



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sabine-Eloïse VIALTEL

Le 12 juillet 2012

La visite à domicile :

**Perceptions des médecins généralistes sur son
évolution passée et à venir.**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le professeur Jean-Luc OLIVIER	Président
Monsieur le professeur Alain GERARD	Juge
Madame le docteur Elisabeth STEYER	Juge
Madame le docteur Aline HURTAUD	Directrice et juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSE - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE Jean - FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre

PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel
PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel
RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude
SIMON - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta
TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel
VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-
GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
 Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
 Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)	Harry J. BUNCKE (1989)	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
<i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	<i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	<i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)	Professeur Daniel G. BICHET (2001)	Professeur James STEICHEN (1997)
<i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	<i>Université de Montréal (Canada)</i>	<i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982)	Professeur Brian BURCHELL (2007)	Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
<i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	<i>Université de Dundee (Royaume Uni)</i>	<i>Centre Universitaire de Formation et de</i>
		<i>Perfectionnement des Professionnels de Santé</i>
		<i>d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)	Professeur Marc LEVENSTON (2005)
<i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	<i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	<i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS	
<i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	(1996)	
	<i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)	
<i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	<i>Research Institute for Mathematical Sciences de</i>	
	<i>Kyoto (JAPON)</i>	

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER,

Professeur de biochimie et biologie moléculaire

Nous vous remercions de l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Nous vous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à la médecine générale.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Alain GERARD

Professeur de réanimation médicale, médecine d'urgence

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de juger notre travail, nous vous en remercions et nous vous assurons de nos sentiments les plus respectueux.

Madame le docteur Elisabeth STEYER

Maitre de conférences des universités de médecine générale

Votre participation, au pied levé, à notre jury de thèse est pour nous un grand honneur

Veuillez trouver ici, l'expression de notre plus profonde gratitude

Madame le Docteur Aline HURTAUD

Médecin généraliste, chef de clinique de la faculté de médecine de Nancy

Vous nous avez soutenues de la première, à la dernière minute.

Vous nous avez, sans compter votre temps, prodigué de nombreux et précieux conseils.

Merci de nous avoir permis de présenter avec fierté notre travail

A ma famille : mes parents, mes sœurs, mes points cardinaux.

A mes parents : Pour cette vie incroyable. Pour ces études interminables. Pour leur patience, pour leur amour et leur confiance absolue qui m'ont amenés jusqu'ici et continueront de me guider plus loin encore. Mon amour et ma reconnaissance pour vous sont éternels. Vive la retraite.

A mes sœurs, mes indispensables, mon équilibre, pour toujours veiller les unes sur les autres, quelle que soit la distance (Eloïse va dire les mots ☺) :

A ma grande sœur, Perrine : pour son soutien infaillible, pour avoir accepté de se replonger dans l'anglais médical, pour les films de mon neveu pour que j'en rate le moins possible. Ta volonté et ta force me montrent toujours le bon chemin.

A ma petite sœur, Adeline : Pour nos voyages (réels, imaginaires et les autres), pour son soutien et ses conseils, pour son admiration qui me fait toujours vouloir me dépasser pour être à la hauteur, pour son optimisme, sa gaieté et sa générosité sans fin.

A Cédric : Tu as changé ma vie (plusieurs fois), et depuis notre rencontre, le meilleur est toujours au présent.

A mon Grand-père : Merci pour ton soutien, je sais que tu aurais aimé être présent, je pense à toi dans ces moments personnels et professionnels importants.

A mes belles-familles Lorraine et Savoyarde

Henriette, Mimi, Fanny et Jean-Pierre, Claude et Omélia, Ludivine, Aurélie. Merci de m'avoir si bien accueillie et soutenue. A Karelle, et Julien : prenez-en soin !

A Julien : c'est toi qui s'occupe !

Aux ISNARIENS, Aux RAOULIENS : Pour avoir fait de mon internat un voyage perpétuel, de mon métier une passion, pour toutes ces émotions, pour toute cette émulation, ces rencontres, pour la défense des internes et de notre discipline...

Aux gens d'ici :

Mes co-internes incroyables : Quels moments inoubliables !

Mes maîtres de stage : Dr J-M Heid et P. Florentin ; Dr Criton. Merci de m'avoir fait vivre votre métier. (J'ai bien conscience que ça n'a pas dû être facile !)

Mes collègues : Le groupe de pairs, l'équipe de Rupt-sur-Moselle et l'équipe du Thillot, A force de trop bien accueillir les gens, on leur donne envie de rester !

Les Handballeurs du VHMHBC pour vos encouragements, vos soirées sont quand même meilleures que vos matchs... ;)

Aux gens de là-bas :

A Julie, pour cette amitié tranquille et solide, pour ces intermèdes trop rares mais délicieux de votre présence, à toi et ta famille. Pour ma filleule Colline.

A tous les autres : Les vieux de Nîmes, les moins vieux de Montpellier que j'ai plaisir à retrouver presque régulièrement. Aux colocs.

A ceux que j'ai connus très loin.

A ceux que j'oublie.

Aux médecins qui ont accepté de réaliser les entretiens, matière première de mon travail.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SOMMAIRE

LEXIQUE	16
INTRODUCTION	17
MATERIEL ET METHODE	19
POPULATION, ECHANTILLONAGE, RECRUTEMENT	19
GUIDE D'ENTRETIEN	19
RECUEIL DES DONNEES	20
ANALYSE DES DONNEES	20
RESULTATS	22
RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON	22
CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	22
DESCRIPTION DU DEROULEMENT DES ENTRETIENS	23
ANALYSE DES ENTRETIENS	23
I. La visite à domicile: représentations actuelles des médecins généralistes	23
I.1. Un investissement physique, matériel et mental dans l'exercice du médecin généraliste	
I.1.1. Une contrainte temporelle	23
I.1.2. Un inconfort matériel	25
I.1.3. Un investissement personnel	26
I.1.4. Cet investissement important est connoté péjorativement	27
I.1.5. Inadéquation entre la visite, sa cotation et les moyens associés	29
I.2. Un domaine d'opposition avec le patient	30
I.2.1. Une pression directe ou indirecte	30
I.2.2. Une influence sur la relation médecin malade	33
I.3. La visite plaisir	35
I.4. Un acte médicalement indispensable et contestable à la fois	37
I.4.1. Des avantages souvent décrits	38
I.4.2. Une légitimité médicale litigieuse	40
I.5. La visite à domicile : un miroir de la discipline	43
II. Quel vécu de la transition de 2002 ?	47
II.1. Un exercice introspectif pour les médecins	47
II.1.1. Sur le mode d'exercice	47
II.1.2. Sur la relation médecin malade	48
II.2. Des changements dans la douleur	50
II.3. Une nouvelle donne pour les patients	52

II.4. Des moyens pour y parvenir	54
III. Quelle perception de l'avenir de la visite à domicile ?	58
III.1. Un avenir incertain et préoccupant	58
III.2. Une dynamique qui reste positive	60
III.3. Des solutions fragiles	62
DISCUSSION	67
A. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE	67
I. Elements relatifs à la Méthode qualitative	67
I.1. Inexpérience de l'enquêteur	67
I.2. Définition des thématiques	68
II. Originalité du travail	68
III. Caractéristiques de l'échantillon	69
B. RESULTATS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES	69
I. L'influence de la visite à domicile sur la pratique	69
I.1. Une contrainte pour le médecin généraliste	69
I.2. La visite : antidote ou déclencheur du burn out ?	70
II. Un catalyseur du changement	72
II.1. D'un point de vue de la pratique : un simple regard sur la discipline ?	72
II.2. D'un point de vue sociétal : l'heure de la reconnaissance ?	74
II.2.1. Dix années de réformes	75
II.2.2. L'intrusion de l'économie dans la décision médicale	76
II.2.3. La scientification de la société	76
II.3. D'un point de vue organisationnel : une forme nouvelle de prise en charge décloisonnée	77
II.3.1. Le regroupement	77
II.3.2. L'éducation du patient	78
II.3.3. Le soutien des mesures par l'intervention des pouvoirs publics	78
II.4. Des nouvelles bases pour la qualité des soins : une convergence difficile pour les soignants et les soignés.	79
III. Une ouverture sur l'avenir et les exemples internationaux	81
III.1. La place de la visite dans les soins primaires	81
III.2. La délégation de tâche	82
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES	90

LEXIQUE

AcBUS : Accord du Bon Usage des Soins

ALD : Affection de Longue Durée

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Cotations de la CNAM relatives à l'exercice en médecine générale :

- C : Cotation pour une consultation
- V : Cotation pour une Visite à domicile
- DE Cotation Dépassement Exceptionnel
- MD : Cotation Majoration de Déplacement
- IK : Indemnité Kilométrique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

HAD : Hospitalisation à domicile

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'État

MG : Médecin Généraliste

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins généralistes)

INTRODUCTION

La discipline de médecine générale a acquis en 2004 ses lettres de noblesse en devenant une spécialité universitaire. (1) Mieux définie par la WONCA¹ depuis 2002, la médecine générale a des spécificités reconnues dues au terrain sur lequel elle évolue. En France, elle a une place bien particulière dans le système de soins, définie dans la récente loi HPST.² : la coordination, le suivi des maladies et l'orientation du patient dans le système de soins y sont définis comme des éléments majeurs du rôle du médecin généraliste.(2, 3) Si plusieurs spécialités médicales peuvent pratiquer la visite au domicile des patients, les généralistes sont de loin les médecins qui l'utilisent le plus dans leur pratique quotidienne. Cela en fait une spécificité de l'exercice de la médecine générale en France. Depuis les années 2000, plusieurs facteurs ont influencé les conditions de réalisation de la visite à domicile et ont modifié en profondeur la pratique des médecins généralistes.

