une vingtaine d'année le nombre de visites effectuées n'a cessé de diminuer. Cette baisse est liée à une volonté de réduction des coûts médicaux de la part de la Sécurité Sociale, mais également à un changement du rythme de travail des praticiens favorisant la consultation au cabinet, dans un souci d'efficacité et de rentabilité. Le vieillissement de la population entraîne des besoins nouveaux de soins à domicile.

Compte tenu de la pénurie actuelle de médecins généralistes dans de nombreuses régions et des plannings de consultations surchargés, on peut s'interroger sur la place de la visite à domicile dans l'activité des médecins généralistes. On peut se poser la question de l'intérêt d'effectuer des visites à domicile sans moyen technique à une époque où la médecine se spécifie à l'extrême dans de grands hôpitaux universitaires.

Il nous a semblé intéressant d'effectuer une étude d'opinion sur ce sujet. Notre objectif était de recueillir le jugement de médecins généralistes sur cet acte courant de leur activité. Nous voulions mettre en évidence les éléments médicaux et humains spécifiques à la visite à domicile. Pour ce faire, nous avons organisé un focus group de six médecins généralistes de la région nantaise.

## 2. LA VISITE À DOMICILE EN FRANCE

### 2.1. Définitions

Le Petit Larousse 2009(1)

- **Visite** : 3. Dans certaines professions (médicales, paramédicales, sociales), action de se rendre auprès du patient, du client.
- **Consultation** : 2.b. Examen d'un malade par un médecin dans un cabinet médical.

Le nouveau Petit Robert de la langue française 2010(2)

- **Visite** : 3. Pour un médecin, le fait de se rendre auprès d'un malade.
- **Consultation** : 4. Examen d'un malade par un médecin dans son cabinet ; informations et conseils donnés par un médecin, en général lors d'un examen.

Il est intéressant de se référer aux définitions du dictionnaire pour point de départ de cette réflexion. Il est flagrant à la lecture de ces quatre énoncés qu'il existe une différence majeure entre visite et consultation. La visite est définie comme le seul acte pour le médecin de se déplacer au domicile du patient. Il n'apparaît aucun élément d'examen ou d'entretien avec le malade. De l'autre côté la consultation paraît beaucoup plus scientifique et encadrée. La définition est précise et décrit les différents éléments qui en font sa consistance (examen du malade, informations, conseils). On s'aperçoit que le terme de visite est flou, et qu'il ne définit pas l'entièreté de ce qui se passe lorsqu'un médecin visite un patient pour l'examiner, l'informer, suivre son traitement et si possible le soigner. Si l'on se réfère à la définition juridique et celle du Code de la Sécurité Sociale(3), visites et consultations sont toutes deux mises sur le même plan et sont constituées des mêmes éléments fondamentaux. Est-ce aussi simple ? La visite à domicile peut-elle être définie comme une simple consultation à domicile ? Existe-t-il une différence qualitative entre la consultation au cabinet et la visite à domicile ? N'y a-t-il pas autre chose qui se joue dans la relation médecin-patient lorsque celui se rend dans l'espace privé du malade ?

### 2.2. Histoire de la visite à domicile

Depuis le début de l'histoire de la médecine, les praticiens se sont déplacés au chevet de leurs malades. On peut retrouver ces traces historiques dans de nombreux documents, y compris dans le serment d'Hippocrate « Admis à l'intérieur des maisons (...) ». L'image du médecin se rendant dans des logements insalubres du Moyen-Âge pour soigner les

pauvres pestiférés a contribué pour beaucoup à la légende du sacerdoce du métier de médecin, suscitant les égards compatissants de leurs contemporains. Les « trente glorieuses » voient l'augmentation de la consommation médicale. Cet essor est dû à l'amélioration des connaissances médicales et surtout à la création de la Sécurité Sociale, rendant les soins accessibles à tous(4). Le choc pétrolier de 1973 a mis un coup de frein brutal à cet élan. Les politiques de maîtrise des coûts de santé sont entrées en jeu jusqu'à nos jours. La médecine est devenue au fil des siècles une science, dont l'exercice le plus noble se pratique à l'hôpital, autour de grands professeurs savants. Le médecin en ville se trouve donc tiraillé entre cet idéal de médecine scientifique institutionnelle avec son cadre bien défini et la réalité d'un patient et de son domicile, où les conditions ne sont pas optimales.

### **2.3. L'exception franco belge**

La France et la Belgique sont les championnes du nombre de visites à domicile effectuées dans le monde occidental. Cette différence est généralement expliquée par leurs systèmes de santé proches, permettant l'avance des soins pour les patients lourdement malades, de meilleurs remboursements et un paiement à l'acte pour les praticiens. En 2001, le taux de visite français était de 23,5 %, contre 9 % en Allemagne et 11% en Italie(5). Il existe également un attachement culturel fort à cette pratique. Des différences notables de consommation sont à noter entre les différents territoires français. La région Nord présente le niveau de visite le plus élevé avec 33% en 2001, et la région Rhône Alpes le plus bas avec 14 % (5). L'éducation des patients et les pratiques des médecins sont donc essentielles dans ces variations. Il n'y a pas de raison pour que les populations du Nord nécessitent plus de visites que celles du Sud de la France. Les habitudes des médecins et des patients sont donc un critère fondamental de la perception de la place de la visite à domicile dans l'activité du médecin généraliste.

### **2.4. Une spécificité de l'activité du médecin généraliste**

La visite à domicile est un acte spécifique et quasi-exclusif de la médecine générale. Quelques spécialistes, pédiatres et cardiologues, en effectuent aussi, mais vraiment très peu et de moins en moins. Cet acte entre donc dans l'unique champ de la médecine générale. Cette spécificité de notre spécialité lui confère donc un statut particulier. Connaître le domicile de ses patients est un avantage pour le médecin généraliste. Il possède des ressources supplémentaires par rapport à ses confrères spécialistes, pour mieux prendre en charge le patient dans sa globalité(6). Prendre en compte l'environnement du patient est essentiel dans toutes les démarches de maintien à domicile. Une simple visite à domicile peut apporter beaucoup plus d'informations qu'une consultation au cabinet(7). L'évaluation de l'autonomie réelle est plus facile à appréhender en visite. De plus, en cas d'urgence médicale, le médecin généraliste est souvent le premiers recours. Il est celui qu'on appelle quand ça ne va pas. Malgré le

déploiement du SAMU, le temps d'arrivée sur place du médecin est souvent plus rapide que celui du 15. Les patients ont également une plus grande confiance dans leur médecin de famille. Pour les patients, savoir que leur médecin peut venir les examiner à domicile s'ils ne sont pas capables de se déplacer est très apprécié et indispensable à l'instauration d'une bonne relation.

## **2.5. Évolution du nombre de visites à domicile**

Depuis 20 ans la part de la visite à domicile dans l'activité du médecin généraliste n'a cessé de diminuer. Cette diminution s'explique par les volontés politiques de réduire les dépenses de santé, mais également et surtout par l'organisation du travail des médecins généralistes. La diminution du nombre de médecins sur le territoire a amené ceux-ci à optimiser leur temps de travail en favorisant les consultations au cabinet. Ils ont donc cherché à réduire le nombre de visites effectuées. En effet ces dernières sont plus chronophages. Le temps moyen d'une visite a été estimé à 41 minutes, en comprenant le trajet, la visite et le report de la consultation dans le dossier. En comparaison, le temps moyen d'une consultation au cabinet a été estimé à 18 minutes. Le manque de rémunération de la visite explique également la volonté d'en diminuer le nombre. Selon les chiffres de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (C.N.A.M.), on note une baisse progressive de la part des visites à domicile de 12 % de 1980 à 1997(8). En 2003, les visites représentaient 16,8 % de l'activité d'un médecin généraliste français(5).

## **2.6. Population vue à domicile**

La majorité des personnes vues à domicile sont des personnes âgées vivant dans leur habitation ou en institution. Cette population âgée a de réelles difficultés à se déplacer, qui justifient le déplacement du médecin. Le développement de l'hospitalisation à domicile accroît également les besoins de visites à domicile. Les politiques de maintien à domicile des personnes âgées pour des raisons sociales et surtout économiques nécessitent le passage à domicile du médecin. Le vieillissement de la population explique la nécessité des visites à domicile. Dans des cas exceptionnels, les adultes en bonne santé peuvent également avoir besoin d'être examinés à domicile. Ces situations sont fixées par l'Accord de Bon usage des Soins (AcBUS) signé en 2002, par exemple en cas de pathologie rendant leur déplacement compliqué (problème rhumatologique douloureux par exemple). En dehors de ces conditions précises, le médecin peut décider de pratiquer un dépassement d'honoraire, ou de ne pas faire rembourser la part du déplacement pour les visites qui ne sont pas justifiées. Les enfants ne sont quasiment plus vus à domicile actuellement (9).

## **2.7. Motifs des demandes de visites à domicile**

Le premier motif de demande de visite à domicile est le renouvellement de traitement. Ce fait s'explique par l'âge de la population concernée par cette pratique. Une étude sur les motifs d'appel des patients de plus de 70 ans pour visite à domicile a été réalisée en 2001 par des médecins généralistes du Val-de-Marne(10). Ils ont récupérés les données par un questionnaire envoyé à différents médecins généralistes de leur département et ont classé les demandes de visite selon une classification précise. Les résultats ont montré, dans l'ordre décroissant des motifs de demandes de visite à domicile : le renouvellement de traitement, les douleurs des membres, les pathologies respiratoire, les pathologies digestives et urinaires. Ces motifs ont été également été retrouvés lors d'un travail de thèse sur le sujet spécifique des motifs de visites à domicile (11), dans un ordre quasi-similaire. La visite à domicile apparaît donc comme un acte de suivi au long cours. Elle est rarement pratiquée dans un contexte d'urgence, contrairement à l'idée que l'on peut en avoir. Elle entre dans le domaine de la relation de confiance entre le médecin et le patient. Elle s'adresse à des patients suivis pour des pathologies lourdes nécessitant une prise en charge spécifique des maladies chroniques, où l'éducation thérapeutique est indispensable à une bonne adhésion du patient à son traitement.

## **2.8. Pris en charge financière de la visite à domicile**

Depuis octobre 2002, suite à la signature, entre les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) devenues les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), de l'accord de bon usage des soins, le tarif de la visite à domicile a été augmenté (annexe 1). L'objectif était de réduire le nombre de visites effectuées et de favoriser les consultations au cabinet. Le remboursement du déplacement est pris en charge par la Sécurité Sociale selon que le patient est, ou non, en difficulté ou en incapacité de se déplacer. Cet accord a été accompagné d'une campagne d'information du grand public afin d'informer et de faire changer les habitudes. Cette réforme était nécessaire en raison d'un grand nombre de visites à domicile dites « de confort » ou pour « convenance personnelle ». Elle a fixé des critères médicaux de dépendance en dehors desquels le médecin est en droit de facturer une majoration de déplacement. Une thèse a été réalisée en 2006 pour connaître l'impact de cette réforme sur l'activité de médecins généralistes du Rhône, 3 ans après sa mise en place(12). Il en était ressorti que l'accord avait montré son efficacité sur la diminution du nombre de visites, mais les médecins lui reprochaient de reposer plus sur la répression que sur l'éducation des patients.

## **2.9. Principaux critères justifiant une visite à domicile**

La liste des principaux critères qui justifient une visite à domicile sont rappelés dans un mémo mis en ligne sur le site de l'Assurance Maladie(13).

### **2.9.1. Critères cliniques**

Incapacité concernant la locomotion : par atteinte ostéo-articulaire ou neurologique, en raison d'une affection cardio-vasculaire ou respiratoire chronique grave, en cas de soins palliatifs ou d'état grabataire

- Période post opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement
- Dépendance psychique avec incapacité de communication
- Démences ou état sénile

### **2.9.2. Critères médico-administratifs**

- Exonération du ticket modérateur pour les Affections de Longue Durée (ALD) suivantes : Accident Vasculaire Cérébral (AVC) invalidant, forme grave d'une affection neuro-musculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques
- Être bénéficiaire de l'allocation tierce personne ou titulaire de l'allocation personnalisée d'autonomie
- Hospitalisation à domicile

### **2.9.3. Critères sociaux et environnementaux**

- Âge des patients de plus de 80 ans
- Composition de la famille, si elle influe sur la capacité à se déplacer au cabinet
- Problèmes dans les zones géographiques d'accès aux soins difficiles

## **3. MÉTHODE**

### **3.1. La méthode du focus group**

#### **3.1.1. Définition du focus group**

Le focus group est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il est aussi appelé entretien collectif. C'est une méthode d'analyse qualitative, par opposition aux enquêtes qualitatives. L'entretien collectif permet d'accéder au sens commun, aux modèles culturels et aux normes, de saisir les prises de position en interaction les unes avec les autres et non de manière isolée. Il permet à la fois l'analyse des significations partagées et du désaccord. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements(14).

#### **3.1.2. Historique du focus group**

Le focus group est né aux États-Unis. Il est issu d'une technique de marketing de l'après-guerre qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et d'en tirer des améliorations du produit pour plus le vendre. Il s'inspire des techniques de dynamique de groupe. Cette démarche commerciale a été récupérée par la recherche universitaire dans les années 1980 dans des domaines divers(15).

#### **3.1.3. Les caractéristiques du focus group**

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socio-culturels, normes du groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « comment ? » et les « pourquoi ? ». Elle n'écarte pas les illettrés. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels.

#### **3.1.4. Déroulement d'un focus group**

Les participants, au nombre de 5 à 10 en général, sont recrutés en fonction du thème abordé, afin qu'ils puissent tous avoir un point de vue sur le sujet. Ils sont volontaires. Leur sélection vise à panacher les opinions afin de faire émerger tous les points de vue sur

le sujet. Il ne s'agit pas ici d'être représentatif de la population source. Dès le début, l'animateur demande l'accord des participants pour l'enregistrement et la retranscription de tout ce qui sera dit pour l'analyse ultérieure. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire. L'animateur pose les questions, chaque participant répond à son tour, puis à la fin de la question, l'animateur demande si un participant veut ajouter un élément. L'animateur a un rôle essentiel, puisque durant la discussion, il demande de préciser, de revenir sur les réponses données par le groupe. C'est lui qui donne la parole et tempère le groupe. La discussion est enregistrée en totalité, éventuellement également par vidéo. Le chercheur est observateur de l'entretien, il note les éléments non identifiables lors de l'enregistrement.

### **3.1.5. Choix de la méthode du focus group**

Au terme de la recherche bibliographique, nous avons trouvé de nombreux articles et études s'intéressant aux motifs des demandes de visites à domicile, très peu se sont penchées sur le contenu de la visite à domicile. Celles qui l'ont fait ont utilisé à chaque fois la méthode du questionnaire, influençant donc forcément les réponses. L'objectif du focus group était de faire ressortir les réponses spontanées des médecins sur l'intérêt que la visite à domicile présente dans leur activité quotidienne. On s'attendait à ce que les réponses soient comparables, mais on pouvait également penser que cette méthode ferait ressortir de nouveaux éléments.

## **3.2. Organisation de notre focus group**

### **3.2.1. Recrutement des médecins participants**

Afin de répondre à l'hypothèse posée, les participants devaient tous être médecins généralistes, effectuant ou non des visites à domicile. Pour des raisons pratiques, les médecins contactés étaient tous des maîtres de stage accueillant un interne en stage praticien ou un interne en stage SASPAS. La liste de leurs coordonnées téléphoniques et internet était communiquée par le département de médecine générale de Nantes sur son site internet. Ils ont été contactés par téléphone, un message a été laissé à leur secrétaire pour leur proposer de participer à un focus group sur le thème de la visite à domicile. Une explication sur ce qu'est un focus group était donnée, avec les modalités pratiques de l'entretien, c'est-à-dire le lieu, la date, l'heure et la durée. Un courriel était conjointement envoyé, afin de répéter ces éléments.

### **3.2.2. Élaboration du guide d'entretien (annexe 2)**

L'élaboration du guide d'entretien était une étape préparatoire essentielle. Il ne devait pas être conçu comme une version orale d'un questionnaire. Il s'est appuyé sur les

recherches bibliographiques portant sur le thème abordé et sur la méthode utilisée. Le guide d'entretien a servi de fil conducteur à l'animateur et à l'observateur. Il avait pour fonction de recentrer de temps à autres les propos sur le thème de recherche. Il a exigé de définir au préalable le fil directeur que l'on voulait donner à la discussion et d'en prévoir les ressorts et les étapes.

### **3.2.3. Déroulement pratique de notre focus group**

Les six médecins participants ont été recontactés par mail une semaine avant, puis deux jours avant la date de l'entretien afin de confirmer leur présence et leur rappeler le lieu et l'heure.

Le focus group a eu lieu dans une salle calme de la faculté de médecine de Nantes le jeudi 24 novembre 2011 de 14h30 à 15h45. Une collation a été servie à la fin de la séance.

Un questionnaire succinct a été complété par chaque médecin au début, afin de les connaître (âge, sexe, année d'installation, mode d'exercice, nombre moyen de visites par semaine, zone d'activité). Une explication sur le déroulement et le but du focus group a été donnée au début par l'animateur avec l'aide d'un document PowerPoint et d'un vidéoprojecteur. Les questions posées par l'animateur étaient projetées lorsqu'il les énonçait, afin d'en faciliter la compréhension.

L'animation du focus group a été confiée au Dr Patrick Dréno, médecin généraliste et maître de stage au département de médecine générale de la faculté de Nantes. J'étais observateur, en tant que chercheur.

## **4. RÉSULTATS ET ANALYSE**

### **4.1. Description du groupe**

#### **4.1.1. Le nombre de participants**

Six médecins ont participé au focus group. Cent soixante-deux médecins généralistes ont été contactés pour participer au focus group. Six médecins ont répondu qu'ils viendraient. Trois médecins ont répondu qu'ils viendraient peut-être, puis se sont désistés. Vingt-sept médecins ont répondu qu'ils ne pourraient pas participer, sans préciser la raison.

#### **4.1.2. Caractéristiques des médecins participants**

Deux étaient des femmes, et quatre étaient des hommes.

La moyenne d'âge dans le groupe était de 53,2 ans, avec des extrêmes à 46 et 60 ans.

La moyenne d'années d'installation était de 24 ans, avec des extrêmes à 16 et 33 ans.

Tous les participants exerçaient en cabinet de groupe.

Le nombre moyen de visites effectuées par chaque médecin était de 8,6 visites par semaine, avec des extrêmes à 13,5 et 3,5 visites par semaine.

Trois médecins exerçaient en milieu urbain, deux en milieu rural et un en milieu semi rural.

### **4.2. Le Verbatim (annexe 3)**

L'entretien en lui-même, en ne prenant pas en compte les explications données au début sur le déroulement de la séance, a duré 1h18mn18s. Il a été enregistré sur support numérique en format MP3.

Il a ensuite fallu retranscrire mot à mot (Verbatim) les échanges verbaux et les aspects non verbaux observés lors du focus group. Cette étape a été décisive et a du être minutieuse afin de permettre une concordance parfaite entre ce qui a été dit et ce qui a été analysé. Il s'agissait d'un travail long et fastidieux qui a nécessité de nombreuses écoutes. Il nous a fallu environ 12h30 pour retranscrire tout le contenu.

Afin de respecter l'anonymat des participants nous les avons identifiés par des lettres.

Pour ce travail nous avons utilisé les conventions suivantes(15) :

= est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et que le premier lui laisse la place.

[ est utilisé pour montrer que deux personnes parlent en même temps.