Dès 2002, c'est l'accumulation des déficits budgétaires des Caisses d'Assurance Maladie, notamment dans le secteur des soins de ville, qui a motivé une réforme de la visite à domicile. Proposée dans le champ conventionnel sous la forme d'Accord du Bon Usage des Soins (AcBUS), cette réforme comprenait une restriction des indications des visites remboursables totalement, assortie d'une revalorisation des tarifs pour les médecins. L'objectif de faire diminuer les visites à domicile de 5% sur la première année d'application a pu être atteint (4, 5). En 2006, un nouvel objectif a été accepté par les syndicats, visant à réduire le nombre des visites à domicile à moins de 10% du total des actes en médecine générale, alors qu'elles en représentaient 30% en 1990.(6)

L'ensemble des médecins généralistes a contribué au succès de cette réforme. Même si la maîtrise médicalisée fait partie des préoccupations des médecins généralistes, 60% d'entre eux avouent un niveau de connaissance modeste en économie de la santé, et il est logique de penser que cette réforme est en fait venue répondre à un besoin sous-jacent de la profession.(7)

¹ Organisation Mondiale des médecins généralistes

² Hôpital, patients, santé, territoires

La pression démographique médicale progressivement croissante et la nécessité d'optimiser le temps de soin en médecine générale, avaient rendu pour de nombreux médecins la visite à domicile difficilement compatible avec une organisation du travail efficiente. Malgré un temps de travail hebdomadaire de 52 heures par semaine, le temps consacré au soin par les généralistes est largement amputé entre autre par les tâches administratives, la coordination ou le développement professionnel continu.(8) Dans ce contexte, la visite à domicile peut être vue par ceux qui la pratiquent comme pénible, voire délétère pour la qualité des soins.(9)

Pour d'autres, la visite à domicile peut encore être pourvoyeuse de satisfaction. Élément de rupture dans la journée, de service au patient, elle participe à la genèse d'un sentiment d'accomplissement. Le médecin trouve de l'autosatisfaction dans ses capacités de pratiquer dans des contextes et selon des modalités variés.(10)

Maintenant que les dépenses liées à la visite à domicile semblent maîtrisées il nous a semblé intéressant, à distance de la réforme, d'étudier comment les médecins généralistes perçoivent l'évolution passée et l'avenir de leurs visites à domicile. Quel est le regard porté par les médecins généralistes sur la transition réalisée au cours des dix dernières années dans leur pratique et que représente la visite à domicile dans leur exercice actuel ? Quelle est leur vision de l'avenir de la visite à domicile en médecine générale ?

MATERIEL ET METHODE

POPULATION, ÉCHANTILLONAGE, RECRUTEMENT

La population cible de notre étude a été définie comme étant celle des médecins généralistes en exercice, installés ou remplaçants, qui pratiquaient la visite au domicile des patients, même de façon anecdotique. Nous avons effectué un échantillonnage raisonné, en recherche de variables maximum selon les variables suivantes : âge/ancienneté d'installation, sexe, lieu d'exercice et mode d'exercice.

Nous avons utilisé la base de données de l'annuaire téléphonique en ligne (« Pages Jaunes ») afin de procéder au recrutement des médecins installés. Cette base de données présentait l'avantage de présélectionner selon des critères géographiques et de sexe, les médecins de l'échantillon. Les médecins ont été contactés par téléphone afin de préciser s'ils effectuaient majoritairement une médecine de soins primaires, de présenter succinctement le sujet de recherche et de convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Les médecins qui disaient ne pas pratiquer la visite à domicile n'étaient pas exclus de l'échantillon.

Dans le cas particulier des médecins remplaçants, qui ne figurent pas dans l'annuaire, nous avons utilisé la base de données de l'ordre des médecins puis procédé à une sélection sur des critères d'accessibilité géographique et de disponibilité.

GUIDE D'ENTRETIEN

Un guide d'entretien a été élaboré préalablement aux entretiens, puis ajusté après les premiers entretiens. Le guide d'entretien finalisé, présenté en annexe 1, débutait par une phrase d'introduction du sujet.

Les cinq grands axes à aborder étaient proposés dans cet ordre : la description de l'exercice, l'organisation des visites à domicile, la perspective de changement dans leur pratique de la visite, l'influence de la réforme de 2002 sur leur activité, les perspectives d'évolution possibles à l'échelle de la profession.

Pour trois de ces axes, des questions de relance étaient prévues en cas de réponse incomplète ou de manque de fluidité dans le déroulement de l'entretien.

L'enquêteur était libre d'adapter la formulation et l'ordre des questions au cours des entretiens afin de favoriser les échanges et l'expression libre de l'interviewé.

RECUEIL DES DONNÉES

Le lieu et le moment du recueil étaient laissés au libre choix de l'interviewé. Tous les entretiens ont été effectués par un même enquêteur, sur une période de 10 mois. Ils ont été enregistrés sur un dictaphone numérique, avec l'autorisation expresse de l'interviewé formulée oralement en début d'entretien. L'anonymat dans l'exploitation des données devait être respecté.

La retranscription des entretiens dans leur intégralité a été effectuée par le même enquêteur sur document Word, au fur et à mesure de leur réalisation. Quelques notes prises par l'enquêteur sur les conditions des entretiens et ses impressions liées aux entretiens pouvaient accompagner le verbatim.

Le nombre des entretiens à réaliser a été déterminé par la recherche de la saturation des données.

ANALYSE DES DONNÉES

Les transcrits ont été relus de nombreuses fois afin de faire émerger les principales thématiques, puis de les rassembler en thèmes.

L'analyse des thématiques et des thèmes a été réalisée parallèlement et indépendamment par l'auteure, qui était également l'enquêteur, et par le directeur de ce travail. Les thématiques et les thèmes identifiés ont ensuite été mis en commun. Leurs définitions ont été conjointement choisies. Cette triangulation n'a pas révélé d'incohérences majeures dans la sélection des thématiques.

Les données ont ensuite été analysées manuellement par l'auteure seule. La quantité de matériel autorisait une analyse manuelle. Les verbatims les plus signifiants ont été

sélectionnés par l'auteure, et regroupés dans les thèmes et sous-thèmes correspondants.

RESULTATS

A. LE RECRUTEMENT DE L'ECHANTILLON

Au total, 17 médecins ont été contactés par téléphone, tous identifiés comme médecins généralistes dans l'annuaire, sauf un médecin remplaçant qui n'y figurait pas. Un médecin était injoignable, deux autres ont refusé l'entretien invoquant un manque de disponibilité, et un dernier n'a pas été inclus en raison d'un mode d'exercice particulier exclusif. Au cours des 2 derniers entretiens, l'analyse n'a pas fait ressortir de nouvelles thématiques (saturation des données), permettant d'arrêter le recueil après 13 entretiens.

B. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.

	Lieu d'installation	Ancienneté	Mode d'exercice	Sexe	Maitrise de stage	Département
MG1	Urbain	>20ans	Seul	M	Non	13
MG2	Semi-rural	>20ans	Cabinet groupe	M	Oui	88
MG3	Rural	>20ans	Seul	M	Oui	88
MG4	Semi-rural	>20ans	Cabinet groupe	M	Oui	88
MG5	Rural	>20ans	Seul	F	Oui	88
MG6	Semi-rural	5-10ans	Collaborateur	M	Non	88
MG7	Urbain	10-20ans	Seul	F	Non	88
MG8	Urbain	10-20ans	Cabinet groupe	M	Non	54
MG9	Semi-rural	5-10ans	Cabinet groupe	M	Oui	88
MG10	Urbain	>20ans	Seul	F	Non	54
MG11	Semi-rural	<5ans	Cabinet groupe	M	Oui	88
MG12	-	<5ans	Remplaçant	F	Non	54/88/55/57
MG13	Rural	>20ans	Seul	M	Non	88

C. DESCRIPTION DU DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés sans incident, dans de bonnes conditions techniques et humaines.

Lors des contacts téléphoniques, l'annonce du sujet a régulièrement été accueillie avec surprise, voire incompréhension. A deux reprises, le médecin a voulu refuser car il prétendait n'avoir « rien à dire » et nous avons dû insister pour réaliser les entretiens malgré tout. Parfois il a fallu rassurer le médecin sur la légitimité d'une telle étude dans la cadre d'un travail de thèse de médecine.

A aucun moment nous n'avons eu l'impression que le médecin interrogé n'était dans une position défensive vis-à-vis de son exercice. Nous ne pensons pas que les médecins aient assimilé notre étude à une évaluation des pratiques professionnelles.

D. ANALYSE DES ENTRETIENS

I. La visite à domicile : représentations actuelles des médecins généralistes

- I.1.Un investissement physique, matériel et mental dans l'exercice du médecin généraliste

- o 1.1.1.Une contrainte temporelle

La visite est chronophage pour une grande majorité de médecins :

« C'est une perte de temps », « c'est une heure, hein, c'est lourd ! » [MG7]

« Ben le déplacement ça fait aussi du...du temps ! » [MG2]

« Faut presque compter une heure par visite ! » [MG5]

« Tu perds un temps fou, j'imagine, en déplacements, c'est du temps médical de perdu, j'imagine que ça les (*les médecins qui font des visites*) épuise aussi un petit peu » [MG6]

« Je déteste perdre du temps à faire des tours, des détours, à chercher des adresses, c'est vraiment du temps médical perdu ! » [MG9]

« Je prends toujours 5 minutes, avant de partir, pour chaque patient que je vais aller voir au domicile, pour faire une synthèse sur dossier (...) y'a déjà 8 minutes en gros, entre 5 et 8 minutes de consul...de visite, qui sont comprises alors que je suis assis au cabinet » [MG11]

« Le temps qu'on passe dans la voiture, c'est du temps qu'on ne passe pas au cabinet (...) le temps de visite, c'est chronophage et euh, pffff...moi ça me saoule de passer du temps en bagnole, alors que tu pourrais le passer ailleurs. Ça, ça me...ça m'horripile » [MG12]

La visite s'impose tant bien que mal dans le planning du médecin :

« Entre midi et deux (...) je ne la fais que le soir ou le lendemain » [MG7]

« (...) qui tombent entre midi et deux, qui m'empêchent d'aller manger, hé hé... » [MG2]

« En fait il reste très très peu de temps pour la visite » [MG9]

« Il faut avoir un créneau disponible (...) je me débrouille » [MG11]

« Le côté négatif c'est, vous allez chez les gens, faut stationner, aujourd'hui c'est pas si facile que ça ! » [MG10]

La visite peut, à l'inverse, être utilisée comme un élément d'ajustement de l'emploi du temps du médecin :

« Ça va permettre aussi une malléabilité de l'emploi du temps (...) donc hop, on va faire une visite pour compléter la journée » [MG11]

« Bah ça peut bouger ça, oui...Selon les humeurs... » [MG2]

o I.1.2.Un inconfort matériel

Les médecins généralistes sont parfois confrontés à des domiciles sales :

« Des fois c'est tellement dégueulasse » [MG7]

« Des logements qui sont très insalubres » [MG1]

« Quand je vais chez lui, il habite une ferme c'est encore de la terre battue sur le sol » [MG3]

En visite, les médecins ne peuvent jamais retrouver tout le confort matériel de leur cabinet :

« Tout ce qu'on peut avoir comme facilités au niveau cabinet, tout le matériel et les dossiers faciles au cabinet, la secrétaire sous la main » [MG2]

« On a quand même tout ce qu'il faut ici, on a tout le matériel » [MG4]

« À la maison on travaille quasiment sans dossier médical, sans recherche d'interactions, sans les antécédents... » [MG9]

« Elle (*la visite*) a jamais été tellement pratique au fond en soi. Parce que il faut trimballer le diable et son train » [MG10]

« Le critère technique, de dire « quand même on n'a pas les bio, on n'a pas le carnet de santé, pas de balance, et cetera, il est quand même relativement majeur (...) je leur demande un cahier d'écolier, pour faire un carnet de santé, une balance » [MG11]

Ce manque de confort a été directement dénoncé par les médecins :

« De faire plus de consult' que de visites ? C'est un confort pour nous » [MG2]

« C'est quand même plus confortable de voir des patients au cabinet que de les voir au domicile, sans dossier, sans rien quoi. » [MG3]

« Notre activité est plus facile en consultation (...) on a accès à beaucoup de choses qu'on n'a pas chez les gens » [MG10]

« C'est moins confortable qu'au cabinet » [MG11]

« C'est beaucoup plus simple, euh, au cabinet, (...) y'a un dossier informatique, c'est quand même plus simple euh qu'avec le dossier papier (...) j'trouve que le confort de l'examen, tu le perds, quand même en visite, hein ! » [MG12]

o I.1.3. Un investissement personnel

Sur le plan physique, la visite à domicile est un effort qui peut être coûteux :

« J'ai fait mes premières visites j'étais enceinte aussi, hein, et jusqu'au bout je faisais mes visites, je montais 5 étages » [MG7]

« Maintenant j'ai 63 ans, j'ai eu des problèmes de santé et euh, les visites je suis moins enclin à les faire et je les fais plus difficilement (...) en fin de journée comment dirais-je... je tire un petit peu la langue alors les visites du soir c'est un peu pénible... (...) j'ai moins l'âge...moins la force physique » [MG1]

« Les gens ont commencé à venir parce que je disais « non je suis enceinte j'bouge pas ! Je bouge que pour les urgences, c'est pas une urgence ! » (...) les gens âgés qui habitent un cinquième étage, bon c'est fatigant pour le médecin de monter » [MG5]

Le métier de médecin généraliste empiète sur la vie de famille et la visite à domicile le stigmatise :

« J'ai encore 2 gamines, 14 et 10, que je, j'ai un peu bâclé parce que heu, je euh, mes filles je les vois tous les tremblements de terre (...) en plus bon chui divorcée à cause de mon boulot qui m'a bouffée » [MG7]

« Pour tout vous dire mon épouse par moment aimerait bien que je le fasse » (*diminuer les visites*) [MG1]

« Je les allais pendant mes consults ! (...) c'est elle (*la secrétaire*) qui m'a élevé mon petit dernier » [MG5]

« Je n'ai eu qu'un enfant, pour cette raison-là ! (*métier prenant*) (...) j'ai une petite fille, vous voyez, (*elle me montre son fond d'écran*), qui a huit mois, donc je veux essayer d'en profiter un peu (...) dans la famille euh, on dit « foutu métier » » [MG10]

« 7H-22H ça devient du temps perso, quoi ! (...) il a deux enfants de moins de trois ans, euh, voilà, et il veut pouvoir manger et coucher ses enfants, et il dit « c'est hors de question que je ne vois pas mes enfants le soir parce que je suis allé faire des visites qui n'étaient pas justifiées ! » » [MG12]

┃ Pour réaliser ses visites, le médecin se retrouve parfois dans des situations qui le mettent en danger :

« J'ai encore eu une troisième grossesse, bon fallait pas qu'j'fasse de voiture (...) Quand vous arrivez, et bah, attends, ça commence à aboyer, « ah bah j'trouve plus la muselière ! » » [MG5]

« Si y'a une route verglacée, ne viendra pas, c'est des risques de chutes ! Donc il va m'appeler, il va me dire « bah vu le temps qu'il y a, j'ai préféré vous faire venir ! » » [MG13]

« Je me déplace en deux roues dans (*ma ville*) c'est bien pratique » [MG1]

« Pan ! La visite, 4 points (*en moins sur le permis*) » [MG7]

o I.1.4.Cet investissement important est connoté péjorativement

┃ Un grand soupir accompagnait les mots de certains médecins généralistes lorsqu'ils s'exprimaient sur leurs visites, le malaise était palpable :

« J'aime pas les visites d'abord » [MG7]

« Pour me défendre, ou en tous les cas me cautionner, je disais (...) y'a des visites quasiment obligatoires » [MG3]

« Elles sont mal organisées les visites quoi ! (...) c'est trop épars. C'est mal géré » [MG12]

Evoquer la visite à domicile, c'est parler du poids de la routine et des habitudes dans l'exercice :

« J'ai des patients qui ont été habitués depuis 40 et quelques années, euh, et leur famille à me voir en visite » [MG1]

« Y'a des habitudes qui se sont créées, les gens connaissent déjà les habitudes... » [MG2]

« Les médecins installés dans la région, ils avaient l'habitude de faire beaucoup de visites (...) c'est difficile de faire changer les comportements » [MG4]

« Ça fait trente ans que j'exerce, bon je vais pas bouleverser ma pratique ! » [MG13]

« L'habitude. L'habitude ...(...) Ben c'est dur, c'est dur, au bout de 30 ans de dire « ben je viendrai plus à la maison », alors que vous êtes plus vieux, plus handicapé, et maintenant je vais plus venir, quoi ! » [MG12]

Le médecin en visite, c'est l'image d'un exercice vieillot :

« C'était un peu ancestral, c'était une vieille... c'est traditionnel ! » [MG4]

« C'est pas très au goût du jour ! » [MG9]

« C'était un espèce d'héritage de la vieille médecine traditionnelle française » [MG10]