(.) indique une pause courte.

... signale une omission ou quelque chose d'in audible.

{ } est utilisé pour toutes formes de précisions relatives au ton ou à des gestes.

On souligne les mots pour marquer une insistance et on met en majuscules les moments où les voix se font particulièrement fortes.

## **4.3. Analyse de contenu**

### **4.3.1. Principes généraux de l'analyse**

L'analyse doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes. L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Le principe de base consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (le Verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces Verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée ou du sous- thème qui peut les résumer. Cette phase de codage est réalisée sous forme de tableaux. Elle permet d'éliminer les hors sujets, et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui est associé(16). Il faut porter attention aux ambivalences et aux contradictions, qui n'apparaissent pas obligatoirement dans les prises de parole. Le codage qualitatif consiste à repérer, en s'efforçant de les catégoriser, à la fois la diversité et les éléments communs des idées, des significations et des valeurs évoquées dans le corpus. Cette analyse peut être assistée par ordinateur grâce à des logiciels spécialisés de statistiques textuelles (« the ethnographe, NUD\*IST »).

### **4.3.2. Évolution des demandes de visites à domicile**

#### **4.3.2.1. La diminution nette du nombre de visites à domicile**

Les 6 médecins du focus group ont noté une diminution nette et considérable du nombre de visites à domicile depuis leur installation. Cette activité représente une part minime de leur activité professionnelle en termes de temps et de chiffre d'affaire.

**Docteur B :** *« depuis l'installation, effectivement le nombre de visites a considérablement diminué »*

**Docteur C :** *« L'évolution a été vers une réduction considérable de visites en secteur rural »*

**Docteur B :** *« ça c'est vraiment nettement moins que cela n'a été sur une totalité d'actes je dirais peut-être cent trente actes semaine, donc ça fait un très petit pourcentage »*

#### **4.3.2.2. Évolution de la population vue à domicile**

Les patients actuellement vus à domicile par les médecins interrogés sont les résidents de maison de retraite, les personnes âgées à domicile ne pouvant se déplacer, et exceptionnellement les personnes valides qui ont une pathologie aiguë les empêchant de se déplacer. Quatre médecins ont donné l'exemple des enfants fébriles vus auparavant à domicile ou à la crèche, et ont évoqué un temps révolu. Les deux autres médecins sont allés dans le même sens en disant ne pas se déplacer pour un enfant fébrile.

**Docteur F :** *« pour des patients qui sont en EHPAD pour un certain nombre, ou des personnes âgées très âgées peu mobiles et avec un certain isolement social ou familial, qui ne leur permet pas de se déplacer »*

**Docteur C :** *« quelques cas rares de très forte fièvre de gastro-entérite ou effectivement de pathologie locomotrice avec des sciaticques sévères, où là je ne vais pas demander à la personne de se déplacer bien évidemment »*

**Docteur B :** *« il y a quelques années, je me souviens être allée parfois en visite en crèche pour voir un gamin qui avait une otite parce que les parents ça les arrangeait que ce soit comme ça plutôt que passer en consultation au cabinet le soir. Donc ça, c'est vraiment une époque révolue »*

**Docteur F :** *« il n'est pas question de voir à domicile un gamin qui a 39 »*

#### **4.3.2.3. Influence de l'Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS)**

Les opinions sur l'influence de l'Accord de Bon Usage des Soins passé en 2002 ont été différentes selon les médecins. Deux médecins se sont accordés à donner un rôle essentiel à l'AcBUS dans la diminution du nombre de visites, en arguant que cela a permis de justifier les refus de visites à domicile auprès de la population. Trois autres ont pensé qu'au contraire cela n'a eu aucun impact. Selon eux, la diminution du nombre de visites est liée à la diminution du nombre de médecins généralistes et à l'activité croissante. Le dernier médecin n'a pas donné son avis sur ce sujet.

**Docteur E :** *« il faut bien reconnaître que depuis cette nouvelle loi, on a réussi beaucoup plus à faire entendre justement cette diminution du nombre de visites en arguant que, en*

*essayant de se cacher un peu derrière cette pression pour nous même essayer d'en faire moins »*

**Docteur F** : *« je ne suis pas sûr que l'AcBUS ait changé, n'a fait que amplifier, je dirais, un phénomène qu'était enclenché depuis très longtemps »*

**Docteur B** : *« Je ne pense pas qu'il y ait un lien avec la modification du tarif. Je pense que c'est plus une volonté d'organisation du fait de l'activité croissante »*

#### **4.3.2.4. L'organisation du travail du médecin généraliste**

Tous les participants ont pointé le rôle essentiel des secrétaires qui filtrent les demandes de visites et incitent au maximum les patients à se rendre au cabinet selon les consignes du médecin. L'ouverture d'un plus grand nombre de créneaux de consultation au cabinet, une organisation pragmatique de la journée avec des horaires prédéfinis de visites et de consultations ont également permis une diminution du nombre de visites.

**Docteur A** : *« les visites sont gérées par la secrétaire qui a bien sûr comme consigne d'amener le plus possible de personnes en consultation de minorer au maximum les visites »*

**Docteur B** : *« c'est la secrétaire qui est briefée pour ça et pour faire venir le plus possible les gens au cabinet médical »*

**Docteur E** : *« je me suis installée depuis seize ans déjà, en arrivant avec des nouveaux médecins, le nombre de visites déjà s'est réduit parce que par principe on pensait déjà faire déplacer un maximum de gens »*

**Docteur F** : *« Je crois que une des meilleures solutions ça a été d'ouvrir le maximum de créneaux de consultations au cabinet »*

#### **4.3.2.5. Rôle du système de régulation des urgences et des gardes**

Le **Docteur C**, qui exerce en zone rurale, a fait le lien entre la diminution du nombre de visites et le système de garde de nuit, ainsi que la gestion des urgences faite à présent par le 15, qui revenaient auparavant aux médecins généralistes. Deux médecins, exerçant en centre ville, ont pointé le rôle de SOS médecins qui récupère certaines visites que les médecins généralistes ne font pas car ils les estiment non justifiées, ou qu'ils ne peuvent pas faire par manque de temps. Le travail de SOS a semblé peu apprécié car il dévalue le travail d'éducation fait auprès des patients afin de les faire venir au cabinet pour des motifs ne justifiant pas une visite.

**Docteur C :** *« la gestion du système d'urgences puisque nous étions tous des médecins pompiers, donc il n'y avait pas de SAMU, donc on était amené bien évidemment à assurer les urgences que nous ne faisons pratiquement plus »*

**Docteur D :** *« il y a toujours les patients, le coup classique, on va se débrouiller autrement il y a SOS médecins en ville qui fait des visites, qui ne sont pas justifiées, mais que le patient ressent comme justifiées par arrangement »*

**Docteur A :** *« je suis aussi dans une zone couverte par SOS médecins comme Docteur D, donc effectivement un certain nombre de mes visites du coup sont allées vers l'activité de SOS, parce que ma secrétaire était très stricte sur les conditions de visite »*

#### **4.3.2.6. La démographie médicale**

Deux médecins du groupe ont expliqué la diminution du nombre de visites à domicile effectuées par un argument pragmatique et mathématique qui est la diminution du nombre de médecins généralistes sur le territoire et l'augmentation de la population. Selon eux, pour des raisons d'efficacité, afin de voir plus de patients par jour, il a fallu réduire le nombre de visites qui étaient trop chronophages.

**Docteur B :** *« Je pense que c'est plus une volonté d'organisation du fait de l'activité croissante, la visite étant quand même assez chronophage, essayer de faire venir le plus possible les gens au domicile, au cabinet »*

**Docteur F :** *« D'une part par l'augmentation de la population et de la demande de soins »*

#### **4.3.2.7. L'importance de l'éducation des patients**

Deux médecins ont expliqué que cette diminution s'est faite grâce à l'éducation de la population, qui a été essentielle pour que les habitudes changent. Cette évolution s'est faite progressivement grâce à la participation de tous les acteurs du monde médical.

**Docteur C :** *« c'est une évolution qui nous a, qui ne c'est pas, qui ne c'est pas faite toute seule, sur laquelle on a été vraiment, on a essayé d'impliquer un petit peu la population, parce que changer des habitudes ce n'est pas facile »*

**Docteur C :** *« c'est une éducation de la population locale et tout le monde s'y est mis dans un même secteur ce qui a permis que les choses se passent très facilement »*

**Docteur D :** *« la population, il a fallu l'aider à s'habituer »*

### 4.3.3. La qualité de la prise en charge médicale en visite

#### 4.3.3.1. La qualité globale

L'ensemble des médecins du groupe s'est accordé à juger la qualité globale de la prise en charge médicale à domicile moins bonne qu'au cabinet, pour des raisons différentes.

**Docteur B** : « *je suis assez satisfaite qu'il y ait moins de visite justement à domicile, parce que je trouve que la qualité de l'acte médical pour moi est moins bonne* »

**Docteur C** : « *La prise en charge globale est quand même moins bonne de toute façon qu'au cabinet* »

**Docteur D** : « *la prise en charge pour moi est moins bonne* »

#### 4.3.3.2. La moindre qualité technique

Les médecins ont expliqué la différence de qualité entre le cabinet et le domicile par, en partie, des éléments techniques. Le défaut de lumière a été cité, ainsi que le manque d'hygiène. Certains médecins, pour ces raisons, refusent de pratiquer certains actes à domicile tels que les sutures ou l'examen gynécologique. La mauvaise installation auprès du patient et un matériel médical moins efficient ont été évoqués pour expliquer un examen médical de moindre qualité et précision, pouvant fausser le diagnostic fait à domicile.

**Docteur B** : « *Ça m'est arrivé par le passé, mais plus maintenant, de me déplacer des fois pour des sutures à domicile et c'est évident que les conditions d'hygiène et les conditions de travail sont quand même nettement moins satisfaisante que ce qu'on peut faire au cabinet médical* »

**Docteur E** : « *on se heurte au problème technique de l'examen, effectivement qu'on ne peut pas faire complètement parce que techniquement on n'a pas la bonne lumière, on n'est pas, on ne peut pas effectivement bien examiner la personne* »

**Docteur E** : « *je n'ai pas un matériel d'excellente qualité dans ma sacoche de visite, donc c'est vrai qu'un examen des oreilles à domicile, c'est un petit peu plus délicat et il sera de moins bonne qualité, donc le diagnostic sera différent* »

**Docteur F** : « *à domicile, il y a des gestes techniques que je me refuse désormais à faire, notamment l'examen gynéco, où c'est clair c'est fini, c'est « Vous venez au cabinet ou vous n'en n'aurez pas ! »*

#### **4.3.3.3. La difficile tenue du dossier**

Les médecins ont tous déploré une tenue de dossier moins bonne pour les patients vus à domicile. La plupart a essayé de pallier ce défaut en utilisant un dossier papier qui est emmené lors des visites ou qui est laissé au domicile du patient. Les praticiens ont avoué que ce moyen de substitution est moins satisfaisant que le dossier informatique, car les courriers et biologies récents peuvent y manquer. L'utilisation d'un ordinateur portable a semblé être pour certains, un moyen d'améliorer ce suivi, mais aucun participant n'en possédait. Pour les visites inopinées de patients vus habituellement au cabinet, 5 praticiens sur 6 ont rapporté remettre une note dans le dossier informatique afin de préserver une qualité de suivi opposable en cas de difficulté.

**Docteur F :** *« je n'ai pas d'ordinateur portable, mais pour les gens qui sont vus exclusivement à domicile, pour des gens très âgés, j'ai un dossier papier type ..., sans faire de pub, où j'ai tout dedans, les courriers, la biologie et une petite fiche, donc en principe tout mes passages sont notés avec ce que j'ai fait, quel était le motif et ce que j'ai fait »*

**Docteur A :** *« pour les gens que je suis à domicile systématiquement, des personnes âgées essentiellement, je laisse leur dossier à la maison et ce qui fait que j'écris. Quand même ce qui me manque parfois, c'est la dernière ordonnance. Parfois les pharmaciens gardent la dernière ordonnance »*

**Docteur E :** *« c'est nous qui sommes après dans la difficulté, donc c'est un peu pour préserver notre qualité après, je dirais même sans parler de l'acte lui-même, mais pour le suivi. Et c'est vrai qu'on perd déjà en qualité de suivi, alors je pense qu'en notant quelque chose on a, on compense un peu ce fait »*

#### **4.3.3.4. Le cas particulier des EHPAD**

Les médecins ont différencié dans leurs propos le cas des patients vus en EHPAD. Selon les EHPAD, ils ont noté une qualité de prise en charge différente. Dans celle où elle était mauvaise, ils ont déploré en premier lieu le manque de communication avec les infirmières de l'établissement. Ils ont évoqué également le manque d'aide des équipes pour examiner les patients grabataires dans leurs lits, et les logiciels de prescription des maisons de retraite qui leur compliquaient la vie. Dans les EPHAD, où le suivi leur paraissait satisfaisant, ils ont mis en avant l'échange indispensable avec l'équipe paramédicale, les dossiers bien tenus. Ces éléments ont été également retrouvés pour les patients seuls à domicile suivi par une équipe de maintien à domicile. Un médecin a dit fortement apprécier pouvoir communiquer via un cahier de liaison. Il a été intéressant de noter l'intérêt très fort de tous les médecins pour le travail en équipe et l'importance de la communication entre tous les acteurs agissant autour du patient dans son domicile. La prise en compte de tous ces éléments était fondamentale pour permettre une bonne prise en charge du patient à domicile, et semblait parfois faire défaut.

**Docteur C :** « *En milieu institutionnel, il y a déjà un dossier qui est là, un interlocuteur, une infirmière. On peut déjà avoir des éléments de relais sur les problématiques posées* »

**Docteur F :** « *c'est très variable d'un EHPAD à l'autre. Il y a des EHPAD qui fonctionnent très bien avec des bons dossiers, où on a quelque chose qui se rapproche de ce qu'on peut faire au cabinet et des EHPAD qui ne fonctionnent pas bien où il n'y a pas de dossier, ils sont mal tenus* »

**Docteur B :** « *je suis souvent confrontée, mais c'est peut être lié aux jours et au moment où je passe, à des difficultés de communication dans les maisons de retraite, parce que je trouve que l'aide des infirmières est quand même précieuse* »

**Docteur A :** « *ce que je préfère en visite, ce sont les personnes qui sont suivies par le maintien à domicile, parce que là on a un dossier dans lequel on communique avec les infirmières, les aides-soignantes, etc., même si elles sont absentes* »

#### **4.3.3.5. Le manque des aides matérielles du cabinet**

Trois médecins du groupe ont évoqué de manière très claire le fait d'être perturbés en visite car ils ne se trouvaient pas dans les conditions habituelles de leur cabinet. Cela pouvait modifier leur diagnostic et leur décision médicale. Se retrouver sans l'aide informatique du VIDAL, d'internet diminuerait la qualité du travail du médecin. Sortir du cabinet entraînerait une modification de leur manière de réfléchir. Nous avons noté dans le Verbatim l'importance des négations utilisées lorsqu'ils évoquaient les éléments manquants au domicile du patient, en opposition à ce qu'ils ont au cabinet. Il s'en est dégagé un sentiment de dépossession de la part du praticien lorsqu'il exerçait au domicile du patient.

**Docteur B :** « *je n'ai pas toutes les petites aides que j'ai au cabinet au niveau de l'ordinateur, que j'utilise régulièrement en consultation, qui sont des fois des pense-bêtes des choses comme ça. Je n'ai notamment pas d'accès au VIDAL informatique que j'utilise au cabinet ou à des banques de données médicamenteuses. Je n'ai pas ça à domicile* »

**Docteur C :** « *La prise en charge globale est quand même moins bonne de toute façon qu'au cabinet. On est dans notre structure, on a nos automatismes, on a nos habitudes, on a notre confort d'exercice qu'on a savamment organisé depuis des années, voire des décennies et donc on est quand même psychologiquement et professionnellement nettement plus à l'aise.* »

**Docteur E :** « *on est aussi un petit peu perturbé en visite, effectivement on perd nos automatismes, je pense, d'examen clinique et ce qui fait qu'on peut passer fortement, sincèrement je pense, peut-être à côté de choses ou à côté de recherche qu'on aurait faite si on avait été, je pense, au cabinet, où on a nos repères effectivement matériel, technique, informatique et de cette façon là on oublie je pense moins de chose* »

#### **4.3.4. Éléments repérables en visite pouvant aider à la prise en charge globale du patient**

##### **4.3.4.1. L'évaluation de l'environnement du patient**

Les médecins ont exprimé l'importance de l'évaluation de l'environnement du patient. A domicile ils peuvent apprécier le confort, l'accessibilité du domicile, éléments indispensables pour anticiper le maintien à domicile. L'hygiène, le rangement, le contenu du frigidaire sont également des indicateurs de l'état du patient. Ils découvrent aussi la présence d'animaux, la disposition des pièces, les facteurs de risque de chute. La prise en compte de tout cet environnement permet une optimisation de la prise en charge globale du patient en articulant les aides autour de lui.

**Docteur D :** *« c'est l'optimisation de la prise en charge de l'environnement du patient plutôt que du patient lui-même, qui va peut être permettre d'améliorer la santé, la qualité de vie du patient, toutes les aides »*

**Docteur F :** *« la qualité de la maison, son confort, son accessibilité, si c'est quelqu'un d'âgé et peu mobile, l'hygiène de la maison, les toilettes, la chambre »*

**Docteur A :** *« Est-ce que c'est un plain-pied ? Est-ce que c'est une maison à étage ? Est-ce qu'il y a des risques de chute, des tapis par terre, des petites marches là entre les pièces ? L'hygiène, effectivement, les toilettes, mais aussi la salle de bain. »*

**Docteur E :** *« j'ai découvert en allant chez elle, en fait que ses toilettes étaient dans le fond du jardin et que d'aucune façon elle n'espérait changer les choses »*

##### **4.3.4.2. L'appréciation de l'autonomie réelle**

L'ensemble des participants étaient d'accord pour dire que la visite à domicile était un outil parfait et précieux pour apprécier l'autonomie réelle des patients. Elle leur permettait de mettre au jour les discordances qui pouvaient exister entre le discours rassurant du patient sur ses capacités et la réalité de son domicile. De plus, constater l'état des choses au domicile du patient en sa présence a pu donner des arguments au médecin pour inciter le patient à accepter les aides à domicile.

**Docteur D :** *« il y a souvent une discordance entre le discours que nous tient le patient sur « Je me débrouille j'y arrive, ça va docteur. Je n'ai pas besoin d'aide ». Et quand vous faites le domicile, mais « On ne parle pas de la même personne là ». Donc effectivement là, on va d'autant plus insister sur la nécessité de l'aide »*

**Docteur B :** *« c'est convaincre les gens d'accepter un peu des aides. C'est peut être plus facile justement quand on les met face à leurs difficultés dans leur quotidien chez eux,*

pour qu'ils acceptent un peu qu'on mette en place quelque chose, notamment sur l'alimentation, sur l'hygiène »

#### **4.3.4.3. La vérification de l'observance médicamenteuse**

Chaque médecin a fait part d'une expérience personnelle où il a observé les problèmes d'inobservance et d'erreur dans les prises médicamenteuses, pouvant avoir des conséquences graves. A domicile, le médecin entre dans la réalité du patient, dans son quotidien, et ça peut parfois lui donner froid dans le dos.