(En parlant des médecins qui pratiquent beaucoup la visite) « C'est pas la même génération. Ils ont clairement tous plus de 60 ans » [MG12]

Le thème est propice aux commentaires sur la pratique des confrères :

« Ah oui, mais c'est des hommes, ça, non ? C'est vrai, c'est plus souvent les hommes, qui renvoient la balle en disant « bah vous voyez, y'a des médecins là-bas, vous trouverez bien quelqu'un qui vous prendra dans ses patients ! ». Mmh. Y'en a plein. » [MG10]

« Se faire piquer les patients ! » [MG8]

« Parce que y'a encore des médecins moi que je remplace qui l'utilisent largement, sans avoir à rendre de compte à personne, alors que c'est clairement pas justifié ! » [MG12]

o I.1.5. Inadéquation entre la visite, sa cotation et les moyens associés

La rentabilité de la visite à domicile n'est plus au rendez-vous :

« On va pas travailler quand même euh, comme ça pour rien (...) il faudrait que ça soit... que ça entre dans le cadre des échelles de cotation ! (...) c'est une rémunération qui n'est peut-être pas à la hauteur de ce qu'on fait en visite ! » [MG4]

« Il reste quand même beaucoup de choses à la bonne volonté, et à...au...sss...un certain sens de la gratuité » [MG5]

« Y'a des endroits on va y passer trois quarts d'heure, (...) une heure et on va être payé pour une visite, alors que y'a des endroits on passe une demi-heure...on est payé le même prix quoi » [MG13]

« Je passe 40 minutes en bagnole, j'ai 20€ en plus, quand je suis au cabinet en 40 minutes je vois plus de monde que ça ! » [MG12]

« Il faut consacrer plus de temps, mais ça doit être rémunéré » [MG13]

Les visites sont multiples, complexes et lourdes, et les cotations inadéquates :

(parlant de la récente cotation « visite longue » pour les patients atteints de maladies neurodégénératives) « C'est bon si on est Alzheimer, mais bon, euh, si on a un autre problème neurologique euh, si on est tétraplégique post-accident, on n'entre pas dans cette qualification-là (...) donc ben faut aller plus vite ! » [MG5]

« C'est presque hypocrite ! (...) des grosses consultations on en a au cabinet, et aussi avec des ALD, avec des pathologies dégénératives, et pourtant ça c'est pas revalorisé » [MG12]

« C'est pas facile à mettre en œuvre (...) les protocoles de soins, là, avec les infirmières (...) ça prend du temps aussi, pour discuter des stratégies (...) vous allez voir une personne de 85 ans, euh, que vous avez pas vue de 3 mois et cætera et pour qui il faut faire le point, vous pouvez pas faire ça en 5 minutes hein ! » [MG4]

« Le corolaire de la baisse des visites c'est que, quand il y a la visite, les gens ont forcément beaucoup plus de choses à demander » [MG5]

« Les pathologies deviennent de plus en plus complexes » [MG13]

- I.2.Un domaine d'opposition avec le patient

- o I.2.1.Une pression directe ou indirecte

Les médecins sont sous la pression des demandes de visite des patients :

« Ils nous ont envahis (...) Elle me dit « ah, la voisine, son médecin vient tous les mois ! » » [MG7]

« D'ailleurs des fois les patients disent « ho on peut plus avoir de visite ! ? » » [MG2]

« C'est une dame qui quasiment pleurait au téléphone » [MG3]

« Ils sont capables d'appeler (...) parce qu'ils ont pris des médicaments. (...) « Le docteur a pas voulu me voir ! ». Ils ont des moyens de pression » [MG5]

« Elle tombe, elle tombe ! Elle tombe toutes les 5 minutes ! Elle tombe tout le temps ! Bon ben voilà ! Euh, c'est aussi un moyen de pression, hein ! » [MG5]

« Ils veulent que tu viennes à eux (...) et puis sur des tons vindicatifs des fois ! » [MG6]

« Elle me dit « vous aussi vous m'abandonnez ! » » [MG10]

Pour parvenir à un accord avec les patients, les médecins généralistes négocient, imposent, ou cèdent... :

« Là c'est l'histoire au téléphone d'arriver à les convaincre de venir ! *(au cabinet médical)* » [MG3]

« Ceux sur qui j'ai pas de point de pression c'est les CMUs, ... parce que bon (...), je peux leur demander *(le DE)* mais ils me le donneront pas, qu'est-ce que je fais, je leur pique leurs cigarettes ? » [MG5]

« Moi je leur demande « et vous faites comment pour la pharmacie ? » » [MG7]

« Ça reste à négocier (...) chaque visite est négociée » [MG9]

« Moi je leur parle de la législation, la plupart du temps. Je leur dis qu'ils seront pas remboursés ! » [MG6]

« Mais si ils veulent pas venir ils ne viennent pas et puis ils trouvent quelqu'un qui va se déplacer, c'est tout ! Faut être comme ça maintenant ! (...) *(dans le cas d'un patient en refus de soins sauf au domicile, polypathologique, qui choisit ses médicaments)* Pfff. Pourquoi se battre ? Pour le peu qu'il lui reste à faire. Y aller et puis c'est tout ! » [MG10]

Les constats des abus de sa propre patientèle et les réactions du médecin sont présentées dans le tableau 2 :

Tableau 2 : Constats et réactions du médecin face aux abus des patients.

Situation de dérive du patient		Réaction du médecin
MG1	Le racisme :	Contrariété :
	« j'ai eu des patients qui m'ont dit « ha bah docteur, vous savez vous avez un cabinet où y'a trop de maghrébins, on peut pas venir dans votre cabinet » alors ils appellent pour avoir en visite... » »	« alors c'est un peu contrariant » Douleur : « ... bon alors ça fait un peu mal et on s'dit « après tout vous avez qu'à changer de quartier, changez de ville, allez-vous installer en Savoie ou je sais pas où... » »

MG2	L'autonomie sélective : « je vais une fois en visite chez une grand-mère, je reviens au cabinet et puis je la vois derrière moi en train d'aller à la pharmacie, à pied... »	Remise en cause : « euh effectivement y'a pt' être quelque chose à revoir »
MG3	Abus de confiance : « il fallait y aller à tout prix, c'était une dame d'un certain âge, c'est vrai, et euh... j'l'ai croisée en voiture ! Donc elle était plus chez elle quand j'y suis allée ! Bon euhhh ! Pfffiou...(...) j'étais venu pour rien ! Et euh, « ah oui mais il faut que j'aille payer mes journaux ! ». Vous voyez ? Oui, donc vous pouviez vous déplacer ! »	Vexation : « Enfin voilà, c'était gros quoi... »
MG4	Exigence du patient : « exceptionnellement pour des exigences très particulières de patients qui voulaient un service, bon qui ne relevait pas de la médecine »	Cas de conscience : « y'avait des visites qui étaient totalement injustifiées ! »
MG5	Les récidivistes de l'excuse : « ils trouvent toujours une excuse pour ne pas venir » Les capricieux : « quand on le dit on (<i>les patients</i>) se fâchent et on les perd comme patients »	Lassitude : « y'a quand même des gens où ça me barbe d'y aller » Abandon : « mais au moins, on est tranquilles, parce que soigner des gens comme ça, non ! »
MG7	Toute-puissance : « moi j'ai toujours été étonnée des gens qui habitent juste derrière moi ou à 5 minutes à pied, 2 minutes à pied et qui demandent des visites »	Découragement : les gens, ici en France, sont trop gâtés, et on le voit, on le voit parce que pfff...on voit on peut pas les obliger, à rien faire ! »
MG12	Effronterie : « faut venir à telle heure, parce qu'après je vais aux courses » Egoïsme : « ce temps-là qui n'est pas justifié, il est au détriment d'autres » Garder le lit à tout prix : « la gamine est malade, faut venir à la maison »...mais y'a une voiture, là devant la maison ! « ha mais oui, mais comme elle est malade, je vais pas l'emmener au cabinet ! »	Exaspération : « au bout d'un moment, moi ce que je ne supporte pas trop, c'est le je-m'en-foutisme des autres quoi » Intentions coercitives : « on enlèverait déjà euh, tous ceux qui arrivent à aller aux courses ! A la pharmacie ! Parce que ...hein ! Tous ceux qui vont chez le cardiologue ! »

Le remboursement même de l'acte Visite crée une ambiguïté dans la légitimité de la demande du patient. Les médecins détiennent le pouvoir de cautionner, ou pas (facturation d'un dépassement d'honoraires DE), cette consommation de soins dans des situations sociales très inégales :

« C'était remboursé par la sécurité sociale, y'avait pas de soucis, hein ! » [MG4]

« De toute façon, chui remboursé de tout » [MG3]

« Oh bah j'paierai vos 10 euros ! » [MG7]

« Si manifestement ils (*les patients*) sont prévenus, et qu'ils le font quand même, c'est qu'ils acceptent de la payer cette majoration, pour avoir ce confort-là, aussi ! » [MG12]

« Les DE, bon les gens qui ont de l'argent s'en foutent, donc c'est pas dissuasif, et ceux qui n'ont pas d'argent, moi je peux pas le faire. Parce que, euh, ce sera pas sur le tabac qu'ils vont se priver ! Ce sera sur le lait du gamin ou un truc comme ça donc, voilà » [MG5]

Certains médecins construisent des raisonnements négatifs envers leurs patients :

« Je vois beaucoup de médecins maintenant, leurs patients, c'est leurs ennemis (...) qui veulent les bouffer » [MG5]

« J'ai l'impression que c'est presque égoïste de la part de certaines personnes, parce que derrière on court pour des gens qui en ont vraiment besoin » [MG12]

« J'sais pas si les gens abusent parce que je suis une nana » [MG7]

o 1.2.2. Une influence sur la relation médecin malade

Lorsque la question d'une visite à domicile se pose pour un patient, à fortiori si elle se pose régulièrement, la relation entre le médecin et son malade peut être perturbée.

Accorder ou non une visite à domicile est un réel pouvoir :

« Il y a des gens qui méritent pas qu'on fasse des visites chez eux ! C'est tout ! Les diabétiques obèses, ils ont qu'à marcher un peu ça leur permettra de venir au cabinet (...) je vais pas m'em...merder à aller faire des visites chez des diabétiques » [MG7]

« Puis aussi, du fait de la désertification, mais on a un peu plus de pouvoir maintenant ! » [MG3]

« Donc, j pense que si c'est mes patients, au bout de 2 ou 3 fois, euh, j'arrêtera de le faire en remboursé, quoi, hein ! (...) parce que finalement la majoration remboursée, on est seul juge ! » [MG12]

Dans certains cas, la visite est demandée par une tierce personne :

« Quand l'infirmier dit « ce serait bien que vous passiez »... » [MG7]

« A la demande des infirmiers qui me demandent de passer voir un patient » [MG1]

A l'inverse, certains patients font tout pour ne pas déplacer leur médecin :

(Avec surprise) « Elle, elle voudrait venir, l'autre coup elle me dit « j viens avec ma potence ! (...) moi y'a des gens qui sont venus avec 40 de fièvre ici, hein ! Même la grippe ils se déplacent hein ! » [MG7]

(Avec une certaine gêne) « Je vois des patients qui viennent avec des tableaux fébriles très importants, des 39, 40 de fièvre, les enfants sont emmitouflés, les mamans les emmènent... les gens qui ont des difficultés à se déplacer qui se forcent à venir avec des cannes, des béquilles, qui se font accompagner » [MG1]

(Avec une pointe de fierté) « Même avec la grippe, ils viennent » [MG9]

- 1.3.La visite plaisir

Dans la description de leurs visites, des médecins généralistes ont spontanément souligné leurs aspects positifs.

La visite à domicile constitue un élément de rupture dans le rythme de travail, une occasion de prendre l'air :

« Ça c'est le côté agréable d'ailleurs » [MG2]

« Y'a aussi des visites qui étaient sympas, j'veux dire quand on passe à travers la forêt et puis qu'on voit euh...un daim traverser, c'est rigolo,(...) ce côté exotique » [MG3]

« Ça nous permet aussi de prendre l'air, hein, voilà, ça permet de sortir un petit peu du cabinet médical, c'est agréable ! » [MG4]

« (*arrêter les visites*) Ben c'est moins de gnole à boire, moins de café à prendre ! » [MG6]

« Ça permettait de casser un peu le rythme, et de varier un peu dans la journée, de faire autre chose (...) on est dans un beau coin, donc ça permet de... de voir des beaux paysages, des montagnes, de voir un peu le soleil, ou la neige (...) la bouffée d'oxygène que j'ai quand je vais chez les gens (...) c'est un peu une balade aussi la visite, c'est une lutte contre le burn-out » [MG11]

La visite à domicile est parfois imprégnée d'humanisme :

« J'y allais, c'était plus parce que... par gentillesse (...) Puis y'a mes petits préférés ! (...) on est plus attentionné (...) Y'a des gens je vais jamais refuser de visite, hein, même si c'est une visite de courtoisie (...) c'est le côté humain (...) c'est le fils de ma copine » [MG7]

« Puis les familles, on connaît... le grand père, enfin quand on est médecin de famille on connaît le grand-père, la grand-mère, l'enfant, les petits enfants, au bout d'un certain âge

on a suivi les grossesses des, de, enfin je suis des grossesses d'enfants que j'ai suivis, enfin qui sont nés...(...) eux nous connaissent bien aussi » [MG2]

« Y'a des gens adorables, tu verras ! La famille M, par exemple, ils sont excellents les deux, excellents ! » [MG6]

« Vous verrez, dans 30 ans. Quand vous serez attachée » [MG10]

«J'fais du favoritisme pour certains, y'a même des mamies, je vais chez elles, je demande même pas l'acte, hein ! » [MG7]

Ce moment privilégié pour la relation médecin malade et valorisant pour le médecin était mis en avant :

« Je parle surtout du relationnel, du contact avec les gens» [MG2]

« J'pense que c'est bien qu'il y ait des liens ! » [MG2]

« Un côté convivial aussi, intéressant » [MG4]

« C'est tout à fait différent comme ambiance par rapport à la consultation ! Ça a un côté beaucoup moins rigoureux, moins professionnel, hein ! Euh, on fait de la médecine quand même mais, ça a un côté relationnel complètement différent ! (...) Parce que faire de la visite c'est aller dans l'intimité des gens » [MG4]

« C'est un partage privilégié dans la relation médecin malade » [MG11]

« Donc on a encore cette place de médecin avec un certain respect (...) on n'est pas méprisé ! On n'est pas méprisé !... » [MG4]

« J'étais leur recours en urgence » [MG5]

« Se sentir rassuré en tant que médecin en se disant que les gens comptent absolument sur vous et donc on va traverser toute la ville pour les aider » [MG8]

La visite à domicile se situe à la limite du rôle social que le médecin accepte d'assumer :

« Je vais passer une heure avec elles, je vais boire un café pfff » [MG7]

« Il est tout seul avec sa femme euh, au fin-fond d'un... d'un hameau et, bon, là je vais et la visite elle dure une heure, euh, on boit le café et cætera, enfin ! Hé, c'est assez différent ! » [MG4]

« L'idée des visites à domicile qui servent à créer du lien social pour maintenir les personnes âgées à domicile » [MG9]

« Y'a d'autres facteurs qui sont des critères pas du tout médicaux, qui entrent en ligne de compte » [MG11]

La pratique de la visite peut révéler la nostalgie d'un certain type d'exercice :

« *(en parlant de ses très nombreuses visites du début de carrière)* Moi je ne regrette pas, ce serait à refaire je serais plus jeune je recommencerais » [MG1]

« J'ai toujours un p'tit regret, malgré tout, mais bon euh, c'est un petit regret, comme ça quoi, euh, sentimental on va dire » [MG3]

« Avoir un contact avec les patients que maintenant, euh ben maintenant ça fait plus du tout partie du boulot du médecin » [MG5]

« Ça avait du bon, la visite à domicile je pense » [MG10]

- I.4. Un acte médicalement indispensable et contestable à la fois

La pratique du médecin généraliste est fondée sur la décision dans l'incertitude, mais celle-ci est particulièrement présente au moment de décider d'une visite à domicile. Le médecin, plus que dans d'autres circonstances, est soumis à un choix difficile.

o I.4.1.Des avantages souvent décrits

La connaissance du domicile du patient apporte une approche environnementale médicalement utile. Le tableau 3 présente les différents avantages de la connaissance du lieu de vie cités par les interviewés :

Tableau 3 Intérêts de la visite à domicile vus par les médecins généralistes.

	Intérêts	Extraits
MG1	Alimentation Salubrité Contagion Promiscuité	« on voit comment ils s'alimentent, comment ils vivent euh... l'état de leur logement (...) dans le centre-ville, ils sont dans un appartement qui fait souvent trente ou quarante mètres carrés et ils sont 4 ou 5... Et ça sert de lieu de vie où il y a tout : ya la cuisine, ya le lieu où ils vivent, ya un petit coin où ils prennent les repas et on voit si c'est plus ou moins propre, euh... les infections chez le petit effectivement c'est pas étonnant car quand ils sont petits ils dorment souvent dans le même lit »
MG3	Approche globale	« ça compte quand même, hein, dans une approche du patient des fois »
MG4	Environnement	« c'est nécessaire pour les patients aussi, qu'on sache dans quel environnement ils sont ! »
MG5	Nutrition Observance	« on verra pas comment ils sont chez eux, et puis on verra pas comment ils mangent, et puis on ne verra pas que les diabétiques ont plein de gâteaux plein les placards ! »
MG10	Pollution intérieure	« C'est dommage, (...) qu'on ne puisse pas se rendre compte de l'ambiance dans laquelle ils vivent. (...) Parce que c'est important de savoir, de connaître l'ambiance où vivent les gens, l'ambiance de tabagisme »
MG12	Observance Hygiène Surveillance des paramédicaux	« moi j'aime bien voir comment ils organisent leur boîte de médocs, leurs piluliers, euh, si c'est le bazar (...) si ils ont des petites fiches toutes prêtes, euh, ouais, un peu sur l'observance ! des choses comme ça. Sur l'infirmière qui vient faire la toilette, peut-être ! »

Un médecin généraliste avait un point de vue différent sur l'utilité de cette approche environnementale, sur le plan médical :

« J'ai jamais eu de découverte révolutionnaire en découvrant l'habitation d'un patient ! »
[MG11]

Les médecins généralistes sont amenés à accompagner à domicile les personnes en fin de vie, avec ou sans HAD :

« (...) stade terminal (...) je tiens à faire le certificat de décès » [MG7]

« (...) pour les patients qui sont en fin de vie, donc on y va régulièrement » [MG4]

« Là où ça marche le mieux c'est dans le cadre de l'hospitalisation à domicile en fin de vie » [MG10]

L'indication de visite à domicile peut aussi consister à protéger le cabinet d'une contamination par des patients très infectés, ou salissants et inversement !