**Docteur D :** *« pour la surveillance des traitements, souvent ce type de personnes a un semainier, on arrive le mardi, vous voyez que la moitié des médicaments du lundi, du dimanche, du samedi n'ont pas été pris, et puis ils vous disent «L'infirmière revient demain pour faire le semainier ». Ce qui veut dire que les traitements des jours précédents n'ont pas été pris. Ce genre d'information, on ne peut l'avoir qu'en visite »*

**Docteur F :** *« il y a aussi la gestion des stocks, les génériques qui ont changé d'une pharmacie à l'autre et on trouve des poches pleines de médicaments parce que la même molécule a changé, de pilule verte on est passé à gélule blanche »*

**Docteur B :** *« sur le risque aussi iatrogène c'est vraiment effectivement on a tous expérimenté, que des sacs plastiques avec trente-six boîtes et des anciennes boîtes qui sont gardées parce que ce médicament là et bien ça me faisait du bien alors je le prends quand même de temps en temps et il fait redondance avec un autre. C'est quand même, ça donne quelques petits frissons quand on voit ça »*

#### **4.3.4.4. La connaissance des aides humaines et matérielles**

En se déplaçant au domicile, les médecins ont déclaré pouvoir connaître les aides présentes. Elles pouvaient être matérielles (portage des repas, système d'alarme) ou humaines (aide-ménagère, infirmière). Ces aides ont pu également être non médicales mais très importantes en tant que personnes ressources éventuelles, comme la famille et le voisinage. A nouveau, avoir connaissance de ces aides a permis d'améliorer la prise en charge globale du patient, en les organisant autour d'un projet commun.

**Docteur C :** *« Est-ce qu'il y a quelqu'un qui est présent au moment de la visite ? Est-ce qu'on voit la personne seule ? »*

**Docteur F :** *« La maison est-elle isolée ? Est-elle ou pas isolée ? Si elle n'est pas isolée, est-ce que ce sont des résidences secondaires fermées les trois quart du temps ou au contraire des voisins très proches ? »*

**Docteur A :** *« L'environnement, le voisinage, donc les personnes ressources éventuelles, c'est très important »*

Des explications à certaines pathologies

Le **Docteur E** a eu une phrase qui résumait parfaitement la qualité des constatations faites à domicile : « *je pense que ça répond à des questions qu'on ne se pose pas, rien qu'en observant* ». L'observation de la vie quotidienne a pu apporter des éléments d'explications à des problèmes médicaux. Ces constatations n'ont été repérables qu'uniquement à domicile. Dans ce cas, la visite à domicile était un outil irremplaçable pour faire le diagnostic.

**Docteur D** : « *ça permet d'acter les difficultés qu'on peut avoir à rencontrer et en se disant « Ah bah tiens ce traitement là il n'était pas efficace ». Mais non il a été efficace, mais simplement il n'était pas pris* »

**Docteur E** : « *là ça a été bénéfique de la voir à domicile, cette personne qui était recueillie par son père 87 ans, elle en avait 60, elle était complètement démente et en fin de compte j'ai constaté énormément de chose en la voyant à domicile et là pour le coup la visite à domicile était plus bénéfique que la consultation, qui ne m'avait pas apporté grand-chose* »

#### **4.3.5. La relation médecin-patient en visite à domicile**

##### **4.3.5.1. Le changement d'attitude du patient**

Les médecins du groupe ont tous insisté sur le fait que lors de la visite à domicile le patient était chez lui, dans ses meubles, ses repères. Nous avons noté une redondance dans les propos des ces 3 termes, en insistant sur ces mots avec la voix. Le patient recevait le médecin, et de ce fait la relation était modifiée. Le patient prenait un peu plus de contrôle. Tous les participants ont été d'accord pour dire que les patients vus à domicile étaient plus détendus, qu'ils avaient moins d'appréhension.

**Docteur D** : « *Lorsqu'ils sont chez eux, ils sont plus dans leurs repères et il ya peut être une moindre appréhension de la visite du médecin* »

**Docteur F** : « *Quelque part il nous invite chez lui, il peut aussi nous passer à la porte si la relation se passe mal* »

**Docteur A** : « *On est chez lui, il n'est pas chez nous et ça change quand même beaucoup de chose ça. J'ai remarqué par exemple pour certains patients si je leur prends la pression artérielle à la maison, c'est toujours mieux qu'au cabinet* »

##### **4.3.5.2. Un colloque singulier exclusif**

La majorité (5 sur 6) des participants ont avoué partager une plus grande intimité dans la relation avec leurs patients vus à domicile. Ils ont expliqué ce fait par la proximité liée à la

connaissance de l'habitat, des habitudes de vie, des photos, chocolats, cafés partagés. Cette relation privilégiée permettait au patient de plus se confier, et au médecin d'obtenir des renseignements qu'il n'aurait pas eu au cabinet médical. Un médecin a évoqué le fait de regretter de moins bien connaître ses nouveaux patients, chez qui elle ne s'était jamais rendue. Un médecin a partagé son expérience, en expliquant qu'il réalisait plus de visites actuellement qu'auparavant, car il avait changé son organisation de travail. Il a évoqué son bonheur de refaire plus de visites, car il se retrouvait au cœur du métier dans une relation exclusive.

**Docteur E :** *« je pense un peu plus en confiance à son domicile, et puis c'est vrai que du coup on a plus de confiance, qu'on n'aurait pas eues sur certaines difficultés rencontrées. »*

**Docteur B :** *« à domicile il y a un degré d'intimité en plus par rapport au cabinet, on devient encore plus intime quelque part parce qu'on est vraiment dans les meubles. Il y a les photos qui sont là, il y a le petit chocolat qui nous est donné à Noël, éventuellement le café »*

**Docteur C :** *« dimension relationnelle vraiment privilégiée. On le retrouve, moi, je le retrouve maintenant, c'est un grand bonheur, ça me rappelle de très bons souvenirs de mes débuts de médecin, voilà. Et j'essaie de le cultiver parce que j'ai une organisation qui me permet de le faire maintenant. Mais j'en ressens que c'était devenu une certaine forme de carence dans mon métier de médecin de campagne, de ne plus pouvoir le faire, et j'en suis heureux maintenant »*

**Docteur F :** *« photos qui prouvent qu'on entre dans l'intimité des gens quand on va à domicile, où on nous montre les photos de la dernière fête de famille, du baptême, du mariage, du machin, du dernier petit-fils, voir arrière petit- fils. Ça montre, c'est des choses que les gens n'amènent pas au cabinet, et ça prouve quand même qu'on est intégré dans leur intimité »*

#### **4.3.5.3. Le changement d'attitude du médecin**

Certains médecins ont reconnu avoir une attitude différente au domicile du patient. Un d'entre eux s'est dit plus décontracté, moins pris par le temps. D'autres ont donné le sentiment d'être un peu perturbé par la dépossession des lieux, de ne plus être le maître de maison. D'autres ont évoqué la crainte d'être confronté en visite à une situation médicale compliquée, plus difficile à gérer qu'au cabinet. Ils ont confié pouvoir refuser une visite si le motif leur semblait douteux et possiblement dangereux. Nous avons noté un changement de position du médecin, qui se mettait plus à la hauteur du patient en partageant son habitat le temps d'une consultation.

**Docteur A :** « Je crois que je suis plus cool quand je suis chez les gens (...) J'ai l'impression de mieux maîtriser le temps quand je suis en visite par rapport à la consultation »

**Docteur C :** « qu'on est à la disposition et on a fait aussi l'effort de se déplacer, choses auxquelles les patients sont quand même sensibles »

**Docteur E :** « crainte de se trouver face à un problème qui va être très chronophage et très preneur de temps, et très quelques fois, difficile à résoudre parce que justement une difficulté médicale particulière »

#### **4.3.5.4. La perte des repères du cabinet**

Le déplacement de la consultation du cabinet au domicile particulier du patient entraînait un changement dans la relation. Ne plus se trouver dans les positions spatiales habituelles, c'est-à-dire de chaque côté du bureau, modifiait les rapports. Les médecins ont remarqué que cela amenait les patients à plus de confiance, et à rapprocher les liens humains. L'environnement était aussi différent, il n'y avait pas de salle d'attente, de secrétaire, de coups de téléphone inopinés. La relation était exclusive.

**Docteur D :** « *un patient qui va peut être se confier plus facilement, qu'il y aura moins l'écueil du bureau. Souvent en consult, il y a le patient, il y a le bureau, puis il y a le médecin. Souvent là on est au coin du salon, sur la table de la cuisine et ça peut peut-être amener une relation, des confidences autres qu'on n'aurait peut-être pas eues dans des circonstances différentes* »

**Docteur A :** « *on n'a pas la même routine, on a un rituel en général au cabinet et il est un peu différent, il est différent en visite à domicile. Même pour les renouvellements de traitement je trouve que c'est, oui, on adopte d'autres habitudes* »

**Docteur C :** « *c'est le lieu de vie de la personne, qui ne rentre pas dans un système normatif de la consultation, avec ses exigences, ses parasitages. On est vraiment dans un domaine où on est au cœur d'une relation exclusive* »

### **4.3.6. Place de la visite à domicile dans l'activité du médecin généraliste**

#### **4.3.6.1. Un outil indispensable au travail du médecin généraliste**

Tous les médecins du groupe ont jugé la visite indispensable à l'exercice de leur profession. Le mot indispensable a été répété de très nombreuses fois. Ils n'envisageaient pas leur métier sans cet acte. Selon leur organisation, elle occupait une place quotidienne ou non. Certains ont évoqué une part sociale de la visite, plus importante qu'en consultation au cabinet.

**Docteur B :** « *par rapport aux patients chez lesquels je vais, je la juge indispensable. Je l'ai dit, je ne vois pas comment ces patients là, ça pourrait être autrement pour eux qu'un médecin qui vienne à domicile ou en maison de retraite, ça me paraît tout à fait indispensable* »

**Docteur C :** « *Elle me paraît effectivement indispensable, il y a des patients qui ne peuvent pas être pris en charge autrement que par ce moyen là* »

**Docteur D :** « *elle me semble strictement indispensable, je ne vois pas comment je pourrais exercer mon activité avec certains de mes patients, si je n'avais pas la visite* »

#### **4.3.6.2. Un changement de rythme de travail apprécié**

Les médecins ont rapporté prendre un rythme de travail différent lors de leurs visites. C'était un espace temps bien séparé de celui du cabinet et des consultations qui s'enchaînaient. Un créneau horaire dans la journée ou la semaine était dédié à cette activité particulière. Les praticiens ont dit y trouver une bouffée d'oxygène, une pause dans leur activité débordante.

**Docteur E :** « *c'est une tranche horaire, donc les gens, c'est une tranche de deux heures à peu près, c'est pratiquement toujours la même depuis des années. Ce qui fait que les gens, les gens n'attendent pas, ils savent que c'est dans cette période là* »

**Docteur A :** « *d'adopter un autre rythme. En consultation, c'est vrai qu'il n'y a pas de temps mort entre deux consultations en général. On n'a à peine le temps d'oublier le patient précédent, on est déjà obligé de passer au suivant. En visite, on a ce déplacement entre deux domiciles qui permet de souffler, d'écouter la radio, de réfléchir.* »

**Docteur B :** « *j'apprécie aussi moi le côté petite bouffée d'oxygène avec cet espace-temps de déplacement qui permet de ne pas être dans l'enchaînement continu des consultations sans reprendre de souffle* »

#### **4.3.6.3. Une vision idéalisée de la visite**

Il a été noté lors de l'analyse l'importance des champs lexicaux positifs pour décrire la visite à domicile. Les participants ont tous utilisé des termes élogieux pour caractériser la visite. En particulier le verbe « apprécier » et l'adjectif « agréable » ont été répétés plusieurs fois. Cependant un médecin a tempéré ses propos en disant ne pas avoir toujours eu la même opinion. En effet à une époque où son activité était plus intense, il avait envisagé d'arrêter de faire des visites, car elles étaient trop chronophages et donc génératrices de stress.

**Docteur F :** « *J'y vois aussi un côté agréable, j'ai la chance de travailler dans une région qui est magnifique. Moi quand je prends ma voiture pour sillonner les petits chemins et les bois, je trouve ça plutôt sympa et détendant* »

**Docteur A :** « *En visite, on a ce déplacement entre deux domiciles qui permet de souffler, d'écouter la radio, de réfléchir. Enfin, c'est vraiment très agréable cette chose là. Et moi, je suis très heureux d'avoir ce créneau de visite(...) C'est vraiment, c'est une bouffée d'oxygène, ça détend le muscle cérébral. Même si à une époque, je disais « objectif zéro visite, je revends ma voiture ». Euh non, non.* »

**Docteur B :** « *c'est fort agréable en fait d'avoir cette petite détente là* »

#### **4.3.6.4. Une rémunération discutée**

Sur le sujet de la rémunération, les avis ont été partagés. La moitié des participants ont évoqué une rémunération insuffisante, cependant cela ne les démotivait pas à faire des visites. Un médecin a dit supporté avec difficulté le paiement à l'acte depuis son installation. Pour les deux autres la rémunération était suffisante, surtout car la part d'honoraire généré était anecdotique. Aucun praticien n'a dit faire de visites par souci de clientélisme.

**Docteur F :** « *Est-ce qu'elle est bien rémunérée ? Je considère que la société nous rémunère par rapport à ce qu'on lui apporte donc, c'est à nous de nous poser des questions si on pense qu'on n'est pas suffisamment rémunéré* »

**Docteur A :** « *Alors est-ce qu'elle est bien payée ? Non, elle n'est pas bien payée, mais ce n'est pas grave* »

**Docteur B :** « *Pour ce qui est de la rémunération de la visite, j'avoue que je ne me pose pas la question, elle fait partie de ma mission. Personnellement le paiement à l'acte, ça fait vingt-cinq ans que je suis installée, ça fait vingt-cinq ans que ça me pèse beaucoup* »

**Docteur D :** « *elle n'est pas assez rémunérée par rapport au déplacement... On sait très bien que ce n'est pas là-dessus qu'on va faire, ce n'est pas ça qui va être un obstacle à la visite de toute façon* »

#### **4.3.7. L'avenir de la visite à domicile**

##### **4.3.7.1. Évolution liée à l'augmentation du nombre de personnes âgées**

Deux médecins ont évoqué l'arrivée actuelle à un plateau du nombre de visites effectuées. Selon eux, ce nombre ne pourra dans l'avenir qu'augmenter en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées à domicile et du développement des structures de maintien à domicile. Tous les participants se sont entendus pour dire que la

visite était indispensable à la prise en charge de certains patients dépendants qui ne peuvent pas se rendre au cabinet. Elle ne pourra donc jamais disparaître. Les médecins n'ont pas envisagé de nouveaux moyens autres que la visite à domicile pour prendre en charge les patients non mobiles.

**Docteur F :** *« la visite a encore de l'avenir, surtout par la promotion du maintien à domicile, donc par définition des gens en moins bon état, et donc ces gens là auront toujours besoin des visites à domicile »*

**Docteur D :** *« qu'on a atteint un plateau de visites depuis quelques années. Si elle doit aller dans un sens d'évolution, ce sera peut être plutôt en augmentation dans la mesure où on va avoir une population âgée de plus en plus dépendante. Il y aura peut être plus de personnes, des structures à domicile, des maisons de retraite, ces personnes là, le déplacement, à moins qu'on ne crée des moyens, je ne vois pas trop comment on les verra en consultation »*

**Docteur E :** *« qu'on est effectivement arrivé à un plateau de diminution en dessous duquel on ne pourra pas descendre, parce qu'effectivement les gens en maison de retraite, à moins de les faire venir en car, je ne sais pas comment on va faire, sinon on va continuer à les voir en maison de retraite »*

#### **4.3.7.2. Inquiétude sur la pratique de certains médecins qui refusent de faire des visites**

Trois médecins ont fait part de leur crainte pour l'avenir de la visite à domicile à cause de l'attitude de certains praticiens qui refusaient d'effectuer des visites à domicile. Ils ont exprimé leur incompréhension à ce refus. Selon eux, la visite à domicile faisait partie de la mission du médecin généraliste. Un des trois a pensé que c'était le fait de la nouvelle génération de praticiens, contrairement aux deux autres qui n'ont pas fait de distinction d'âge. Nous avons repéré l'utilisation de champs lexicaux négatifs pour qualifier cette attitude, avec des répétitions des termes « choquant » et « incompréhensible ».

**Docteur D :** *« J'avoue qu'un médecin généraliste qui ne fait pas de visite, j'aimerais qu'il m'explique comment il envisage son activité de médecin généraliste, moi j'avoue que c'est quelque chose qui me sidère, que je n'arrive pas à comprendre »*

**Docteur F :** *« j'ai un jeune collègue qui s'est installé il y a quelques années pas très loin et qui refuse systématiquement toute visite. Je trouve ça quand même désolant (..)Je trouve ça choquant »*

#### **4.3.7.3. Avenir lié à celui du métier de médecin généraliste**

De façon générale, les médecins se sont montrés attachés à la visite et optimiste pour son avenir, qu'ils ont lié à celui de leur métier en globalité. En effet son caractère

indispensable lui conférait sa pérennité. De plus des arguments économiques justifiaient sa continuité car comme l'a dit le **Docteur E** : « *pour des raisons économiques, parce que ça coûte moins cher de faire déplacer un médecin, que de faire déplacer un patient* ». De plus, selon les termes du **Docteur C**, elle était « *la marque de la spécialité de la médecine générale. C'est peut être encore une de ses dernières spécificités* ».

**Docteur A** : « *la visite ne va pas disparaître. C'est quand, ça reste quand même une manière, on va dire, pragmatique de travailler, pour, dans certains cas. C'est finalement tout à fait adapté pour examiner les gens (...) il me semble tout à fait normal qu'on fasse des visites, ça me semblerait disproportionné de créer une organisation différente* »

**Docteur B** : « *«je ne vois pas pourquoi on se pose la question de l'avenir de la visite. Je crois, qu'il y a des contextes, où elle est indispensable, je ne vois pas comment on pourrait faire autrement* »

**Docteur F** : « *j'y suis attaché. Je pense que c'est un des aspects de notre exercice, et je pense que ça reste important* »

#### **4.3.7.4. Absence de lien avec la féminisation de la profession**

La question de l'influence de la féminisation sur l'avenir de la visite a été posée par l'animateur, car c'était un élément de notre guide d'entretien. Tous les médecins ont dit qu'ils ne voyaient aucun lien entre les deux. Il était important de noter que ce sujet n'est pas venu spontanément dans la discussion.

**Docteur A** : « *Non, je trouve que dans l'exercice, la femme est un homme comme les autres* »

**Docteur D** : « *je pense qu'elle travaille, homme ou femme, il n'y a pas de différence dans le travail, une fois qu'elle est installée* »

## **5. DISCUSSION**

### **5.1. Sur la méthode**

#### **5.1.1. Les limites du focus group**

Les limites du focus group ont été la conséquence des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il a pu y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles. Il a pu y avoir un meneur qui s'est détaché dans le groupe. L'entretien collectif a pu générer des effets d'entraînement (la dynamique du groupe va pousser certains à exprimer des points de vue qu'ils ne livreraient pas dans un contexte différent). Il a induit également des effets de censure et de conformité (certaines personnes vont taire en groupe ce qu'elles exprimeraient dans un entretien individuel, voire conforter un point de vue majoritaire dont ailleurs elles se distancieraient). Les données obtenues n'étaient pas généralisables à l'ensemble de la population concernée. Enfin, c'était une méthode complexe, nécessitant une mise en place importante et preneuse de temps.

#### **5.1.2. Biais liés au recrutement des participants**

Les médecins qui ont accepté de participer ont certainement été les plus motivés et les plus concernés par le sujet de la visite à domicile. De plus, ils étaient tous maîtres de stage donc impliqués dans la formation des futurs médecins généralistes et ouverts à participer à des études portant sur l'activité de la médecine générale. S'ils ont décidé de participer, en prenant du temps sur leur planning chargé, c'était bien qu'ils pensaient déjà que le sujet était intéressant. Il en a résulté, lors de l'analyse, des opinions sans doute idéalisées et très enjolivées de la visite à domicile. Aucun n'a fait de critique négative ouverte sur la visite. Ce manque d'hétérogénéité dans les opinions a été délétère à l'analyse.

#### **5.1.3. Biais liés aux interventions de l'animateur**

Les interventions de l'animateur ont guidé la discussion. Il a pu induire des réponses ou des absences de réponses à cause d'elles. Par exemple, le thème du rôle de la féminisation de la profession n'est pas venu spontanément dans la discussion, il a été abordé seulement parce que l'animateur a posé la question. Ces commentaires et questions directes ont influencé les propos des intervenants.

## **5.2. Sur les résultats**

### **5.2.1. Des résultats attendus**

#### **5.2.1.1. La diminution du nombre de visites et la moindre qualité technique**

L'ensemble des réponses et opinions sur l'évolution des visites à domicile ainsi que leur moindre qualité technique ont été en accord avec les différents travaux de recherche effectués sur la visite à domicile (6,12,17,18). Nous avons retrouvés les mêmes idées de nette diminution du nombre de visites, de qualité globale jugée médiocre et parfois insuffisante.

#### **5.2.1.2. Le vieillissement de la population**

L'augmentation d'âge des patients visités a aussi été notée, du fait de l'allongement de la durée de vie et du développement du maintien à domicile(19). Cet état de fait n'a pas été remis en cause par les participants.

#### **5.2.1.3. Un acte indispensable et spécifique de l'activité du médecin généraliste**

Le caractère indispensable et spécifique de la visite à domicile est également ressorti fortement comme dans une autre étude(12). La visite à domicile a semblé être le dernier terrain exclusif de la spécialité de médecine générale. Dans leur propos, nous avons retrouvé une fierté à faire partie de l'intimité des patients, d'être intégré à leur quotidien.

#### **5.2.1.4. Le rôle discuté des organisations médicales de visites à domicile**

L'impact de la régulation des urgences et des associations de médecins effectuant des visites à domicile a aussi été mis en avant. Il a été intéressant de noter les parallèles effectués par les médecins participants et les résultats d'une thèse portant sur les recours aux associations type SOS médecins(20). Ils ont donné l'impression de peu apprécier l'action des associations de visite à domicile car elles sabordaient l'éducation faite au patient. Cependant, si cela les arrangeait, ils ont avoué faire appel à elles, en cas de planning surchargé.

### **5.2.2. Aspects discordants avec les travaux effectués sur le même sujet**

Les médecins participants ont tous eu un regard globalement positif sur la visite à domicile. Ce fait a pu s'expliquer, comme dit précédemment, par le biais de sélection des participants.

#### **5.2.2.1. L'unanime bonheur d'effectuer des visites**

L'aspect chronophage de la visite à domicile a été peu évoqué, seulement une fois, alors que dans une enquête effectuée en 2006 par L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France(5), cet aspect est retrouvé comme l'élément principal freinant les médecins généralistes à effectuer des visites. La majorité des médecins interrogés dans cette étude l'avaient qualifié de contrainte et obligation de leur métier. On se trouvait très loin de la vision idéaliste donnée par les médecins de notre groupe.

#### **5.2.2.2. Une relation humaine plus forte**

Les médecins de notre focus group ont insisté sur l'aspect relationnel plus fort développé en visite à domicile. Ce point fort et spécifique de la visite a été peu mis en avant dans les autres travaux. Il a même semblé que dans les autres études, les médecins ne faisaient pas de différence relationnelle entre les patients vus à domicile et ceux vus au cabinet(12).

#### **5.2.2.3. L'absence d'outil spécifique pour l'évaluation de l'autonomie à domicile**

Il a été intéressant de noter le peu d'éléments rapportés par les médecins lorsqu'on leur a demandé de lister les éléments repérables en visite pouvant aider à la prise en charge globale des patients. De nombreux articles de revue ont référencé ces outils de repérage de l'autonomie réelle des patients. Il a été établi en gériatrie des grilles spécialisées d'évaluation du domicile du patient(21). Ces évaluations gériatriques standardisées réalisées au domicile ont été un élément important de l'organisation et du développement du maintien à domicile(7,22). La prévention du risque de chute (23) a été abordée par la plupart des médecins du groupe. Cependant ils n'ont pas mis cet élément en valeur dans la prise en charge à domicile. Les réponses ont été évasives sur ce sujet. Nous en avons déduit que les médecins interrogés n'utilisaient pas d'outil spécifique pour évaluer l'autonomie réelle de leur patient à domicile. Ils se fiaient à leur impression globale devant l'aspect de la maison, le ménage, la gestion des médicaments.

#### **5.2.2.4. La non-évocation des pathologies liées à l'habitat**

Les médecins n'ont pas évoqué la recherche de conditions d'habitation pouvant entraîner ou aggraver certaines pathologies. Ces sources potentielles de maladie (24), comme un chauffe-eau vétuste, les parfums d'intérieur, l'odeur de tabac, un vieux poêle à pétrole, les matériaux de construction, n'ont pas été décrites. Il existe pourtant des guides à l'usage des médecins pour les sensibiliser à ce sujet.

### **5.2.3. Nouveaux aspects évoqués sur la visite à domicile**

L'utilisation de la méthode du focus group a permis d'aborder de nombreux thèmes sur la visite à domicile. Le partage des opinions a été facile dans le groupe, où chacun a pu parler librement. Ces conditions ont donné un corpus riche, avec beaucoup d'éléments et de notions peu décrites dans les autres études sur le sujet. Cela a pu s'expliquer par l'engagement des médecins participant, possédant un intérêt à priori positif pour la visite à domicile.

#### **5.2.3.1. L'attrait pour le travail en équipe**

Les médecins du groupe ont partagé leur intérêt pour le travail en équipe. L'articulation des différents intervenants au domicile du patient a semblé être l'élément primordial de la prise en charge. Nous en avons déduit que ces médecins étaient ouverts à la discussion et au partage d'information afin d'améliorer l'état de santé des patients. L'interaction avec les infirmières en maison de retraite était particulièrement recherchée dans leur activité quotidienne. On s'est interrogé sur le profil particulier de ces médecins aimant effectuer des visites à domicile(25).

#### **5.2.3.2. L'inquiétude pour l'avenir**

Un aspect inattendu est apparu lors de la discussion. Les médecins ont appréhendé la question concernant l'avenir de la visite à domicile avec une pointe d'agressivité. Pour beaucoup, elle ne s'était jamais posée. Ils n'y ont vu qu'un avenir sombre. Ils n'ont pas envisagé des perspectives positives avec un rôle central du médecin généraliste dans le développement du maintien à domicile des populations vieillissantes(26). Ils se sont également montrés inquiets quant à l'attitude de certains médecins refusant de faire des visites à domicile. Cette évolution des mentalités de certains praticiens les choquaient. Ils se sont interrogés sur le lien entre ce changement et l'éthique de la nouvelle génération de médecins généralistes.

#### **5.2.3.3. L'importance de la régulation faite par le secrétariat**

Le rôle de la secrétaire a été mis en avant. Les médecins ont avoué s'en servir comme un filtre pour diminuer leur nombre de visites. Ils ont tous donné des consignes précises à leur secrétariat pour inciter au maximum les patients à se rendre au cabinet et à refuser les visites non justifiées. L'organisation pragmatique de leur temps de travail a permis de diminuer le nombre de visites effectuées. Ce changement d'habitude de travail s'est fait progressivement, encouragée par la nécessité d'efficacité en raison de la chute du nombre de médecins généralistes.

#### **5.2.3.4. Le paradoxe entre un acte jugé de qualité médiocre mais indispensable et spécifique à l'activité de la médecine générale**

A la lecture de l'analyse, il s'est dégagé un sentiment ambivalent pour la visite à domicile. D'un côté, elle a été jugée très sévèrement, conditions de travail médiocres et mauvaise qualité technique, manque de l'informatique du cabinet. Mais de l'autre, elle représentait la spécificité de la médecine générale et elle était indispensable à l'exercice complet de la médecine générale. Quelles ont été les motivations des participants pour en même temps malmené puis défendre la visite à domicile ?

#### **5.2.3.5. Une fenêtre sur la réalité concrète du patient**

En visite, le médecin était plongé dans le monde réel de ses patients. Il était confronté directement à sa réalité et à son quotidien. Il était important de repérer cet élément évoqué plusieurs fois par les médecins de notre groupe. Ils ont rapporté se sentir parfois perdu en visite, devant faire face à des situations plus déstabilisantes qu'au cabinet du fait de leur manque de repères mais aussi de situations qu'ils n'auraient jamais pu envisagées. Ils ont dû abandonner leur chimère du patient idéal, observant et attentif aux conseils médicaux. Cette notion d'immersion dans le quotidien du patient a été analysée de façon très intéressante dans un travail anthropologique sur la visite à domicile du Dr M. BENRUBI(27), on peut y lire : « En visite à domicile, je suis l'invitée, l'étrangère sur le terrain du patient. Je suis nécessairement dans une situation plus propice au respect du rythme de vie de chacun : aussi j'attends s'il le faut que les gens soient prêts à me recevoir, que le malade s'éveille, se rafraîchisse le cas échéant, ou qu'il termine sa conversation téléphonique ou son repas ». Cette réflexion sur la nature de la relation médecin-patient à domicile a mis en avant l'importance du changement spatial de cette interaction.

## 6. CONCLUSION

La visite à domicile reste donc indispensable à la pratique de la médecine générale. La plupart des médecins n'imaginent pas pouvoir exercer leur métier de façon complète et entière sans cet acte. Elle fait partie de la mission du médecin généraliste. Cependant, il existe un paradoxe dans l'utilité qu'elle comporte. En effet tous les médecins reconnaissent que c'est un acte de moins bonne qualité technique et comprenant de nombreux inconvénients pouvant nuire à la prise en charge médicale. Cependant ces défauts sont largement contrebalancés par des éléments relationnels et informatifs obtenus en visite, et non atteignables en consultation au cabinet. Les médecins participants à notre étude ont mis en avant l'importance de la prise en charge globale du patient. La prise en compte de l'environnement du patient est essentielle. Les praticiens ont mis en avant la nécessité de la coordination des acteurs médicaux et para médicaux autour du patient. Le travail en équipe pluridisciplinaire semble être un facteur déterminant au maintien de l'autonomie du patient à son domicile. Cependant les médecins généralistes n'utilisent pas d'outil standardisé d'évaluation d'autonomie dans leur pratique courante. Le développement de l'hospitalisation à domicile et la promotion du maintien à domicile des personnes âgées ouvrent une nouvelle place et un rôle de médiateur au médecin généraliste dans l'organisation des soins à domicile.

## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse. Le petit Larousse illustré en couleurs 2009. Paris: Larousse; 2008.
2. Rey A, Rey-Debove J. Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2010. Le Robert; 2009.
3. Code la Sécurité Sociale, mise à jour n°2-97, 1ère partie « Dispositions Générales »; art.13,15,16,17 .
4. Herzlich C. Représentations de la médecine et mémoires des médecins français, dans l'exercice médical dans la société: hier, aujourd'hui, demain. Paris: Ordre National des Médecins: Conseil National de l'Ordre et Masson; 1995.
5. Enquête menée par la section généraliste de l'URML Ile de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens [Internet]. URLM Ile de France; 2006 [Consulté le 01/04/2012]; disponible sur : [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_060206.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf)
6. Moreau A. La visite à domicile, pas à pas. Le médecin du Québec. 2008;43(3):67-71.
7. Zebley JW 3rd. Geriatric follow-up: what only a home visit can tell you. Geriatrics. 1986 mars;41(3):100-4.
8. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Direction des statistiques 1999. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).
9. Ruffin PL. De l'utilité des visites en médecine générale: enquête auprès des maîtres de stage d'Alsace. [Thèse d'exercice]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 1994.
10. Chambonnet JY, Audrain S, Padroux M, Chartier JC. Visite à domicile : les motifs d'appel. Le concours médical 2001; 24:2534-8.
11. MIGAUD C. Description et justification de la visite à domicile à partir de l'exemple du stage chez trois médecins généralistes du Cher. [Thèse d'exercice]. [Tours]: Université François Rabelais; 2002. 31 f.
12. Michaux H. La visite à domicile : opinion des médecins généralistes du Rhône et de leurs patients 3 ans après la réforme d'octobre 2002 [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2006. 89 p.
13. Assurance maladie. Mémo visite à domicile : Quels critères de prise en charge ? [Internet]. L'assurance maladie ; 2007 [Consulté le 01/04/2012]; disponible sur : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Memo\\_Visite\\_A\\_Domicile.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Memo_Visite_A_Domicile.pdf).

14. Moreau A, Dedienne MC, Letrillart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Med Gen* 2004; 18 (645):382-4.
15. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif. Paris: A. Colin; 2008
16. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2007.
17. Doas M. Analyse de l'activité des médecins généralistes aquitains après la réforme de la visite à domicile d'octobre 2002 [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux II; 2004. 147 f.
18. Rivière C. L'Activité de visite à domicile du médecin généraliste, en 2002 : à propos d'une enquête auprès de médecins généralistes de la région lyonnaise. [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2003. 84 f.
19. Landers SH. Home care: a key to the future of family medicine? *Ann Fam Med*. 2006;4:366-8.
20. Forceville B. Les motifs de consultation auprès d'associations de médecins spécialisés dans les visites à domicile: une enquête auprès de « Médecins à domicile 94 » dans le Val-de-Marne [Thèse d'exercice]. [Paris]: Faculté de médecine de Paris Descartes; 2008. 46 p.
21. Drunat O, Becue M, Terran F, Tager B. Intérêts des visites à domicile dans le cadre des prises en soins en hôpital de jour de psychogérontrie. *NPG* 2004;4:51-4.
22. Arcand M, Williamson J. An evaluation of home visiting of patients by physicians in geriatric medicine. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;283(6293):718-20.
23. Seemater-Bagnoud L, Rochat S, Peytremann-Bridevaux I. Comment prévenir les chutes chez les personnes âgées vivant à domicile? *Rev Med Suisse* 2009;5:2358.
24. Farre D. Pathologies liées à un habitat vétuste. *La revue du praticien Médecine Générale*. 2008;22(806):717-718.
25. Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why? A survey. *CMAJ*. 1999;161(4):369-373.
26. McArthur WJ. Geriatric House Calls: Relic of the Past or Challenge of the Future? *Can Fam Physician*. 1990;36:1409-1411,1415.
27. Benrubi M. La visite à domicile. *Cahier du Germ*. 1996;235-236:60.

## **8. ANNEXES**

### **8.1. Annexe 1 : Accord de bon usage des soins du 2 octobre 2002**

#### **AcBUS National**

J.O n° 230 du 2 octobre 2002 page 16264

#### **Décrets, arrêtés, circulaires Textes généraux Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées**

Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

NOR: SANS0223150A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-17 et R. 162-52 ;

Vu l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;

Vu l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

Vu l'arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 septembre 2002 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 27 septembre 2002,

Arrêtent :

Article 1

Les dispositions de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels (Dispositions générales) sont modifiées ainsi qu'il suit :

I. - A l'article 13 « Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade » :

a) Le A « Indemnité forfaitaire de déplacement (V - C ou IF) » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A. - Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD).

« Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin omnipraticien ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

« Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin omnipraticien et désignée par la lettre clé V.  
»

b) Au « B. - Indemnité spéciale de dérangement (ISD) », ajouter après le premier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin omnipraticien et désignée par la lettre clé V.  
»

c) Au « C. - Indemnités horo-kilométriques (IK) », ajouter après le premier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les visites réalisées par les médecins omnipraticiens, l'indemnité horo-kilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

II. - A l'article 14-1 « Majorations d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale », les mots : « des frais de déplacement » sont remplacés par les mots : « des indemnités horo-kilométriques »..

## Article 2

Les dispositions de l'article 14-2 « Majoration de maintien à domicile » de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 14-2. - Majoration de déplacement.

« I. - Lorsque le médecin omnipraticien est amené à se rendre au domicile d'une des personnes mentionnées ci-dessous :

a) Les personnes âgées d'au moins soixante-quinze ans, exonérées du ticket modérateur au titre d'une des affections mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale ;

b) Les personnes, quel que soit leur âge, atteintes de l'une des affections de longue durée suivantes, telles que mentionnées notamment à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale :

1° Accident vasculaire cérébral invalidant ;

2° Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie) ;

3° Maladie de Parkinson ;

4° Mucoviscidose ;

5° Paraplégie ;

6° Sclérose en plaques ;

c) Les bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre :

1° Du 3° de l'article L. 341-4 et de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale ;

2° Du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ;

3° De l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

d) Les titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée dans la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, quand ces personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre de l'assurance maladie ;

e) Les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC 150, quand la ou les visites sont effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention ;

f) Les patients en hospitalisation à domicile.

La visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration de déplacement - dénommée MD -, à la condition que les personnes mentionnées ci-dessus se trouvent dans une des situations cliniques suivantes :

1° Incapacité concernant la locomotion par atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente, par atteinte respiratoire chronique grave, par atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée, par trouble de l'équilibre ;

2° Etat de dépendance psychique avec incapacité de communication ;

3° Etat sénile ;

4° Soins palliatifs ou état grabataire ;

5° Période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;

6° Altération majeure de l'état général.

II. - A titre exceptionnel, et durant la phase d'évaluation prévue à l'article 5-1 de l'accord national de bon usage des soins annexé à l'arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins, lorsque le médecin omnipraticien est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans l'énumération - a à f compris - mentionnée au I ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horo-kilométriques, à la majoration de déplacement MD, dès lors que cette personne se trouve dans une des situations cliniques visées au I ci-dessus.

Le médecin omnipraticien communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

III. - A titre exceptionnel, dans les zones où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, parmi celles définies en application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, et qui sont fixées par les accords régionaux de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, la visite du médecin omnipraticien à une personne dont le domicile est situé dans la zone concernée donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration visée ci-dessus, dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge - en particulier de plus de 80 ans - ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin omnipraticien.

Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDE.

Le médecin omnipraticien communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

IV. - Lorsque le médecin omnipraticien effectue la visite la nuit, le dimanche et les jours fériés uniquement dans les conditions définies aux I, II ou III ci-dessus, la visite donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horo-kilométriques, à la majoration de déplacement.

Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDN pour les visites de nuit effectuées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14 et peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de l'heure de réalisation de la visite. Elle est dénommée MDD pour les visites réalisées le dimanche et les jours fériés.

V. - L'application des dispositions visées ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1er de la deuxième partie de la nomenclature.

VI. - La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14-1 ci-dessus.

VII. - Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin omnipraticien intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.