« Les enfants qui dégueulent, euh, bon. J'suis désolée mais quand il faut nettoyer, les cacas les vomis dans le cabinet, c'est pas top quand même (...) il est arrivé plein de sang et euh, j'en ai eu partout ! Que après y'en a eu tellement ici que j'ai été obligée de renvoyer les rendez-vous ! » [MG5]

« Y'a des patients aussi pour lesquels je donne la consigne, c'est moi qui donne la consigne de visite au domicile, des patients fragiles, chez qui y'a un risque infectieux important de venir en salle d'attente » [MG11]

La visite peut être rendue nécessaire chez une personne habituellement valide et exceptionnellement incapable de se déplacer :

« (*le patient*) pas handicapé habituellement qui est handicapé par sa pathologie aiguë »
[MG12]

La visite peut être justifiée par le médecin pour certains patients fragiles pour lesquels une attente trop longue au cabinet ou un déplacement seraient fatigants :

« Le médecin travaille sans rendez-vous, euh, je préfère attendre chez moi » [MG12]

« Au patient pour le confort de ne pas se déplacer et...de rester chez lui s'il a une mobilité fragile (...) dans l'intérêt partagé, y'a des concessions à faire » [MG11]

o 1.4.2. Une légitimité médicale litigieuse

Les raisons qui poussent un médecin à se déplacer au domicile ne sont pas toujours liées à une indication médicale. Les médecins en étaient plus ou moins conscients, et rapportaient volontiers des situations contestables.

Les médecins se déplacent tout en ayant le sentiment de faire, en visite, une moins bonne médecine qu'en consultation :

« J'ai pas vos dossiers » [MG7]

« À la maison on travaille quasiment sans dossier médical, sans recherche d'interactions, sans les antécédents...souvent sans même savoir ce que l'on a fait lors de la consultation précédente qui remonte à trois mois...c'est un peu limite comme manière de travailler... » [MG9]

« Chez les gens, on n'a pas notre rituel d'examen clinique, on n'aura pas nos repères habituels (...) c'est quand même des données importantes qu'on n'a plus sous la main, c'est quand même majeur dans une orientation de consultation ! Non c'est quand même une consultation de moins bonne qualité sur le plan médical, une visite à domicile ! » [MG11]

« Moi j'ai l'impression en visite de pas faire de la vraie médecine, hein ! Pas comme je la voudrais, quoi (...) Sur un canapé, c'est pas une table d'examen, euh, t'arrives pas à les faire déshabiller forcément correctement, les examiner correctement, leur faire un examen correct, quoi ! » [MG12]

L'absence d'intérêt médical, souvent établi à postériori, est facilement reconnue par les médecins généralistes :

De l'inutilité médicale : « s'il faut aller dire bonjour, faire un petit peu de diplomatie et peu de médecine, ben ça peut être confié à des gens absolument non diplômés (...) juste pour s'assurer qu'il a mangé, qu'il s'est lavé, et puis qu'il s'est pas cassé son fémur dans son escalier, quoi. » [MG9]

A l'indication erronée : « Mais les gens on pas encore le réflexe, en rural notamment, d'appeler les pompiers, ou le SAMU plutôt que le médecin ! Alors que y'a une perte de temps ! « Il est confus après le bain, il me raconte n'importe quoi, docteur faut venir ! », « non, non, faut faire le 15 ! » » [MG12]

Voire une indication complètement extérieure au problème médical : « Si c'est la neige, ça peut être une...les gens auront du mal à sortir » [MG13]

Dans certaines situations, le problème médical est aggravé par le contexte social, que le médecin ne peut ignorer dans la prise en charge :

« Ça se sont toujours des patients un peu spéciaux ! Ils ont une pathologie qui n'est pas avouable, et donc, comme ça se voit sur leur visage, ils veulent que ça reste...voyez ? » [MG10]

« C'est fonction des moyens de locomotion, des familles, de l'entourage (...) C'est des gens qui sont un peu seuls quoi. Ils sont pas seuls complètement, mais ils n'ont pas les moyens à portée pour se déplacer » [MG13]

« Quand on a beaucoup de clients d'un certain âge, c'est des gens qui sont un peu seuls quoi » [MG13]

« Comptez pas trop sur les familles. » [MG10]

« Ben il faudrait l'emmener chez le généraliste, « ben non on l'emmène déjà chez le cardio » ! » [MG11]

Le sentiment de subir et pallier, au travers des visites, à l'isolement social était assez présent :

« Les gens qui n'ont pas du tout le moyen de...accès au bus ou accès au...à la voiture là je me déplace » [MG7]

« Il y a que les gens qui sont très isolés (...) qui peuvent absolument pas se déplacer, ben là on va les voir » [MG4]

« Je peux pas le faire venir ! Il conduit plus ! » [MG5]

« Pour moi y'a les cas sociaux, qui mentent, euh, qui racontent des trucs donc, on ne peut pas trier tant qu'on n'a pas vu » [MG5]

Pénétrer dans l'intimité des gens, dans leur domicile, donne au médecin un pouvoir inquisiteur légitimé par sa position de soignant :

« On le voit ça, on n'est pas obligé de le dire, mais on le voit ! » [MG10]

« Mais c'est pas possible, il se passe des trucs pendant la nuit et chui même pas au courant » [MG3]

« On ne verra pas que les diabétiques ont plein de gâteaux plein les placards ! » [MG5]

« J'aime bien voir comment certains patients vivent, hein ! J'aime bien aller jeter un coup d'œil, des fois un peu chez eux, hein ! » [MG12]

- 1.5.La visite à domicile : un miroir de la discipline

Dans les paroles du médecin décrivant sa visite à domicile, on retrouvait des concepts beaucoup plus larges que la seule indication de visite. C'était en fait toute leur vision de l'exercice qui se reflétait dans cette pratique.

La souffrance du manque de respect pour la profession est manifeste au niveau de la visite à domicile :

« J'y suis allée elle était en course, les gens ne sont absolument pas respectueux » [MG7]

« On se laisse pas quand même traiter comme ça ! » [MG5]

« Moi je dirais en visite jamais, en consultation ça arrive parfois qu'on soit méprisé, y'a des gens qui nous prennent pour des ... euh, pour un service, pour un prestataire de service » [MG4]

« C'est suivant la conception des gens qu'ils ont de notre service » [MG1]

« Ça dépend du respect qu'ont les gens pour la visite et pour l'acte médical en général » [MG7]

« Y'a quand même euh, un peu plus de... comment dire... de sans gêne, chez les nouveaux » [MG10]

La réalisation des visites crée une inégalité, perçue comme valorisante ou non, par rapport aux autres spécialités. Le tableau 4 regroupe les expressions des médecins sur ce thème, un même médecin pouvant exprimer les deux sentiments :

Tableau 4 : Types de vécu et extraits d'entretien liés à la valorisation ou dévalorisation par rapport aux autres spécialistes, par médecin.