VIII. - La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. ».

### Article 3

La valeur en unité monétaire des indemnités et majorations mentionnées aux articles 1er et 2 du présent arrêté est fixée ainsi qu'il suit :

- indemnité forfaitaire de déplacement et indemnité spéciale de dérangement : 3,50 EUR en métropole, 3,85 EUR dans les Antilles-Guyane et 4,20 EUR à la Réunion ;

- majoration de déplacement MD et MDE : 10 EUR ;

- majoration de déplacement de nuit MDN :

	Métropole	Antilles- Guyane	Réunion
MDN: - pour les visites effectuées de 20 heures à minuit et de 6 heures à 8 heures	38,50 euros	38,50 euros	39,20 euros
- pour les visites effectuées entre 0 heure et 6 heures	43,50 euros	43,85 euros	44,20 euros

- majoration de déplacement de dimanche et de jours fériés MDD (cf. note 1) : 22,60 EUR pour la métropole, 22,91 EUR pour les Antilles-Guyane et 23,26 EUR pour la Réunion ;

- majoration d'urgence MU : 22,60 EUR pour la métropole, 22,91 EUR pour les Antilles-Guyane et 23,26 EUR pour la Réunion.

### Article 4

Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur le 1er octobre 2002.

### Article 5

Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 septembre 2002.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Pour le

ministre et par délégation :Le

directeur

de la sécurité sociale,

P.-L. Bras

Le directeur général

de la santé,

L. Abenhaïm

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,

de la pêche et des affaires rurales,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des exploitations

de la politique sociale et de l'emploi,

A. Moulinier

## **8.2. Annexe 2 : Guide d'entretien du focus group**

- 1. De quelle manière les demandes de visite et le profil de la population demandeuse ont-ils évolués depuis votre installation ?**
  - Diminution nombre de visite
  - Vieillessement de la population
  - Soins à domicile, hospitalisation à domicile
  - Visites programmées, peu d'urgence
  - Influence de l'accord de l'AcBUS octobre 2002 fixant les visites justifiées
  
- 2. Comment jugez-vous la qualité de votre prise en charge médicale en visite, rencontrez-vous des difficultés ?**
  - Tenue dossier
  - Qualité technique : lumière, espace, bruit (télévision, téléphone, animaux)
  - Hygiène
  - Différence par rapport à la qualité de l'examen clinique au cabinet (pesée, table d'examen, matériel)
  
- 3. Quels sont les éléments de l'environnement et du domicile que vous pouvez relever en visite et qui peuvent aider à la prise en charge globale du patient ?**
  - Evaluation environnement, domicile (cuisine, chambre étage, salle de bain, température de la pièce, maison isolée, voisin)
  - Prévention du risque de chute (lumière, tapis)
  - Repère sur l'autonomie du patient (ménage, prise des médicaments, vérification pharmacie, contenu frigo, aspect inutilisé du lavabo), présence d'éléments aide-mémoire (pendule, calendrier, liste de numéros de téléphone, post-it, pilulier)
  - Mise en place aide adaptée (déambulateur, rehausseur toilette, canne)
  - Identification source pathologie liée à l'habitat (moisissure, chaudière, tabac)
  - contexte psycho-social (violence, alcool, dépression, déficit cognitif)
  - Rencontre avec autres intervenants à domicile (aide soignante, infirmière, auxiliaire de vie)
  
- 4. Quels changements dans la relation médecin-patient remarquez-vous lors d'une visite à domicile ?**
  - Intrusion dans vie privée, intimité du patient

- Inversion des rôles : le patient reçoit le médecin
- Respect rythme de vie du patient (repas, téléphone, toilette)
- Contact plus proche, respect règle de vie en société, ne pas s'asseoir est très mal perçu par le patient
- Perte des repères du cabinet, crainte d'être dans un lieu inconnu

**5. Quelle place la visite à domicile tient-elle dans votre activité quotidienne, comment la jugez-vous?**

- Indispensable, impossible de s'en passer
- acte plus social que médical
- chronophage
- risque accident, difficulté circulation
- manque rémunération
- clientélisme, difficulté à refuser une visite, demande abusive

**6. Quel avenir voyez-vous pour la visite à domicile, y êtes-vous attaché ?**

- Rôle central du médecin généraliste comme coordinateur des soins à domicile des personnes âgées
- Diminution du nombre en raison manque médecin généraliste et féminisation de la profession

### **8.3. Annexe 3 : Verbatim du focus group du 24/11/11 sur l'opinion de 6 médecins généralistes de la région nantaise sur la visite à domicile.**

**Animateur** : De quelle manière les demandes de visite et le profil de la population demandeuse ont-ils évolués depuis votre installation ? Alors savoir si c'est une augmentation, le nombre des visites, l'âge de la population, éventuellement le type de gens si vous les voyez chez eux ou ailleurs. Est ce que les visites sont programmées ou en urgences ? Est ce qu'il y a plus ou moins d'urgence ? Est ce qu'il y a eu une influence éventuellement de l'AcBUS sur votre, sur les visites ?

**Docteur E** : De ?

**Animateur** : De l'AcBUS, c'est la signature de

**Docteur A** : C'est l'accord sur le bon usage des soins

**Docteur E** : Ah oui d'accord

**Animateur** : Merci et bien on va commencer par toi si tu veux bien

**Docteur A** : Donc depuis mon installation et bien le nombre de visites a beaucoup diminué. Et en particulier, justement grâce à cet AcBUS qui est survenu en 2002, en échange d'un tarif de la visite majorée, puisque la visite était à peu près autant rémunéré que la consultation. Alors dans mon cabinet les visites sont gérées par la secrétaire qui a bien sur comme consigne d'amener le plus possible de personne en consultation de minorer au maximum les visites. Au début de l'installation on voyait déjà des personnes qui avaient du mal à se déplacer, on voyait aussi pas mal d'enfant à domicile quand ils avaient de la fièvre, les parents voulaient pas trop les sortir, ça n'arrangeait pas les nourrices, c'était bien pratique de faire passer le médecin. Et puis ma foi comme petit à petit on a organisé notre façon de travailler avec beaucoup de créneaux de consultations, les visites toujours systématiquement en début d'après midi et bien ça a permis de réduire fortement ce nombre de visites. Qu'est ce qui me reste comme patients à voir à domicile ? Alors ca va être par exemple les personnes habituellement valides, bon s'ils ont une gastro-entérite, c'est quand même pour eux plus confortable de rester à la maison, surtout s'il y a beaucoup de diarrhée. Après c'est essentiellement donc les personnes non valides et les personnes âgées qui ont beaucoup de difficultés pour venir au cabinet. Ce qui fait que j'ai vraiment actuellement très peu de visites. J'évalue à six en moyenne par semaine le nombre de visites pour, aller on va dire, quatre jours et demi de travail, voilà

**Animateur :** Très bien, Docteur B

**Docteur B :** Pour ma part moi, depuis l'installation, effectivement le nombre de visites a considérablement diminué. Je ne pense pas qu'il y ait un lien avec la modification du tarif. Je pense que c'est plus une volonté d'organisation du fait de l'activité croissante, la visite étant quand même assez chronophage, essayer de faire venir le plus possible les gens au domicile, au cabinet. Et puis là aussi, c'est la secrétaire qui est briefée pour ça et pour faire venir le plus possible les gens au cabinet médical. Mon nombre de visites, moi, est actuellement je vais dire de deux à cinq par semaine, ça c'est vraiment nettement moins que cela n'a été sur une totalité d'actes je dirais peut être cent trente actes semaine, donc ça fait un très petit pourcentage. Elles sont en général toujours programmées. Il y a une demi matinée qui est prévue pour ça dans la semaine et assez exceptionnellement il peut y avoir des visites non programmées, on va dire pour des choses relativement urgentes, mais c'est vraiment tout à fait de l'exception. Et le motif aussi c'est le passage dans les maisons de retraite. C'est effectivement les gens qui ne sont pas valides, soit un problème locomoteur qui les empêche vraiment de se déplacer, c'est des choses comme ça. Alors que il y a quelques années, je me souviens être allée parfois en visite en crèche pour voir un gamin qui avait une otite parce que les parents ça les arrangeait que ce soit comme ça plutôt que passer en consultation au cabinet le soir. Donc ça, c'est vraiment une époque révolue. Je n'ai rien de plus à dire là-dessus.

**Animateur :** Bon, Docteur C

**Docteur C :** Oui je vais reprendre un petit peu les mêmes choses que mes deux collègues. L'évolution a été vers une réduction considérable de visites en secteur rural. D'une part par l'augmentation de la population et de la demande de soins, la gestion du système d'urgences puisque nous étions tous des médecins pompiers, donc il n'y avait pas de SAMU, donc on était amené bien évidemment à assurer les urgences que nous ne faisons pratiquement plus, le système de régulation de la part de nos secrétaires et puis l'organisation de mon cabinet qui fait que ce sont pratiquement toutes des visites en milieu institutionnels en maison de retraite. Pour ma part je fais trois quatre visites par semaine sur un volume de travail de 135/ 140 actes par semaine. Donc c'est une évolution qui nous a, qui ne c'est pas, qui ne c'est pas faite toute seule, sur laquelle on a été vraiment, on a essayé d'impliquer un petit peu la population, parce que changer des habitudes ce n'est pas facile. Les enfants fébriles ou les rhino pharyngites fébriles, on les voyait systématiquement à domicile à nos débuts, et c'est quelque chose qu'il a fallu, c'est une éducation de la population locale et tout le monde s'y est mis dans un même secteur ce qui a permis que les choses se passent très facilement

**Animateur :** Docteur C, vous avez donné votre nombre de visites à peu près ?

**Docteur C :** Oui.

**Animateur :** Docteur D

**Docteur D :** Pour ma part, je suis comme mes collègues. Par rapport au début de mon installation qui remonte maintenant à vingt ans, j'ai vu une nette diminution du nombre de visites. Celles que j'effectue encore actuellement sont fortement liées à des maisons de retraite où j'ai encore d'assez nombreux patients, ce qui fait que j'ai quand même au minimum une moyenne de dix visites par semaine si ce n'est quinze parfois. Ça représente l'immense majorité de mes visites, plus quelques personnes âgées qui restent à domicile avec des aides et quelques cas rares de très forte fièvre de gastro-entérite ou effectivement de pathologie locomotrice avec des sciatiques sévères, où là je ne vais pas demander à la personne de se déplacer bien évidemment. Mais de plus, les rendez vous de visite sont programmés par la secrétaire qui est là depuis vingt-cinq ans et qui connaît très bien les patients de manière générale ce qui nous aide bien, et qui a la consigne de limiter au maximum les visites, et qui y arrive plutôt bien d'ailleurs. Après effectivement tout ce qui est consultation pédiatrique, adulte à peine malade est quasiment rentré dans le rang, c'est de la consultation. Pour ma part je fais deux créneaux de visites, le matin avant 10 heures où ce sont plutôt les visites programmées, et puis si des visites sont tombées entre temps, je laisse un petit créneau en début d'après-midi pour pouvoir les faire justement (.) Donc, pareil effectivement, la population, il a fallu l'aider à s'habituer, en disant « je ne vais pas sortir mon gamin avec 38 de fièvre », en disant « bon ben, il ne va pas être plus malade en venant au cabinet et qu'il y aura moins d'attente », parce que en visite je ne peux pas préciser l'heure à laquelle on va passer. En consultation, ils viennent, ils sont pris tout de suite, comme ça il n'y a pas de délai d'attente.

**Animateur :** Est-ce que vous avez l'impression que l'Acbus a joué quelque chose là dedans ou pas ?

**Docteur D :** Pas énormément, pas énormément. Ça a plutôt, je pense, été un élément déclencheur pour nous pour se débrouiller pour avoir moins de visite. Ça a été une façon pour nous de se dire bon il va peut être falloir s'y mettre effectivement. Combien de visites sont réellement médicalement justifiées par rapport à la demande ? Et on s'est rendu compte qu'il y en avait beaucoup qui étaient des visites de confort qu'on pouvait tout à fait venir au cabinet. Donc ça a peut être été un élément qui nous a aidé, qui m'a aidé à décider , à faire comprendre à mes patients que beaucoup des visites que j'effectuais jusqu'à présent pouvaient aussi bien être faite en consultation, ce qui est en général bien passé. Après il y a toujours les patients, le coup classique, on va se débrouiller autrement il y a SOS médecins en ville qui fait des visites, qui ne sont pas justifiées, mais que le patient ressent comme justifiées par arrangement

**Animateur :** Docteur E

**Docteur E :** Donc personnellement je viens d'une commune où le taux de visites était très élevé, qui touchait 30 à 40 % des actes, il ya une vingtaine d'années. Ça correspondait au médecin qui était présent à l'origine dans la commune. Et donc déjà moi je me suis installée depuis seize ans déjà, en arrivant avec des nouveaux médecins, le nombre de

visites déjà s'est réduit parce que par principe on pensait déjà faire déplacer un maximum de gens. Et il faut bien reconnaître que depuis cette nouvelle loi, on a réussi beaucoup plus à faire entendre justement cette diminution du nombre de visites en arguant que, en essayant de se cacher un peu derrière cette pression pour nous même essayer d'en faire moins. Donc en d'autres termes, donc quand j'ai commencé, on voyait les enfants à domicile, etc. Moi ça fait plus de dix ans que je n'ai pas du voir un enfant en visite. Donc à l'heure actuelle, les demandes de visite effectivement sont essentiellement les maisons de retraite, les gens peu valides, les gens âgés peu valides pour lesquels les cinq six maisons alentour ne sont pas habitées, parce que c'est une commune de bord de mer, donc l'hiver les maisons ne sont pas habitées. Donc de cette façon là une personne âgée qui est entourée de vingt-cinq personnes en plein mois de juillet l'été, l'hiver elle se retrouve toute seule, donc elle ne peut absolument pas se déplacer, trop éloignée du cabinet. Donc ça c'est un élément, donc il y a beaucoup de gens très âgés de plus de quatre-vingt-cinq ans qui sont encore vus en visite. Ce qui élève mon nombre de visites à une douzaine par semaine mais ça peut être 15 ou plus, c'est plutôt une moyenne par jour. Voilà ce que je peux dire sur le nombre des visites. Et cette nouvelle loi nous a quand même franchement influencé le nombre de visite, ça c'est certain. Et puis effectivement j'ai une secrétaire, moi, qui fait le filtre et c'est vraiment que également c'est un bon moyen globalement pour faire venir les gens.

**Animateur :** Docteur F

**Docteur F :** Je vais redire un peu la même chose que mes collègues. Je pense que le nombre de visite a considérablement diminué. Moi je suis installé depuis trente-trois ans, ça commence à faire beaucoup. Puis, mais je ne suis pas sûr que l'Acbus ait changé, n'a fait que amplifier, je dirais, un phénomène qu'était enclenché depuis très longtemps. Je crois que une des meilleures solutions ça a été d'ouvrir le maximum de créneaux de consultation au cabinet. Alors que moi quand j'ai commencé, je travaillais avec un vieux médecin et on avait un bureau pour deux, donc ça veut dire qu'il y avait des demi journées, voire des journées où on n'avait pas de créneaux individuellement de consultations voilà. C'était forcément des demandes de visite. Il reste, moi j'ai considéré que je faisais à peu près dix à quinze visites par semaine pour des patients qui sont en EHPAD pour un certain nombre, ou des personnes âgées très âgées peu mobiles et avec un certain isolement social ou familial, qui ne leur permet pas de se déplacer. J'ai une clientèle très très rurale avec un habitat très très dispersé. J'ai des gens qui sont jusqu'à dix kilomètres du cabinet, c'est clair que c'est un peu compliqué, s'ils ont quatre-vingt-cinq ans, une canne et pas de voiture, pas d'enfant à proximité. Mais il n'est pas question de voir à domicile un gamin qui a 39. Ca, j'ai connu quand j'ai commencé il y a 33 ans des gens qui passaient voir la secrétaire pour dire qu'il faudrait aller à domicile pour leur renouvellement.

**Animateur :** Bien sûr. Très bien, est ce que quelqu'un a quelque chose à rajouter à cette première ?

**Docteur A :** Éventuellement, oui, je suis aussi dans une zone couverte par SOS médecins comme Docteur D, donc effectivement un certain nombre de mes visites du coup sont allées vers l'activité de SOS, parce que ma secrétaire était très stricte sur les conditions de visite

**Animateur :** OK ça c'est un élément intéressant, qu'on n'avait pas noté la géographie. Il est normal ne vous inquiétez pas qu'au bout d'un moment, quand vous tombez le sixième, de répéter ce que les autres disent mais il faut redire quand même de manière à ce que nous on sache que il y ait, qu'il y a un nombre de personnes qui disent la même chose. Donc au moment où on arrive à redondance, c'est qu'on a bloqué quelques éléments de réponse. Voilà, donc vous avez à peu près tenu le temps, c'est bon, on devrait pouvoir continuer. Vous vous en tenez à la question, parce qu'il y a quelques points que l'on va pouvoir redemander un petit peu plus loin. Donc comment jugez- vous, deuxième question, comment jugez vous la qualité de votre prise en charge médicale en visite ? Rencontrez- vous des difficultés ? Alors des difficultés qui peuvent tenir à la tenue de dossier, la qualité technique, lumière, bruit, tout ce qui peut y avoir autour, l'hygiène, la différence par rapport à ce qu'il y a la pesée, la taille, ou des choses comme ça éventuellement, quelles sont les difficultés ? Comment jugez- vous la qualité de votre prise en charge à ce niveau de la visite et quelles difficultés rencontrez-vous ? Donc on va commencer part Docteur B.

**Docteur B :** Pour ma part je suis assez satisfaite qu'il y ait moins de visite justement à domicile, parce que je trouve que la qualité de l'acte médical pour moi est moins bonne, pour des raisons déjà on va dire physique un peu, c'est-à-dire que on se retrouve parfois dans des conditions où c'est difficile de faire asseoir le malade dans le lit, même dans les maisons de retraite, on est tout seul. Matériellement effectivement, on n'est pas toujours bien éclairé. C'est aussi des gens qui ont des pathologies qui se mobilisent, enfin se déshabillent difficilement, tout ça donc c'est un petit peu compliqué. Donc je dirais que c'est un peu des conditions matérielles qui sont moins pratiques. Ca m'est arrivé par le passé, mais plus maintenant, de me déplacer des fois pour des sutures à domicile et c'est évident que les conditions d'hygiène et les conditions de travail sont quand même nettement moins satisfaisante que ce qu'on peut faire au cabinet médical. Donc globalement pour moi, c'est plutôt une moins bonne qualité quand même d'activité. En plus, je ne me promène pas avec mon ordinateur, je n'ai pas d'ordinateur portable, donc je pars une fiche qui est une petite fiche synthétique, que je sors de mon ordinateur, sur laquelle il y a le traitement en général, parfois j'imprime à l'avance d'ailleurs quand c'est un renouvellement les ordonnances à délivrer. Mais je n'ai pas toutes les petites aides que j'ai au cabinet au niveau de l'ordinateur, que j'utilise régulièrement en consultation, qui sont des fois des pense-bêtes des choses comme ça. Je n'ai notamment pas d'accès au

VIDAL informatique que j'utilise au cabinet ou à des banques de données médicamenteuses. Je n'ai pas ça à domicile, j'ai juste un petit résumé du VIDAL, c'est un peu plus succinct d'ailleurs, je trouve ça moins satisfaisant. Donc ça ça peut être perfectible, mais pour l'instant c'est comme ça que je fonctionne et c'est globalement moins satisfaisant.

**Animateur :** Docteur C

**Docteur C :** Je différencierai un petit peu la visite en milieu institutionnel et la visite chez la personne isolée notamment en secteur rural. C'est vrai qu'on rencontre des difficultés chez la personne seule au niveau de la prise en charge, autant sur le plan technique que sur le plan du temps aussi consacré, qui est beaucoup plus long pour déshabiller les personnes, ça demande toute une logistique et beaucoup plus complexe, et donc un investissement de temps, une disponibilité plus importante. En milieu institutionnel, il ya déjà un dossier qui est là, un interlocuteur, une infirmière. On peut déjà avoir des éléments de relai sur les problématiques posées, ce qui peut nous faire gagner du temps. La prise en charge globale est quand même moins bonne de toute façon qu'au cabinet. On est dans notre structure, on a nos automatismes, on a nos habitudes, on a notre confort d'exercice qu'on a savamment organisé depuis des années voire des décennies et donc on est quand même psychologiquement et professionnellement nettement plus à l'aise.

**Animateur :** Docteur D

**Docteur D :** Je considère effectivement qu'il faut faire une petite différence entre les patients en institution, sur lesquels j'essaie au maximum de faire des petites notes dans les dossiers, même s'ils sont minimaliste, pour avoir un petit suivi dossier du patient, on aura en général les biologiques. On a effectivement l'équipe qui peut nous aider. Je dirai qu'on a un suivi à peu près satisfaisant, je dirais en maison de retraite. Et le suivi effectivement des personnes isolées, où là personnellement, c'est pareil, je n'ai pas d'ordinateur portable, à la limite quand je sais que je vais avoir des grosses ordonnances je les tire à l'avance sur l'informatique pour gagner du temps, mais je n'ai pas de dossier synthétique papier, je ne les tire pas, je ne remets pas des notes quand je reviens chez moi de ce que j'ai fait. Ce qui fait que « Ah oui vous avez fait ça il ya quatre mois, qu'est ce que je vous ai donné déjà ? Qu'est ce que ? » Bon, effectivement au cabinet j'ai tout ça qui est noté. J'essaie d'avoir un bon suivi dans mes dossiers que je n'ai pas effectivement en visite. Si jamais on passe à un moment donné où la secrétaire n'est pas là, trop tôt, si on a un courrier du spécialiste qui est au cabinet, on n'a pas connaissance du courrier, si on a oublié de le regarder avant. Donc effectivement la prise en charge pour moi est moins bonne (.) Cette difficulté (.) un meilleur suivi, qu'on n'a pas de dossier. Effectivement on a pris nos habitudes de suivi avec les prises de poids. Moi je suis chez les patients, je leur dis « est ce que vous pensez avoir pris du poids ? » Mais ils n'ont pas de

balance, ils n'en savent rien. Pour certaines pathologies c'est quand même très important et même ces éléments de base on n'arrive pas à les obtenir.

**Animateur :** Ok, Docteur E

**Docteur E :** Oui, pour, pour, en ce qui concerne la qualité des visites, je suis tout à fait d'accord avec mes collègues qui disent que la qualité est moins bonne. Dans le sens effectivement, où on se heurte au problème technique de l'examen, effectivement qu'on ne peut pas faire complètement parce que techniquement on n'a pas la bonne lumière, on n'est pas, on ne peut pas effectivement bien examiner la personne. Et je pense qu'on est aussi un petit peu perturbé en visite, effectivement on perd nos automatismes, je pense, d'examen clinique et ce qui fait qu'on peut passer fortement, sincèrement je pense, peut-être à côté de choses ou à côté de recherche qu'on aurait faite si on avait été, je pense, au cabinet, où on a nos repères effectivement matériel, technique, informatique et de cette façon là on oublie je pense moins de chose Un examen tout clair comme un examen des oreilles, c'est vrai que qu'on a enfin, moi je n'ai pas un matériel d'excellente qualité dans ma sacoche de visite, donc c'est vrai qu'un examen des oreilles à domicile, c'est un petit peu plus délicat et il sera de moins bonne qualité, donc le diagnostic sera différent. Ca c'est plus pour les visites qui peuvent être des visites d'urgence. Pour tout ce qui est le suivi, je pense qu'à part les gens en institution, effectivement qui ont des dossiers et un suivi de dossier pour lesquels on se retrouve un peu dans la situation du cabinet. Sinon le suivi est forcément moins bon, parce qu'on peut avoir un dossier et ne pas avoir les derniers examens rangés, enfin on peut oublier le dossier en partant, enfin des problèmes tout bêtes qui font que du coup on se trouve pas dans de moins bonnes conditions, on est perturbé et donc du coup, je pense, on fait un travail de moins bonne qualité, voilà.

**Animateur :** Bien, Docteur F

**Docteur F :** Oui je pense qu'effectivement l'examen est de moins bonne qualité à domicile. Au niveau des EHPAD, je pense que c'est très variable d'un EHPAD à l'autre. Il ya des EHPAD qui fonctionnent très bien avec des bons dossiers, où on a quelque chose qui se rapproche de ce qu'on peut faire au cabinet et des EHPAD qui ne fonctionnent pas bien où il n'y a pas de dossier, ils sont mal tenus et on a quelque chose après qui se rapproche des patients isolés à domicile, où techniquement, on est souvent mal installé sur un canapé, sur un lit bas. Par contre moi je n'ai pas d'ordinateur portable, mais pour les gens qui sont vus exclusivement à domicile, pour des gens très âgés, j'ai un dossier papier type ..., sans faire de pub, où j'ai tout dedans, les courriers, la biologie et une petite fiche, donc en principe tout mes passages sont notés avec ce que j'ai fait, quel était le motif et ce que j'ai fait. Mais sur le plan technique, il y a plein de chose qu'on ne peut pas faire aussi bien qu'au cabinet. Ca c'est clair.

**Animateur :** Très bien, Docteur A

**Docteur A :** On va parler que de la qualité, on va, donc là je vais différencier la visite inopinée d'une personne suivie habituellement au cabinet, effectivement là, il me manque tout ce qui y a dans mon ordinateur, je ne peux pas sortir toutes ces données là, ça peut me manquer au niveau de l'observation, les observations, au niveau des traitements, les examens complémentaires aussi parfois. Et puis surtout au niveau prescription, donc j'ai un VIDAL de visite, c'est-à-dire en fait on a les noms de médicaments, les dosages et puis on n'a rien sur les contre-indications, sur les effets indésirables, etc. Et donc parfois je suis obligé de téléphoner à mes associés pour avoir des renseignements. En revanche pour les gens que je suis à domicile systématiquement, des personnes âgées essentiellement, je laisse leur dossier à la maison et ce qui fait que j'écris. Quand même ce qui me manque parfois, c'est la dernière ordonnance. Parfois les pharmaciens gardent la dernière ordonnance, ce qui fait qu'il faut avoir une bonne mémoire, mais en général c'est notre grande qualité d'avoir beaucoup de mémoire, pour reconstituer le traitement sans trop se tromper. On peut toujours téléphoner au pharmacien pour savoir ce qui a été prescrit la fois précédente, mais c'est surtout, c'est surtout ça qui me gêne au niveau des prescriptions.

**Animateur :** Très bien, alors posons une question, essayez de répondre aussi éventuellement plus sur savoir si vous renotez quelque chose sur le dossier après ?

**Docteur B :** Personnellement oui, je reentre les données dans l'ordinateur en rentrant de visite.

**Animateur :** Autre chose à rajouter autrement ?

**Docteur B :** Que au niveau du dossier des EPAHD, moi je suis souvent confrontée, mais c'est peut être lié aux jours et au moment où je passe, à des difficultés de communication dans les maisons de retraite, parce que je trouve que l'aide des infirmières est quand même précieuse, notamment pour les gens qui ont des pathologies de type Alzheimer pour lesquelles sans l'infirmière on peut pas faire grand-chose, et soit elles sont occupées, soit elles sont en réunion soit, je trouve ça quand même pas pas simple.

**Animateur :** Très bien, Docteur C

**Docteur C :** Oui je remets systématiquement dans le dossier informatique les visites. Je voudrais rajouter un petit bémol, je pourrais rajouter un petit bémol à ce que j'ai pu dire au début de la baisse de la qualité au niveau de la visite. Oui sur le plan technique, sur le plan matériel oui. Par contre au niveau du relationnel, j'ai la chance depuis cinq six ans d'être maître de stage SASPAS et donc je fais mes visites pendant que mon interne travaille au cabinet, et ce qui me permet de retrouver un petit peu le cœur du métier à savoir ma disponibilité, et d'être chez les gens avec ma bonne écoute et savoir ce qui se passe chez eux ce qui m'apportent aussi des renseignements tout à fait, tout à fait privilégié, qu'on ne peut plus obtenir en consultation où on est pris par un flux tendu. Et au niveau donc matériel, sur le plan je dirais biomédical, certainement moins bien, mais

on peut s'organiser, on peut effectivement laisser les dossiers, mais sur le plan du relationnel c'est incomparable.

**Animateur** : D'accord, c'est surtout la question de la notion de temps

**Docteur C** : Notion de temps, voilà

**Animateur** : Docteur D quelque chose ?

**Docteur D** : Non, non, j'avoue que je ne mets pas les données dans mes dossiers informatiques, je n'ai pas pris cette habitude. Les difficultés c'est sur les suivis dossier en fonction de la qualité des EHPAD. Certaines EHPAD vous connaissez à peine la tête des infirmières et puis d'autres vous les voyez quasi systématiquement, elles sont plutôt demandeuses justement d'un échange, ce que je trouve très agréable, parce que effectivement, c'est elles qui ont la majorité des informations à partir desquelles on peut mieux traiter, que uniquement sur une plainte d'une personne qui a des problèmes de mémoire ou autres, où là c'est très compliqué à gérer.

**Animateur** : Docteur E

**Docteur E** : Oui donc effectivement moi, en rentrant des visites, je note quelque chose sur le dossier informatique. Dans la mesure où on peut se retrouver longtemps après avec des demandes sur un traitement qu'a été pris ou comment, quelle décision a été prise par rapport à cette visite et c'est vrai que si on ne note rien on se dit « Bah oui, je l'ai vu en visite et puis rien ». Donc, c'est nous qui sommes après dans la difficulté, donc c'est un peu pour préserver notre qualité après, je dirais même sans parler de l'acte lui-même, mais pour le suivi. *Et c'est vrai qu'on perd déjà en qualité de suivi, alors je pense qu'en notant quelque chose on a, on compense un peu ce fait, voilà.*

**Animateur** : Quelque chose à ajouter

**Docteur F** : Les gens qui ont un dossier papier parce qu'ils sont vus exclusivement en visite, je n'ai pas besoin de rajouter dans l'ordinateur en rentrant. Par contre ceux pour lesquels c'est une visite inopinée, là je mets un mot dans Hellodoc®. Puis je voulais dire aussi que à domicile, il y a des gestes techniques que je me refuse désormais à faire, notamment l'examen gynéco, où c'est clair c'est fini, c'est « Vous venez au cabinet ou vous n'en n'aurez pas ! »

**Docteur A** : Je ne marque pas systématiquement les données de mes visites dans l'ordinateur. Elles sont assez rares. En revanche comme j'emmène l'ancien dossier papier, j'écris dans le dossier papier je laisse quand même des traces. Ensuite ce que je préfère en visite, ce sont les personnes qui sont suivies par le maintien à domicile, parce que là on a on dossier dans lequel on communique avec les infirmières, les aides-soignantes, etc., même si elles sont absentes. Et par contre en maison de retraite, en EHPAD, on n'a pas toujours le personnel présent au moment de notre visite, on n'a pas. Quelque fois il arrive

que je ne sache pas pourquoi je viens, je ne sais pas si c'est pour un renouvellement, si c'est pour un problème particulier. Et quand effectivement la personne a des troubles de la mémoire, c'est vraiment, faut vraiment là, il ne faut plus être médecin faut être devin. Et puis après j'ai une mention particulière pour les logiciels de maison de retraite, ils sont très difficiles d'utilisation et tout compte fait je préfère continuer d'écrire dans les cahiers de transmissions, comme avec le maintien à domicile des personnes âgées, quitte ensuite à ce que le personnel retranscrive dans le pathos ou je ne sais pas quoi. Vraiment c'est pénible, prescrire quelque chose dans l'ordinateur des maisons de retraite, ça prend deux fois plus de temps, c'est pénible.

**Animateur :** Donc pour cette question là c'est bon. On va passer à la troisième question alors. A votre avis quels sont les éléments de l'environnement et du domicile que vous pouvez relever en visite et qui peuvent aider à la prise en charge globale du patient ? Donc un petit peu un catalogue, éventuellement quelques raisons pour chaque item, assez rapidement, Docteur C.

**Docteur C :** L'environnement du domicile oui, le lieu de vie de la personne, ses difficultés sont plus facilement identifiables au niveau de son autonomie présente et future. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui est présent au moment de la visite ? Est-ce qu'on voit la personne seule ? Ce qui peut donner aussi des éléments de cette autonomie et puis des éléments d'explication. Est-ce qu'on peut expliquer à cette personne là ? Est-ce qu'elle peut comprendre ? Est-ce qu'elle ? Les difficultés du maintien à domicile en visite, on se rend mieux compte in situ que lorsque la personne est amenée par un tiers, un membre de sa famille en consultation.

**Animateur :** Essayez éventuellement de préciser quand vous dites vous vous rendez mieux compte, mais à quel niveau c'est-à-dire de voir la personne elle-même ?

**Docteur C :** De voir la personne elle-même, mais aussi ses réactions (.)

**Animateur :** Qu'est-ce que vous voyez dans la visite par rapport, parce que la personne vous la voyez aussi quand vous êtes au cabinet ? Est-ce que chez elle il ya quelque chose de différent, le fait qu'elle soit chez elle ?

**Docteur C :** Absolument, ses comportements. Quand elle vient au cabinet, c'est qu'elle a déjà une autonomie avérée, si elle vient seule, ça nous élimine des problématiques, ou si elle est accompagnée, ça peut masquer certaines difficultés qui, qu'on ne peut pas percevoir ou que l'on ne peut percevoir que lorsqu'on va chez elle.

**Animateur :** Oui, difficultés à quel niveau ?

**Docteur C :** Au niveau de son autonomie réelle.

**Animateur :** Que de l'autonomie, mais pas

**Docteur C :** Au niveau de son, au niveau de l'observance des traitements, des possibilités qui ont été mises en place effectivement.

**Animateur :** Docteur D

**Docteur D :** Cela va concerner principalement les personnes âgées qui sont à domicile avec ou sans aides. Effectivement on a pu être amené à une fois les voir chez nous parce que «Ca allait bien docteur, j'ai réussi à venir » ou alors, une fois elles n'y arrivent pas, il fait plus froid, elles sont un petit peu enrhumées, elles toussent un peu ou des douleurs d'arthrose supplémentaires. Souvent ce type de personnes, on est déjà à leur demander « Quelles sont vos aides ? Est-ce que vous avez besoin d'aides supplémentaires ? Est-ce que vous y arrivez pour les courses ? Est-ce que vous y arrivez pour le ménage ? » Et il y a parfois une discordance qui peut exister entre la réponse qui nous est donnée et la réalité de ce qu'on voit au domicile du patient quant au ménage, quant au rangement, quand vous voyez dans la cuisine, c'est les assiettes sales qui s'empilent, ce genre de choses et que, pareil dans la chambre, pour accéder au lit « Bon bah non, finalement je vais peut être vous examiner dans le canapé, ce sera plus facile ». Donc là pareil pour la surveillance des traitements, souvent ce type de personnes a un semainier, on arrive le mardi, vous voyez que la moitié des médicaments du lundi, du dimanche, du samedi n'ont pas été pris, et puis ils vous disent «L'infirmière revient demain pour faire le semainier ». Ce qui veut dire que les traitements des jours précédents n'ont pas été pris. Ce genre d'information, on ne peut l'avoir qu'en visite, parce que en plus il y a souvent une discordance entre le discours que nous tient le patient sur « Je me débrouille j'y arrive, ça va docteur. Je n'ai pas besoin d'aide ». Et quand vous faites le domicile, mais « On ne parle pas de la même personne là ». Donc effectivement là, on va d'autant plus insister sur la nécessité de l'aide « Bah écoutez, là, monsieur ou madame plutôt madame, vous devez prendre ces médicaments là » « Ah bah oui mais celui là c'est deux blancs, avant j'avais deux roses ». Alors en plus avec les génériques qui n'arrêtent pas changer, ça ne nous aide pas nécessairement. Donc là ça permet d'acter les difficultés qu'on peut avoir à rencontrer et en se disant « Ah bah tiens ce traitement là il n'était pas efficace ». Mais non il a été efficace, mais simplement il n'était pas pris. Donc à partir de là, c'est l'optimisation de la prise en charge de l'environnement du patient plutôt que du patient lui-même, qui va peut être permettre d'améliorer la santé, la qualité de vie du patient, toutes les aides quoi, qui sont parfois difficiles à obtenir. Ca, c'est un autre problème.

**Animateur :** Ok, c'est tout ce que vous voyez pour l'instant ? Docteur E

**Docteur E :** Moi je dirais qu'on apprend des éléments et on a des réponses à des questions qu'on ne se pose pas. Je me souviens d'une dame qui est extrêmement âgée qui a plus de, plus de 90 ans je ne me souviens plus quel âge elle a, qui est très malentendante donc la seule solution pour qu'elle entende quand quelqu'un arrive c'est qu'elle a un petit chien, donc c'est le chien qui aboie beaucoup plus fort que la sonnette ou le petit coup de poing qui fait qu'elle vient répondre, sinon on peut passer un quart

d'heure dehors à attendre. C'est ce qui m'est arrivé la dernière fois, le chien aboyait, aboyait. « Tais-toi, tais-toi ». Et puis moi je ne pouvais rentrer que quand le chien recommençait à aboyer une deuxième fois, donc là j'ai réussi à entrer et cette femme qui vit seule, donc a plus de 90 ans, qui a des difficultés, des troubles de la marche, donc qui faisait des chutes régulièrement on se demandait ce qui se passait et j'ai découvert en allant chez elle, en fait que ses toilettes étaient dans le fond du jardin et que d'aucune façon elle n'espérait changer les choses, parce que c'était comme ça. Et donc c'était une question que je n'aurais jamais posée « Est-ce que vos toilettes sont dans la maison ? » C'est une question qui ne nous vient pas à l'idée. Des éléments comme ça, comme la présence d'animaux, enfin c'est des éléments, c'est pareil des questions qu'on ne pose pas au cabinet médical. Ca ne m'est pas venu à l'idée de demander : « Est-ce que vous avez un chien, un chat ? » qui entre autres peuvent être source de chute et qui au niveau justement même de l'alimentation des personnes. Moi je me souviens d'une dame démente qui était très jeune, qui vivait avec son père qui était lui très âgé, avec un chien. En fin de compte elle ne faisait que maigrir à longueur de temps, je me demandais ce qui se passait et en fait c'était le chien qui mangeait toute son alimentation. Et cette personne a fini par être placée, et donc en institution elle a pris 15 kilos en un an parce qu'en fait elle était sous-alimentée. Donc ça, c'est des choses, la première fois où je l'ai vue à domicile, j'ai bien vu qu'il y avait des choses qui n'allait pas. Mais finalement là ça a été bénéfique de la voir à domicile, cette personne qui était recueillie par son père 87 ans, elle en avait 60, elle était complètement démente et en fin de compte j'ai constaté énormément de chose en la voyant à domicile et là pour le coup la visite à domicile était plus bénéfique que la consultation, qui ne m'avait pas apporté grand-chose. Donc je pense que ça répond à des questions qu'on ne se pose pas, rien qu'en observant, voilà.