Vécu par rapport aux autres spécialités	Extraits de l'entretien du médecin généraliste	
Tendance à se valoriser par rapport aux autres spécialités	MG4	« les spé ne se déplacent pas, hein, vous verrez jamais un neurologue qui va aller voir son patient au chevet » « y'a guère que nous comme professionnels qui avons accès aussi facilement à l'intimité des gens »
	MG5	« quand on envoie à un médecin dans un service spécialisé, il est très peu vu, par le médecin »
	MG13	« Le spécialiste non, il est extérieur au paysage. Nous on est dans le paysage »
	MG11	« La visite longue, c'est très théorique hein, ça a été pondu je pense par des Gériatres »
Tendance à trouver la situation injuste, dévalorisante	MG4	« pourquoi ils se déplaceraient pour aller voir le cardiologue et ils ne se déplaceraient pas pour aller voir leur médecin généraliste ? »
	MG9	« ils ne se posent pas la question de savoir si le cardiologue va venir chez eux ou pas »
	MG12	tous les médecins devraient faire des visites à domicile, pas que les généralistes ! On devrait pouvoir déplacer les spécialistes à la maison, alors pas les radios, mais euh, les cardios, les dermatos, euh, voilà, je reste persuadée que une visite à domicile est indiquée, parce que l'état du malade fait que il ne peut pas être déplacé de chez lui, dans ces cas-là y'a pas que les généralistes qui devraient se déplacer ! (...) pourquoi y'a que les généralistes qui vont à la maison ? Parce que si l'état du malade justifie une visite à domicile, il le justifie pour tout ! Y compris la diabétologue (...) du coup la famille se débrouille, et se décarcasse, euh... pour ça, et après ben la famille quand, ben il faudrait l'emmener chez le généraliste, « ben non on l'emmène déjà chez le cardio, quoi... (...) vous pouvez aller chez le cardio, euh, vous pouvez quand même venir chez moi »,

Se considérer ou non « au service » du malade est un choix d'exercice personnel au médecin :

« Donc on n'est pas du tout obligé d'aller chez les gens, moi je le fais clairement par choix (...) ça n'apporte que des choses qui ne sont pas...obligatoires ou nécessaires » [MG11]

« J'ai toujours eu comme principe que j'étais à la disposition de mes patients, et pas le contraire » [MG1]

« Ça me fait mal des fois de... pas de refuser mais d'appréhender d'y aller, de pas dire aux gens « vous pouvez compter sur moi 24h sur 24, appelez-moi si ça ne va pas » ! » [MG1]

« Faut quand même être un peu humain, et se dire, quand elle a besoin j'y vais et puis voilà » [MG10]

« D'autres praticiens ne refusent jamais une visite par principe » [MG9]

La conviction d'être dans son rôle est fondamentale, comme la notion du devoir médical :

« Je crois que c'est essentiel dans le rôle d'un médecin généraliste (...) pour un omnipraticien c'est bien » [MG1]

« Un médecin généraliste, oui ! Médecin de famille oui ! J pense que c'est intéressant » [MG2]

« Autrefois on disait en tant que médecin de famille quoi » [MG3]

« Moi j'ai toujours considéré que c'était intégré à la médecine générale (...) Parce que nous on est réputés connaître justement, l'environnement du patient (...) connaître le véritable environnement des patients, des difficultés » [MG4]

« C'est une spécificité du généraliste, oui, la visite » [MG13]

« Puisqu'on a un rôle aussi, relatif d'éducation (...) (les) éduquer eux dans leur façon de vivre (...) Enfin pour moi, (*refuser une visite à un de mes patients*) c'est l'antithèse de ma profession ! » [MG10]

« Tous les médecins devraient faire des visites à domicile » [MG12]

Pour les médecins qui l'utilisent, la visite à domicile est en partie connotée de façon péjorative, résurgence d'une pratique vieillotte. Elle représente souvent un investissement personnel du médecin, tant sur le plan physique, de par la fatigue et l'inconfort, voire les dangers auxquels elle expose, mais aussi sur le plan d'un certain sacrifice familial. Les conditions de l'exercice médical y sont globalement mauvaises. La visite est un acte complexe, lourd et peu rentable : c'est un vrai sacerdoce pour la plupart des généralistes.

Le médecin est tiraillé : il est le témoin des abus et des dérives de certains patients et subit une pression quasi quotidienne aboutissant parfois à d'âpres négociations. Il est mis en porte-à-faux par le remboursement qui vient cautionner la pratique de la visite. Il se retrouve détenteur d'une sanction économique qui peut venir perturber la relation avec les patients.

La visite est décrite par certains comme un plaisir, celui de sortir du cabinet, de lutter contre l'épuisement professionnel, l'occasion de cultiver le relationnel. Cette vision du métier est teintée de nostalgie de l'exercice passé.

Sur le plan médical, l'indication d'une visite à domicile est unanimement reconnue dans quelques situations particulières : patients en maison de retraite, fin de vie, urgences vitales. Le déplacement du médecin est aussi souvent justifié quand il s'agit d'isolement social, de difficultés de déplacement, etc.

Selon les médecins, la visite cristallise certaines souffrances ou ambitions personnelles : manque de respect au regard de la profession, surcharge globale de travail, mais aussi volonté d'être au service des patients dans le rôle symbolique de médecin de famille.

II. Quel vécu de la transition de 2002 ?

- II.1. Un exercice introspectif pour les médecins

Les décisions politiques ont influencé l'exercice des médecins généralistes. Cette période de réajustement du nombre de visites a été l'occasion pour la profession d'un exercice introspectif.

- o II.1.1. Sur le mode d'exercice

Travailler plus pour gagner plus : rapport à l'argent et clientélisme. Le système libéral a été aisément « détourné » dans les années 80 pour boucler des fins de mois difficiles, situation fréquente chez les jeunes médecins généralistes libéraux dans un milieu professionnel très concurrentiel :

« Je me disais y'a trente ans, euh, je refuserais peut-être pas autant de visites à autant de gens ! (...) c'est sûr que si j'avais dix patients par jour, et ben, j'irais faire mes visites comme tout le monde, hein ! » [MG7]

« J'avais une très grosse clientèle de visite » [MG1]

« Avant on aurait pu dire qu'on compensait par des visites peu utiles, qui permettaient de compenser ben la visite qui durait longtemps puis l'un dans l'autre, bon ça faisait la rémunération » [MG4]

« Lui alors là nous a toujours cassé la baraque, parce que, il fait des visites ! Il fait même pas payer les trajets, et lui euh, il casse tout le monde, euh, il récupère euh, les gens « bah le docteur untel, euh, fait bien des visites » ! (...) y'a quand même toujours l'appât du gain, hein » [MG5]

« C'est une question financière pour être sûr de gagner un peu sa croûte euh, de s'assurer un peu des visites » [MG8]

« Pour refuser les visites à domicile, j'ai aussi freiné de 10 à 15 % pendant deux trois ans mon évolution ! » [MG8]

« Dans des années où c'était très concurrentiel, et où ils ne prenaient pas beaucoup d'ascendant sur la patientèle, ils cherchaient pas à l'éduquer. De manière à ne pas perdre de patients » [MG9]

« C'était le nombre qu'ils étaient à l'époque pour s'installer ! Si y'en avait un qui refusait à l'époque de faire la visite, celui d'à côté la faisait et gagnait le patient » [MG12]

Cette pratique générationnelle de la visite à domicile a été marquée par la réforme comme la fin d'une médecine traditionnelle vers une pratique plus moderne :

« C'était un peu ancestral, c'était une vieille... c'est traditionnel ! » [MG4]

« quand tu reprends des patients qu'ont eu l'habitude des anciens...des anciennes pratiques, c'est difficile ! » [MG6]

« C'était un espèce d'héritage de la vieille médecine traditionnelle française » [MG10]

« Y'a aucun médecin jeune que j'ai remplacé, clairement je vais dire en dessous de quoi, 45 ans, qui fait des visites que moi j'ai estimé non justifiées (...) je pense que c'est une question de génération » [MG12]

« C'est pas très au goût du jour ! » [MG9]

o II.1.2.Sur la relation médecin malade

Le rapport de force qui semblait exister préalablement à la réforme, s'est inversé en faveur du médecin :

« On n'obéit plus au doigt et à l'œil ! » [MG10]

« Quand quelqu'un demandait une consultation, on mettait une consultation, et ça c'était la secrétaire qui faisait ça, et quand c'était une visite, c'était une visite hein ! Ça se discutait pas ! » [MG2]

« C'était la demande du patient, c'était (...) ni notre organisation (...) ni la raison médicale » [MG2]

« Du fait de la désertification, mais on a un peu plus de pouvoir maintenant » [MG3]

« Donc ils ne peuvent pas se permettre quand même euh, de mépriser le médecin. Parce que c'est quand même la ficelle qui les relie... » [MG4]

« Et ils ont râlé, euh, 15 jours, les gens et puis c'est passé ! (...) Et les gens si ils appellent pour un renouvellement un mauvais jour de la semaine, ils se font avancer par la pharmacie, il y va pas (*en parlant d'un jeune installé en zone sous-dotée*) (...) il a mis les points sur les i avec tout le monde » [MG12]

La réforme a abouti à une situation durable parce qu'elle s'est accompagnée d'une prise de conscience des parties concernées :

Des médecins :

« Avant on se rendait pas compte » [MG2]

« Ça nous a, enfin moi je sais que ça nous a fait prendre conscience de c't'histoire » [MG2]

« Quand je pense à tout ce que j'ai pu faire comme visites inutiles » [MG3]

« On en un peu commencé en fait à se remettre en question en tant que médecin, sur l'importance des visites un peu qu'on faisait à domicile ! » [MG8]

Des patients :

« C'est qu'ils (*les patients*) en ont pris conscience » [MG3]

« Ils se sont mis à se rendre compte que c'était compliqué d'avoir un médecin à la maison même en garde » [MG9]

« Ça a modifié graduellement l'état d'esprit de la population » [MG9]

« Quand on arrive à les faire venir, ils adhèrent, hein, quand même... généralement. Ils trouvent aussi que c'est mieux, hein, de venir au cabinet, au final (...) maintenant elle (*la grand-mère du médecin qui témoigne*) trouve que c'est bien d'aller au cabinet, parce que y'a plus d'instruments, y'a tous les papiers, y'a tout ça » [MG12]

• II.2.Des changements dans la douleur

Malgré la prise de conscience et la nouvelle situation « de force » des médecins, le changement de mentalité ne s'est fait ni seul, ni rapidement.