**Animateur :** Très bien, Docteur F

**Docteur F :** Je pense qu'au niveau de l'environnement il y a plein de choses, en particulier le domicile. La maison est-elle isolée ? Est-elle ou pas isolée ? Si elle n'est pas isolée, est-ce que ce sont des résidences secondaires fermées les trois quart du temps ou au contraire des voisins très proches ? Il y a la qualité de la maison, son confort, son accessibilité, si c'est quelqu'un d'âgé et peu mobile, l'hygiène de la maison, les toilettes, la chambre. Au niveau des médicaments, il y a aussi la gestion des stocks, les génériques qui ont changé d'une pharmacie à l'autre et on trouve des poches pleines de médicaments parce que la même molécule a changé, de pilule verte on est passé à gélule blanche. Donc je pense qu'il y a aussi l'environnement familial. En milieu rural, on a vu souvent les maisons divisées en deux, par exemple des anciennes fermes, ou des choses comme ça, et il y a deux ou trois générations avec parfois la belle-mère qui vient sans qu'on la sonne fouiller, on se dit que si la belle-fille est un peu pas très bien dans sa tête, c'est parce qu'elle n'arrive pas à trouver sa place dans le foyer. Et anecdote de lundi, je suis allée voir une dame qui avait des troubles, qui commence à avoir des troubles cognitifs, on est passé la voir j'étais avec l'interne, et on a sonné, frappé, appelé au

téléphone parce qu'elle est sourde aussi et elle m'a dit « J'ai perdu la clé ». Elle a ouvert la fenêtre qui était au moins à 1m 50, elle avait perdu la clé, elle n'arrivait plus à nous ouvrir. Donc comme l'interne est nettement plus jeune que moi et plus sportive, je lui ai fait la courte échelle et elle passée par la fenêtre et elle m'a dit « T'inquiète pas je t'ouvre par le garage. » Voilà, comme quoi, ça permet de s'apercevoir que les troubles cognitifs qui avaient été signalés par le fils sont beaucoup plus importants que ce qu'on m'avait dit

**Animateur :** Allez-y

**Docteur A :** Alors en visite et bien effectivement l'environnement, c'est-à-dire les conditions. Est-ce que c'est un plain-pied ? Est-ce que c'est une maison à étage ? Est-ce qu'il y a des risques de chute, des tapis par terre, des petites marches là entre les pièces ? L'hygiène, effectivement, les toilettes, mais aussi la salle de bain. Quoi d'autre ? L'environnement, le voisinage, donc les personnes ressource éventuelles, c'est très important. Oui la boîte de traitement, c'est quelque fois, on s'aperçoit qu'il reste du stock dans les placards, que les médicaments ne sont pas bien pris, ça aussi c'est une chose qu'on peut voir dans la maison.

**Animateur :** Docteur B

**Docteur B :** C'est difficile de rajouter quelque chose vous avez déjà tout dit. Mais effectivement, l'appréciation au niveau environnement, enfin domicile, effectivement je crois qu'il n'y a que à domicile qu'on peut vraiment apprécier. Enfin au cabinet quand même on a des moyens. Mais le risque de chute, il est vraiment bien sûrement mieux vu à domicile avec effectivement les descentes de lit, les chaussons qui ne sont pas adaptés. Et puis on a d'autres aussi items aussi qu'on peut repérer qui sont importants. Moi ça m'est arrivé parfois d'ouvrir le frigo avec la patiente pour voir ce qu'il y avait dedans, bah c'est quand même instructif sur ce qui se passe, sur ce qu'on peut mettre en place au niveau portage des repas, chose comme ça. Et puis c'est convaincre les gens d'accepter un peu des aides. C'est peut être plus facile justement quand on les met face à leurs difficultés dans leur quotidien chez eux, pour qu'ils acceptent un peu qu'on mette en place quelque chose, notamment sur l'alimentation, sur l'hygiène. Alors sur le risque aussi iatrogène c'est vraiment effectivement on a tous expérimenté, que des sacs plastiques avec trente-six boîtes et des anciennes boîtes qui sont gardées parce que ce médicament là et bien ça me faisait du bien alors je le prends quand même de temps en temps et il fait redondance avec un autre. C'est quand même, ça donne quelques petits frissons quand on voit ça, voilà, pour le reste je suis d'accord avec mes collègues.

**Animateur :** Alors Docteur C quelque chose à rajouter, Docteur D

**Docteur D :** Non

**Animateur :** Je crois qu'on a fait le tour de la question. On va passer à la quatrième question : quel changement dans la relation médecin- patient remarquez-vous lors d'une

visite à domicile ? Est- ce que le patient il est exactement le même patient que d'habitude ou est-ce qu'il ya une différence dans la relation ? C'est le Docteur D qui va commencer

**Docteur D :** (.) Il y a peut être une, pfff, ce n'est pas systématique, peut être une notion du patient qui est peut être un petit peu moins déstabilisé. Je ne sais pas si on peut parler de position d'infériorité, donc c'est vraiment le docteur et le patient. Lorsqu'ils sont chez eux, ils sont plus dans leurs repères et il y a peut être une moindre appréhension de la visite du médecin. Fondamentalement je ne crois pas que ça modifie grandement la relation. La majorité des visites que j'effectue étant plus en maison de retraite donc là ce n'est pas réellement leur domicile. Souvent ils sont venus parce qu'il fallait venir, ils étaient obligés, ce n'est pas leur chez eux. Ils ne s'approprient pas pareillement la maison de retraite. Effectivement lorsqu'il y a des visites dans leur maison dans leur appartement qu'ils occupent depuis plusieurs années. On suit un patient qui va peut être se confier plus facilement, qu'il y aura moins l'écueil du bureau. Souvent en consult, il y a le patient, il y a le bureau, puis il y a le médecin. Souvent là on est au coin du salon, sur la table de la cuisine et ça peut peut-être amener une relation, des confidences autres qu'on n'aurait peut-être pas eues dans des circonstances différentes. Et puis j'avoue que, il ne me propose jamais de m'offrir un café au cabinet.

{Rires de toute la salle}

**Animateur :** De vous offrir le café ?

**Docteur D :** Oui

**Animateur :** Docteur E

**Docteur E :** Je pense que, alors quel changement, ça dépend si on parle effectivement entre la différence entre une consultation et une visite ou bien des changements de la personne finalement. Donc c'est vrai pour les personnes qui sont en établissement, c'est tellement un changement pour eux que tout est changé, donc c'est vrai que là c'est plutôt à mon avis, peut-être moins agréable pour eux. Alors qu'à l'inverse une personne qui est toujours à son domicile, c'est vrai qu'elle est, elle est effectivement je pense un peu plus en confiance à son domicile, et puis c'est vrai que du coup on a plus de confiance, qu'on n'aurait pas eues sur certaines difficultés rencontrées. Maintenant dans tout ce qui est visite plutôt en urgence pour des personnes qui sont vues habituellement en consultation, là on sent, aussi, peut-être une grande attente de l'acte médical pour les actes plus en urgence où ils attendent vraiment une réponse importante. Quand c'est un renouvellement, ils savent que ça doit avoir lieu, mais enfin à la limite il n'y en aurait pas on enverrait des feuilles quelques fois, et bien certaines personnes ça leur suffirait. Tandis que là quand les personnes sont vraiment en situation de détresse, là on retrouve un peu c'est vrai le rôle habituel du médecin qui apporte une réponse à un problème qui va dégénérer s'il n'est pas pris en charge. Enfin ça c'est vraiment la problématique peut être

des visites d'urgences où là on apporte vraiment une solution, qui peut être une hospitalisation par exemple

**Animateur :** Est-ce que ça change par rapport à la consultation ?

**Docteur E :** J'ai l'impression oui, j'ai l'impression parce qu'en fait, si déjà ils n'ont pas pu venir, c'est que c'est plus grave que d'habitude, donc l'attente d'une prise en charge et d'une réponse elle est plus, plus élevée, quoi, donc plus importante.

**Animateur :** D'accord, Docteur F

**Docteur F :** Moi je dirais effectivement que ce n'est pas la même chose entre une visite urgente où à priori il y a un motif quand même qui fait que la réponse ne va pas être la même qu'une visite programmée où le patient ne sait pas trop quand on va passer. Il n'a pas à attendre contrairement au cabinet de consultation, donc on ose espérer qu'il va être plus détendu et moins râleur. Il est quand même chez lui, dans ses meubles, dans ses repères. Quelque part il nous invite chez lui, il peut aussi nous passer à la porte si la relation se passe mal, il ne peut pas nous passer à la porte de notre cabinet. Je crois quand même qu'il est plus détendu et que ce n'est pas tout à fait le même type de relation au cours de l'entretien. Plus détendu, et plus décontracté et plus ouvert

**Animateur :** Très bien, Docteur A

**Docteur A :** Je crois que je suis plus cool quand je suis chez les gens. On est chez lui, il n'est pas chez nous et ça change quand même beaucoup de chose ça. J'ai remarqué par exemple pour certains patients si je leur prends la pression artérielle à la maison, c'est toujours mieux qu'au cabinet, c'est différent. Sinon, oui, on n'a pas la même routine, on a un rituel en général au cabinet et il est un peu différent, il est différent en visite à domicile. Même pour les renouvellements de traitement je trouve que c'est, oui, on adopte d'autres habitudes. Et puis bien sûr quand il s'agit de visites, on va dire, non programmées, forcément que l'état des patients est différent d'un état chronique, ça peut être aussi, ça peut être différent dans la manière d'examiner. J'ai l'impression de mieux maîtriser le temps quand je suis en visite par rapport à la consultation, c'est une impression.

**Animateur :** Vous voulez dire de mieux gérer de mieux, de plus être maître

**Docteur A :** Du temps oui

**Animateur :** Et sur la relation médecin- patient, tu as autre chose à dire, sur la relation elle-même entre, entre le médecin et le patient ?

**Docteur A :** Je le trouve plus détendu effectivement, parce qu'il est chez lui, je pense.

**Animateur :** Docteur B

**Docteur B :** La différence entre la présence du patient au cabinet ou dans son domicile, effectivement là on est chez lui, on n'est pas chez nous et je pense que même si au fil des années on crée des relations quand même fortes avec nos patients, avec. Là, à domicile il y a un degré d'intimité en plus par rapport au cabinet, on devient encore plus intime quelque part parce qu'on est vraiment dans les meubles. Il y a les photos qui sont là, il y a le petit chocolat qui nous est donné à Noël, éventuellement le café. Ça renforce une proximité, en fait au niveau de la relation pour certains patients. C'est ça que je verrais comme différence en fait. Parce qu'effectivement, les gens peuvent être plus détendus, oui c'est sûr, ils sont chez eux

**Animateur :** Docteur C

**Docteur C :** Oui, je suis tout à fait d'accord, sur le, la valorisation du colloque singulier, c'est le lieu de vie de la personne, qui ne rentre pas dans un système normatif de la consultation, avec ses exigences, ses parasitages. On est vraiment dans un domaine où on est au cœur d'une relation exclusive, c'est-à-dire qu'on est à la disposition et on a fait aussi l'effort de se déplacer, choses auxquelles les patients sont quand même sensibles, surtout que c'est de plus du tout quelque chose maintenant de banal, comme on a pu le connaître il y a trente ans. Donc on est vraiment dans une dimension relationnelle vraiment privilégiée. On le retrouve, moi, je le retrouve maintenant, c'est un grand bonheur, ça me rappelle de très bons souvenirs de mes débuts de médecin, voilà. Et j'essaie de le cultiver parce que j'ai une organisation qui me permet de le faire maintenant. Mais j'en ressens que c'était devenu une certaine forme de carence dans mon métier de médecin de campagne, de ne plus pouvoir le faire, et j'en suis heureux maintenant

**Animateur :** D'accord, est-ce que dans la relation, est-ce que pour certains, chez vous, enfin, est-ce qu'il y a une crainte éventuellement du médecin d'aller chez le patient ? Pour la relation elle-même ou pour éventuellement les conditions où ça se passe ?

**Docteur C :** Chez un psychopathe, oui

**Animateur :** Docteur D

**Docteur D :** Moi j'ai pensé à ça tout de suite la même chose, effectivement, c'est exceptionnel, chez le patient psychopathe, si c'est une demande un peu particulière, est-ce que je vais y répondre ? Ce n'est pas certain. En général, ils n'ont pas de souci corporel, ils peuvent se déplacer mais si c'est une demande qui me paraît un peu particulière ou bizarre, et que la personne vit seule chez lui, ou qu'il n'y a pas vraiment d'accompagnants. Est-ce que j'irai ? Ce n'est pas certain. Voilà, c'est le seul cas où je me poserai la question sur la réalité de la visite, mais ça reste exceptionnel.

**Docteur E :** Moi, je dirais sur la crainte, en dehors de la crainte physique où le patient qui peut être ou alcoolique, ou je ne sais quoi, qui peut être une crainte réelle. On peut aussi

se trouver dans la crainte de se trouver face à un problème qui va être très chronophage et très preneur de temps, et très quelques fois, difficile à résoudre parce que justement une difficulté médicale particulière avec une nécessité d'hospitalisation, une personne qui refuse, et là on se trouve vraiment devant une difficulté, où là on doit prendre des décisions, quelque fois contre l'avis de la personne et ça, ça peut être une forme de crainte, qui n'est pas une crainte physique, mais une crainte de se trouver dans une difficulté, ou de prendre des décisions fermes qui sont, avec lesquelles la personne ne va pas être forcément, adhérer quoi. Je reviendrais aussi sur l'histoire de l'intimité et c'est vrai qu'on arrive actuellement à faire, enfin moi je trouve qu'il y a des petites différences de relation entre les gens chez lesquels on est déjà allé, et les gens chez lesquels on n'est jamais allé en visite justement. Parce que par rapport à ceux qu'on connaît depuis très longtemps qu'on a forcément vu en visite parce qu'il leur est tous arrivé quelque chose, et puis à l'époque on les voyait tous à peu près une à deux fois par an en visite. Maintenant, il y a des gens qu'on n'a plus du tout vu en visite, jamais, qu'on suit depuis plusieurs années, mais qu'on a jamais vu à leur domicile. Mais c'est vrai qu'il y a quand même une différence sur la connaissance des gens, lié à ça, et donc sur l'intimité, c'est vrai qu'il y a une énorme différence

**Animateur :** Docteur F

**Docteur F :** Moi, je pense qu'en dehors des visites de garde à la demande du médecin régulateur, au niveau des visites de la patientèle habituelle, je n'ai pas vraiment de craintes, ou alors c'est vraiment exceptionnel, je n'ai pas de crainte particulière à aller chez les gens

**Animateur :** Il n'y a rien d'autre à ajouter sur la relation médecin-patient éventuellement ?

**Docteur F :** J'aime bien l'idée des photos qui prouvent qu'on entre dans l'intimité des gens quand on va à domicile, où on nous montre les photos de la dernière fête de famille, du baptême, du mariage, du machin, du dernier petit-fils, voir arrière petit-fils. Ça montre, c'est des choses que les gens n'amènent pas au cabinet, et ça prouve quand même qu'on est intégré dans leur intimité

**Animateur :** Docteur A

**Docteur A :** Une même remarque moi, sur l'intimité, à travers des photos ou des trophées de ceci cela, on apprend des choses et non médicales, ça fait rien ça. On passe parfois de l'empathie à la sympathie, ça modifie de toute façon la nature de la relation d'être en visite plutôt qu'au cabinet. La crainte du patient lui-même, non je n'ai pas cette crainte, celle du parking, de ne pas trouver où me garer {rires} ça n'a rien à voir

**Animateur :** Docteur B, quelque chose à rajouter ?

**Docteur B :** Non, je ne pense pas, non

**Docteur C :** Ca peut être schématique, mais j'ai le sentiment qu'on s'intéresse plus à la personne en visite qu'à sa maladie.

**Animateur :** Ca a amené pas mal de réponses, quand même malgré tout. On va passer à la cinquième question. Quelle place la visite à domicile tient-elle dans votre activité quotidienne et comment la jugez- vous ? A lors pour un petit peu apporter quelques éléments de réponses ou un plan, est-ce que sa nécessité, est ce que c'est indispensable ou pas, est ce que c'est plus ou moins chronophage, est-ce qu'il y a un rôle sur le plan social, est-ce que vous craignez éventuellement accidents ou chose qui vous gêne, qui vous gênerait éventuellement, est-ce que vous trouvez que vous êtes bien rémunérés pour cette visite, est –ce que vous y allez parce que pour ne pas perdre le patient, ou quelque chose comme ça ? Qu'est-ce qui dans votre activité quotidienne, quelle place a-t-elle à tout ces niveaux là ?

**Docteur E :** Alors déjà elle a une place quotidienne, dans mon activité quotidienne, puisque moi j'en ai tout les jours des visites sauf le samedi matin où là on refuse quasiment systématiquement, on transmet à la secrétaire qu'elle refuse, hormis infarctus, et encore ce sera même plus nous, donc sinon, il n'y a pratiquement pas de visite ce jour là. C'est vraiment déjà une place quotidienne. Pour ma part c'est une tranche horaire, donc les gens, c'est une tranche de deux heures à peu près, c'est pratiquement toujours la même depuis des années. Ce qui fait que les gens, les gens n'attendent pas, ils savent que c'est dans cette période là, donc il n'y a jamais de surprise. Je pense que je n'ai pas envie que ça disparaisse, parce qu'effectivement je pense qu'on a un lien différent avec toutes ces personnes qu'on voit en visite ou même que ce soit des visites systématiques ou que ce soit des visites exceptionnelles, par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure. Qu'est-ce que je voulais dire, là pour l'instant, c'est tout.

**Animateur :** Docteur F

**Docteur F :** Pour moi la visite reste indispensable. Moi aussi, c'est toujours sur le même créneau de la journée, c'est plutôt en début d'après-midi entre quatorze heures et dix-sept heures. C'est un rythme de travail différent. J'y vois aussi un côté agréable, j'ai la chance de travailler dans une région qui est magnifique. Moi quand je prends ma voiture pour sillonner les petits chemins et les bois, je trouve ça plutôt sympa et détendant plutôt que d'enfiler les consultations tout les quart d'heure, vingt minutes. Comme je le disais, elle me paraît indispensable. Est-ce qu'elle est bien rémunérée ? Je considère que la société nous rémunère par rapport à ce qu'on lui apporte donc, c'est à nous de nous poser des questions si on pense qu'on n'est pas suffisamment rémunéré.

**Animateur :** Très bien

**Docteur A :** Alors quelle place elle tient ? Donc c'est quatorze heures à quinze heures trente, seize heures éventuellement. S'il n'y a pas de visite prévue, et bien, je commencerai les consultations plus tôt. Ça me permet donc d'avoir, d'adopter un autre rythme. En consultation, c'est vrai qu'il n'y a pas de temps mort entre deux consultations en général. On n'a à peine le temps d'oublier le patient précédent, on est déjà obligé de passer au suivant. En visite, on a ce déplacement entre deux domiciles qui permet de souffler, d'écouter la radio, de réfléchir. Enfin, c'est vraiment très agréable cette chose là. Et moi, je suis très heureux d'avoir ce créneau de visite en début d'après-midi qui me permet ensuite d'avoir un temps de consultation moins long dans l'après-midi. C'est vraiment, c'est une bouffée d'oxygène, ça détend le muscle cérébral. Même si à une époque, je disais « objectif zéro visite, je revends ma voiture ». Euh non, non. A l'inverse, ça me permet de justifier des frais kilométriques, d'avoir une deuxième voiture. Alors est-ce qu'elle est bien payée ? Non, elle n'est pas bien payée, mais ce n'est pas grave.

**Animateur :** Docteur B

**Docteur B :** Moi, elle n'est pas quotidienne comme activité, parce qu'elle est programmée essentiellement un jour dans la semaine de dix heures à midi, et puis les autres jours, c'est exceptionnel, en début d'après-midi, entre treize heures trente et quatorze heures trente, donc ce n'est pas de l'ordre du quotidien. C'est vrai que j'apprécie aussi moi le côté petite bouffée d'oxygène avec cet espace-temps de déplacement qui permet de ne pas être dans l'enchaînement continu des consultations sans reprendre de souffle. Moi, en plus je les fait, moi je suis en centre ville, et je fais mes visites en vélo, donc il ne pleut pas si souvent à Nantes qu'on veut bien le dire et c'est fort agréable en fait d'avoir cette petite détente là et en plus je ne m'énerve pas à chercher des places, parce que je stationne en bas de chez les patients ou devant les maisons de retraite, et que ce n'est pas une source d'agacement supplémentaire, l'histoire de la circulation. Comment je la juge autrement ? Je la juge, effectivement, pour ce que je fais comme visite, par rapport aux patients chez lesquels je vais, je la juge indispensable. Je l'ai dit, je ne vois pas comment ces patients là, ça pourrait être autrement pour eux qu'un médecin qui vienne à domicile ou en maison de retraite, ça me paraît tout à fait indispensable. Pour ce qui est de la rémunération de la visite, j'avoue que je ne me pose pas la question, elle fait partie de ma mission. Personnellement le paiement à l'acte, ça fait vingt-cinq ans que je suis installée, ça fait vingt-cinq ans que ça me pèse beaucoup, donc voilà.

**Animateur :** Docteur C

**Docteur C :** Elle n'est pas quotidienne non plus, elle est programmée sur deux demi-journées. Donc où je prends mon temps, sauf donc des urgences que prends entre midi et deux. Elle me paraît effectivement indispensable, il y a des patients qui ne peuvent pas être pris en charge autrement que par ce moyen là. Est-elle bien rémunérée ? C'est anecdotique, de toute façon ça représente une si faible part de l'activité professionnelle maintenant, que ça, à la limite ...

**Animateur** : Ok, Docteur D

**Docteur D** : Pour moi, de toute façon elle est quotidienne, voire biquotidienne. J'ai deux tranches horaires. Il arrive qu'en début d'après-midi j'ai juste une visite, donc dans ces cas là, la secrétaire remonte les consultations. Donc, j'apprécie également ces moments de pause, où on n'est pas effectivement à enchaîner les patients sans temps morts. Par contre comme j'ai un secteur de visites qui est relativement grand, je dois prendre ma voiture, avec parfois des soucis de circulation, et les conditions à Nantes, effectivement c'est moins détente, plus tension. Autrement au maximum maintenant j'essaie de faire soit à pieds soit en vélo. Comme j'ai la chance d'être installé juste en face du jardin des plantes, aller faire une visite en traversant le jardin des plantes à l'aller et au retour, j'avoue qu'il y a des moments plus désagréables dans la journée, donc c'est certain. Moi, elle me semble strictement indispensable, je ne vois pas comment je pourrais exercer mon activité avec certains de mes patients, si je n'avais pas la visite. Donc je fais de la régulation, quand j'entends certains médecins euh, patient que j'ai au téléphone, à qui je dirais : « et bien demain faites venir votre médecin » « Mon médecin ne fait pas de visite ». J'avoue qu'un médecin généraliste qui ne fait pas de visite, j'aimerais qu'il m'explique comment il envisage son activité de médecin généraliste, moi j'avoue que c'est quelque chose qui me sidère, que je n'arrive pas à comprendre. Pour moi c'est indispensable, c'est pour ça qu'effectivement elle n'est pas assez rémunérée par rapport au déplacement... On sait très bien que ce n'est pas là-dessus qu'on va faire, ce n'est pas ça qui va être un obstacle à la visite de toute façon.

**Animateur** : Très bien, donc Docteur E

**Docteur E** : Donc, j'avais commencé. Je rajouterai juste un petit élément, c'est que depuis que en étant maître de stage, c'est vrai que c'est un petit élément positif, puisque ça permet de présenter un petit peu la personne qu'on va voir, et de présenter des choses justement, des parties non-médicales. Je pense que ça permet aux jeunes de se rendre compte que c'est important le non-médical pour soigner les gens.

**Animateur** : Tout le monde a répondu sur le fait qu'elle soit indispensable ou pas ? Chacun a donné une réponse à ce propos ?

Le groupe : Oui

**Animateur** : Deux petites choses que je voudrais faire préciser moi éventuellement. C'est est-ce que vous pensez que c'est un acte plus médical, enfin un acte médical pur ou un acte plutôt social, d'une part ? Et puis d'autre part, est-ce que vous avez quelques fois peur de refuser une visite par clientélisme, enfin parce que c'est difficile de refuser une visite sinon c'est quelqu'un d'autre qui va la faire auquel cas vous... ?

**Docteur E :** Et bien là, on est dans une petite commune, enfin moi je suis dans une petite commune, il y a plusieurs médecins certes, et de toute façon les gens naviguent d'un médecin à l'autre, certains personnes. Donc le peur du clientélisme ? Non, je ne sais pas.

**Animateur :** Et sur l'aspect social ?

**Docteur E :** Alors sur l'aspect social, c'est médico-social plus. Mais étant donné la moyenne d'âge des gens qu'on voit en visite, c'est souvent plus médico-social. Ceci étant, une sciatique qui ne peut pas se déplacer de son domicile reste quand même un acte médical, purement, avec éventuellement une injection, donc là on est dans le médical pur.

**Animateur :** Docteur F

**Docteur F :** Ca reste un geste médical, avec certainement un plus social, qu'on n'a plus au cabinet sur des consultations programmées. Pour rebondir sur ce que disait mon collègue, moi j'ai un jeune collègue qui s'est installé il y a quelques années pas très loin et qui refuse systématiquement toute visite. Je trouve ça quand même désolant, parce que j'ai l'exemple de patients de 95 ans, insuffisance cardio-respiratoire, cancer de la prostate avec des métastases osseuses qui se déplacent en déambulateur, qui doivent prendre un taxi pour venir à la consultation. Je trouve ça choquant.

**Animateur :** Donc pas de problème de clientélisme ?

**Docteur F :** Non

**Docteur A :** Alors, c'est un acte médical, pour moi. Non, je ne vois pas ça du côté social, c'est médical. De toute façon, puisque j'ai envie de dire que toutes mes visites sont médicalement justifiées. Alors est-ce qu'on refuse ? Ma secrétaire est très incitative pour faire venir au cabinet. Il n'y a que vraiment que quand ça perturbe notre emploi du temps, si je devais faire une visite comme ça impromptue, qu'on confie la visite à SOS, sinon, on les prend, on se débrouille, on y arrive.

**Animateur :** Docteur B

**Docteur B :** Pour ce qui est du caractère médico-social de la visite. Médical, évidemment, j'ai envie de dire, social, après tout dépend de ce que l'on entend par social mais on fait toujours, au quotidien, en consultation et en visite, du médico-social. La santé ce n'est pas que le médicament, ce n'est pas que. Donc on est bien amené à s'interroger, à intervenir sur des champs un peu au-delà du purement médical. Et puis pour ce qui du refus potentiel, du non-refus potentiel de visite par crainte du clientélisme, je crois que la démographie médicale est telle maintenant qu'on a tous plutôt envie d'avoir une charge de travail moins importante, et que ce n'est vraiment pas un critère ça pour faire une visite.

**Animateur :** Docteur C

**Docteur C :** oui, je crois que la visite reste la marque de la spécialité de la médecine générale. C'est peut-être encore une de ses dernières spécificités. Je pense qu'il faut la conserver avec tout ce que ça comporte comme pertinence. Ça ne doit pas être, comme ça a pu l'être une obligation, ou une consommation médicale, une justification, une pertinence à analyser. Ça, je pense il faut. Mais ça doit rester humainement et médicalement quelque chose d'indispensable, oui, effectivement. Moi les exemples que vous donnez de confrères qui refusent de principe toute visite, je pense, je suis un peu inquiet

**Docteur D :** Moi, pour moi, ça reste un acte médical, totalement, qui fait entièrement partie de notre créneau d'activité. Après quant à refuser une visite ou faire la visite dans le créneau de temps demandé, ce genre de patients s'il va voir ailleurs, ça ne me dérange pas outre mesure

**Animateur :** Très bien, dernière question : quel avenir voyez-vous pour la visite à domicile ? Y êtes-vous très attachés ? Alors quel rôle vous vous mettez vous à l'intérieur de cette visite éventuellement et est-ce que sur l'augmentation, diminution, pour quelles raisons éventuellement essayez de donner. On va commencer par le Docteur F, si tu vois quelque chose à dire, pour quelles raisons ?

**Docteur F :** Je crois que la visite a encore de l'avenir, surtout par la promotion du maintien à domicile, donc par définition des gens en moins bon état, et donc ces gens là auront toujours besoin des visites à domicile. Elle aura quand même tendance à diminuer inéluctablement. Moi j'y suis attaché. Je pense que c'est un des aspects de notre exercice, et je pense que ça reste important.

**Animateur :** Tu ne vois pas d'autres raisons pour lesquelles elle pourrait diminuer, autre que la demande ?

**Docteur F :** Redire, ce que je disais tout à l'heure, avec l'évolution des jeunes générations, je ne sais pas trop comment les choses évolueront.

**Animateur :** Docteur A

**Docteur A :** Je pense que la visite ne va pas disparaître. C'est quand, ça reste quand même une manière, on va dire, pragmatique de travailler, pour, dans certains cas. C'est finalement tout à fait adapté pour examiner les gens. Autant je comprends que la nuit, on soit passé d'un système de gardes, il y avait plein de médecins de garde qui ne voyaient pas grand monde, et les visites régulées, et que là on déplace plutôt les gens en ambulance ... pour la nuit. Mais dans la journée, il me semble tout à fait normal qu'on fasse des visites, ça me semblerait disproportionné de créer une organisation différente. Bien sûr, on peut toujours privilégier les consultations au cabinet, on a toujours essayé de

demander aux patients de venir au cabinet parce que les conditions de l'examen ne sont pas non plus favorables, les actes techniques sont beaucoup plus possible qu'à la maison. Sinon, je ne suis pas du tout favorable à la disparition totale de la visite.

**Animateur :** Très bien, docteur B

**Docteur B :** Moi je vais dire un peu la même chose, je ne vois pas pourquoi on se pose la question de l'avenir de la visite. Je crois, qu'il y a des contextes, où elle est indispensable, je ne vois pas comment on pourrait faire autrement. Et est-ce que on n'y est nous attaché ? Ce n'est pas une histoire d'attachement, c'est que justement par définition, s'il y a des contextes où elle est indispensable, ce n'est pas notre attachement qui fait qu'on choisisse nous même la visite à domicile par rapport, c'est

**Animateur :** Par rapport éventuellement à faire venir le patient chez soi ?

**Docteur B :** Oui mais il y a des contextes, effectivement, on évoquait des situations la sciatique hyperalgique, ou la personne âgée, ou le patient qui est peu mobile, ou le patient qui a des métastases osseuses et qui se déplace difficilement, ça me paraît enfin impensable qu'on demande à ces gens là de se déplacer en taxi, en bus. Alors est-ce que c'est une histoire de l'évolution de la visite, de, enfin d'âge professionnel ? Je ne suis pas sûre. Moi j'ai une petite anecdote, récemment un appel de RESPAVIE, qui me demandait d'intervenir pour un patient que je ne connaissais pas, qui était en soins palliatifs, qui allait passer en soins palliatifs, et parce que son médecin qui le suivait depuis vingt ans disait qu'il ne se déplaçait pas à domicile, donc là ce n'était pas un jeune médecin et là j'ai, en plus ce n'était même pas dans mon quartier, je suis un peu tombée des nues. J'ai dit je ne vois pas pourquoi je prendrais du temps moi pour suppléer un collègue. Je n'ai pas compris la démarche. Comme quoi ce n'est pas forcément les jeunes qui font ce choix là.

**Animateur :** Docteur C

**Docteur C :** Je pense qu'effectivement qu'il y a de l'incontournable. On ne pourra pas réduire, on peut toujours réduire en créant des outils que l'on considère adaptés à telles ou telles situations, on a vu ça pour les visites d'urgence, on a vu ça, tout ça, ce n'est plus très important. Pour des cas vraiment très particulier, où le médecin, le médecin généraliste aura toujours sa place. Après, je dirais que l'avenir de la visite est aussi lié à l'avenir de notre métier dans sa globalité, ce n'est peut être pas tellement la visite elle-même qui peut être remise en cause

**Animateur :** Tu y restes très attaché ?

**Docteur C :** J'y suis de plus en plus attaché. Je l'ai été de moins en moins à une période de mon activité professionnelle débordante, où je ne savais plus où donner de la tête, et je

suis de plus en plus attaché parce qu'une bonne organisationnelle permet d'optimiser une prise en charge globale dans certaines caractéristiques particulières

**Animateur :** Docteur D

**Docteur D :** Je pense que l'avenir de la visite à domicile restera nécessaire, dans la mesure où actuellement, j'ai l'impression qu'on a atteint un plateau de visites depuis quelques années. Si elle doit aller dans un sens d'évolution, ce sera peut être plutôt en augmentation dans la mesure où on va avoir une population âgée de plus en plus dépendante. Il y aura peut être plus de personnes, des structures à domicile, des maisons de retraite, ces personnes là, le déplacement, à moins qu'on ne crée des moyens, je ne vois pas trop comment on les verra en consultation, donc

**Docteur E :** En car

**Docteur D :** Oui, en car, voilà, c'est ça

{Rires}

**Docteur D :** Et, donc je crois que ça va rester, peut être un petit plus qu'actuellement d'ici dix, ou vingt, ou trente ans, mais ça ne sera plus pour nous. Et d'autre part est-ce que j'y suis attaché ? Oui, j'y suis attaché, dans la mesure où pour moi ça représente une fenêtre, une pause dans la journée. Et j'avoue que sur un même nombre d'heures de travail, s'il y a une journée où j'ai fait simplement une heure ou une heure et demie de visites, c'est-à-dire une ou deux, et puis tout le reste en consultation, je vais être plus fatigué le soir, et ce n'est pas dépendant du nombre de personnes qu'on a pu voir le soir, que le jour où j'ai fait trois heures de visites et je vais ... on bourre plus dans la consultation, pour voir le même nombre de gens et pourtant c'est le jour où j'aurais vu le même nombre de personnes avec trois heures de visite où je serai plus calme, plus relaxé le soir, parce que j'aurais eu mes petites fenêtres où j'ai mis la radio, où je me suis baladé dans un coin sympa, ce qui m'a permis de me détendre un petit peu, plutôt que d'enchaîner les consultations, c'est plus difficile, je trouve.

**Animateur :** Docteur E

**Docteur E :** Je pense qu'on est effectivement arrivé à un plateau de diminution en dessous duquel on ne pourra pas descendre, parce qu'effectivement les gens en maison de retraite, à moins de les faire venir en car, je ne sais pas comment on va faire, sinon on va continuer à les voir en maison de retraite. Et sinon, effectivement, je pense qu'humainement, d'un point de vue générationnel et du lien qu'on a avec les patients, je pense qu'on y est attaché par ce lien, donc c'est pour ça je pense, qu'on, personnellement je n'ai pas envie que ça disparaisse. Alors je pense que si il y en a un, certain, si la médecine continue, pour des raisons économiques, parce que ça coûte moins cher de faire déplacer un médecin, que de faire déplacer un patient

**Animateur** : Une chose à laquelle vous n'avez pas fait allusion du tout, féminisation, est-ce que vous pensez que ça a changé quelque chose, est-ce que ça va changer quelque chose vis-à-vis de l'avenir de la visite ? Docteur F

**Docteur F** : Moi, je ne crois pas. Je ne crois pas que la féminisation soit un problème, bien au contraire

**Docteur A** : Non, je trouve que dans l'exercice, la femme est un homme comme les autres

**Animateur** : D'accord, Docteur B

**Docteur B** : Je suis mal placée pour répondre à ça

{Rires du groupe}

**Animateur** : Non, pour vous ?

**Docteur B** : Pour moi, je ne me pose pas la question

**Docteur C** : C'est une question d'organisation

**Docteur D** : A partir du moment où elle s'est installée, je pense qu'elle travaille, homme ou femme, il n'y a pas de différence dans le travail, une fois qu'elle est installée

**Animateur** : D'accord

**Docteur E** : Non, moi, je suis d'accord, je ne vois pas de différence

**Animateur** : Non, c'était juste pour savoir, parce que la question n'était pas venue sur le tapis. Je pense qu'on en arrive là fin. Je pense que vous avez répondu à pas mal de choses.

**Animateur** : Non, c'était juste pour savoir, parce que la question n'était pas venue sur le tapis. Je pense qu'on en arrive là fin. Je pense que vous avez répondu à pas mal de choses.

**Année :** 2012

**Nom :** GAUTIER

**Prénom :** Élodie

**Directeur de thèse :** Docteur DRÉNO Patrick

**Titre:** La visite à domicile en médecine générale : opinions de 6 médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group.

**Résumé :** La visite à domicile est un acte courant et spécifique de l'activité du médecin généraliste. Depuis 20 ans, le nombre de visites n'a cessé de décroître, pour des raisons économiques et démographiques. A l'époque actuelle d'hyperspécialisation de la médecine, on s'est interrogé sur la place de la visite. Nous avons demandé à 6 médecins généralistes de la région nantaise leur opinion lors d'un focus group. La qualité technique de la visite à domicile a été jugée mauvaise. Le changement du lieu de consultation entraînait une perte des repères pouvant modifier la décision médicale. Cependant, l'ensemble des médecins interrogés ont rapporté apprécier faire des visites. L'observation du domicile apportait des informations sur l'autonomie réelle du patient. La visite à domicile était un moment de pause dans l'enchaînement des consultations. La relation médecin-patient était différente de celle au cabinet. Nous avons conclu qu'il existait un paradoxe dans cet acte jugé médiocre techniquement mais indispensable à l'activité de la médecine générale. Les médecins participants ont souvent eu une vision idéaliste de la visite. Elle faisait partie de leur mission. Le praticien était le coordinateur des aides centrées sur le patient et son environnement. Le développement du maintien à domicile a ouvert de nouveaux besoins.

**Title:** Home visits in General Medicine: the opinion of six General Practitioners from the Nantes region using the method of focus group.

**Summary:** Home visits are common to the activity of General Practitioners, and constitute an important area of their work. However, for the last twenty years, the amount of visits has decreased, for both economical and demographical reasons. Today, with the overspecialization of medicine, our aim was to question the efficiency of home visits. During a *focus group*, we asked the opinion of six General Practitioners from the Nantes region. The technical quality of home visits was judged inefficient. The fact that the consultations took place at various locations led the Practitioner to loose his medical marks which could affect the quality of a diagnosis. However, all the Doctors who were interviewed admitted that they appreciate the visits. The observation of the home of the patient gave to the Doctors important information about the real autonomy of the patient. Home visits were a welcomed break in their successions of consultations. The relationship between the Doctor and the patient approved different from the one in the medical practice. We concluded that there was a paradox in this medical act, very poorly judged from a technical point of view but nonetheless indispensable. All the Doctors involved in the debate often had an idealistic view of home visits. It was a central part of their mission. The Practitioner was the coordinator of this domestic assistance which focused on the patient and his or her environment. The development of home aid has created new needs.

**Mots-clés:**

- Médecine générale
- Visite à domicile
- Enquête d'opinion
- Focus group

**Key-words :**

- General practice, family practice
- House call, home visit
- Opinion survey
- Focus group