L'application de la nouvelle politique de visites à domicile ne s'est pas toujours faite spontanément et de plein gré :

« Les événements extérieurs qui m'ont poussés à changer ma façon de faire, je le regrette pas » [MG3]

« Y'a eu la pression de la caisse un peu au début » [MG4]

Parfois les médecins attendaient d'être au pied du mur, pour se décider à modifier leur exercice :

« Physiquement je ne pouvais plus faire mes visites, donc j'avais demandé à mes patients de venir au cabinet (...) j'ai donc été forcé de diminuer mon activité de visite » [MG1]

« Et puis bon, grosse fracture, il y a 4 ans, euh, donc le collègue de (*la ville voisine*) qui s'en va du jour au lendemain (...) j'ai été obligé, parce que je ne pouvais pas faire autrement, de privilégier les consultations. Parce que je ne pouvais plus partir à droite à gauche » [MG3]

« Parce que je suis coincé, je ne peux pas faire autrement » [MG3]

« Y'a eu une part de ras-le-bol des médecins aussi, à un moment donné » [MG8]

« Il tombe malade l'année dernière, brusquement, du jour au lendemain, euh, donc il a fallu trouver des remplaçants (...) j pense que quand t'es au pied du mur, tu peux faire changer le truc » [MG12]

La tendance des médecins à réaliser des visites à domicile s'est progressivement inversée :

« Au fil des années ça c'est complètement inversé » [MG1]

« C'est vraiment tombé, hein, presque l'excès inverse quoi » [MG3]

« Au début moi je me suis installé j'avais, euh, 35% de visites à domicile, et là maintenant ça se compte sur les doigts de la main » [MG4]

« Quand je me suis installée, y'avait pratiquement autant de boulot la nuit que le jour ! » [MG5]

« On faisait beaucoup plus des visites, aujourd'hui euh, pfff, j'en fais quasiment plus » [MG10]

« C'est devenu peu de choses. » [MG10]

- II.3. Une nouvelle donne pour les patients

Les médecins généralistes ont réalisé un travail de fond auprès de leur patientèle, qui dans l'ensemble, semble avoir payé.

Une nouvelle idée a fait son chemin parmi les médecins généralistes : la patientèle peut être éduquée :

« On a éduqué les gens à venir au cabinet médical sur rendez-vous... » [MG4]

« Ils ont compris qu'un gamin qui a de la fièvre c'est pas grave ! (...) Ils comprennent, quoi, ils comprennent ! » [MG5]

« C'est qu'en sensibilisant les gens, les... ils ont réfléchi et ils sont venus quand ils pouvaient. » [MG13]

« J'ai récolté une clientèle qu'il fallait éduquer » [MG7]

« Quand vous leur dites « venez au cabinet », euh vous les voyez une fois pas deux, ils repartent ailleurs après. Donc c'est un choix ! » [MG8]

« Ça se discipline, hein des patients ! » [MG10]

« Mais ici les gens sont éduqués pour venir au cabinet » [MG11]

« J pense pas que ce soit éducatif, j pense que c'est explicatif, hein ! Comme y'en a qui savent pas forcément comment ça marche, d'expliquer une fois en disant « bon voilà, non ça ne se passe pas comme ça » si ils sont pas au courant » [MG12]

La réforme a souvent été mise en avant comme argument auprès des patients, avec plus ou moins de succès :

« C'est très théorique, ça tient pas les.... et les gens en tiennent peu compte » [MG1]

« Un petit peu aussi grâce à la sécu, en disant la sécu veut plus qu'on fasse de visite » [MG2]

« Ça a joué un petit peu, ça a joué, mettons, à 20%...p'têtre (...) c'est vrai que j'avais des arguments en disant aux gens ben « vous ne serez pas remboursés, c'est un déplacement qui ne se justifie pas » (...) ça a été une première amorce » [MG3]

« Ça nous a aidé parce qu'il fallait cette aide-là, pour convaincre les personnes de consulter autrement (...) faut une aide extérieure, souvent, soit des artifices publicitaires qui euh, émanent des caisses, émanent du ministère (...) hein il faut qu'il y ait un accompagnement par les pouvoirs publics ! » [MG4]

« Les rendez-vous ça a commencé à venir quand la sécu a commencé à moins rembourser les visites ! » [MG5]

« C'est depuis la réforme » [MG10]

Cette éducation a parfois été brutale. En cours d'exercice, changer ses habitudes est parfois synonyme d'entrer en conflit avec les patients :

« J pense que, oui, c'est aller au conflit, c'est vraiment euh, y aller quoi, hein ! (...) la peur qu'ils ont certains médecins » [MG12]

« « Faut que le docteur il vienne ! (...) Non mais c'est moi le docteur maintenant ! » » [MG12]

« J'ai toujours fait chier le monde pour qu'il vienne à moi » {MG6}

- II.4.Des moyens pour y parvenir

Adhérer au concept théorique est une chose, changer son activité en est une autre. L'application sur le terrain a nécessité le concours d'un certain nombre de moyens.

La participation d'un tiers (secrétaire, remplaçant, stagiaire) dans l'éducation des patients a pu alléger la charge de « censeur » du médecin, et bousculer les habitudes :

« Quand c'est des visites non justifiées, ils (*les stagiaires*) en pensaient du mal, ils avaient raison ! Ils m'ont aidée ! (...) y'en a une (*secrétaire*) que j'avais emmenée à Nancy, une fois à la semaine médicale de Lorraine, ils avaient fait une formation pour euh, pour les collaborateurs non médecins. Et j'ai ramené des docs, et j'avais emmené ma secrétaire, cette année-là ! (...) Elles étaient en première ligne et ça, ben j'ai compris que c'était pas facile ! (...) j'ai aussi eu des jeunes stagiaires qui ont été très secs et euh, je leur dois une grande reconnaissance ! » [MG5]

« On se privilégie les consultations, et la secrétaire le sait, et... pour faire des visites le moins possible » [MG2]

« Les secrétaires elles ont dit « attendez, euh, on a moins de remplaçants, on n'a pas autant de temps de travail, il va falloir qu'on fasse le tri dans les visites, parce qu'il va falloir, quand on a un remplaçant, qu'il voit un maximum de monde ! (...) Ah bah c'est les secrétaires qui les ont au téléphone (...) elles disent non non, bah non (...) ben là vous revenez ! (...) nous (*les remplaçants*) on a fait du boulot aussi derrière (...) Mais c'est pas lui (*le médecin*) qui a été au conflit, c'est les secrétaires ! » [MG12]

L'accessibilité du cabinet aux personnes qui auparavant bénéficiaient de visites à domicile a impliqué parfois des aménagements importants :

« En fauteuil roulant ils viennent hein ! Depuis que j'ai un accès handicapé au cabinet ! » [MG7]

« Du point de vue accessibilité, bien que ce soit au premier étage c'est très simple, y'a un, euh...ascenseur, hein. Donc ça ne pose pas de problème sur ce plan-là, y'a toutes les commodités ici » [MG4]

« De toute manière le cabinet n'est pas équipé pour accueillir les patients ! (...) Le patient en fauteuil, où le cabinet, ben y'a trois marches ! Bon ben...la norme du cabinet, déjà l'accueil du patient » [MG12]

L'organisation du cabinet en termes d'amplitude horaire et de respect des rendez-vous est aussi un élément à envisager pour faciliter l'accès aux personnes peu autonomes :

« On a pu négocier euh, le déplacement au cabinet contre la...le respect d'un horaire précis, ça s'est arrangé sans problème » [MG9]

« Mais si tu prends un rendez-vous, que tu les prends à l'heure, en une heure c'est plié, ils sont venus, on les a vus, ils sont allés à la pharmacie, ils sont rentrés, puis la fille elle sait de quoi on parle, y'a une personne de confiance, enfin... » [MG12]

Dans tous les cas, pouvoir s'appuyer sur l'organisation de la permanence des soins a redéfini la charge de travail du médecin généraliste et ses responsabilités :

« Y'a quand même beaucoup de structures aujourd'hui, qui font que les gens qui ont une urgence quelconque » [MG10]

« Les patients du centre-ville ont pris l'habitude d'appeler, euh... de faire appel au service des urgences... euh, que ce soit...hum hum... SOS-médecin ou les urgences médicales... voilà » [MG1]

« Si on part sur de la vraie urgence, on part sur des pompiers, hein ! » [MG12]

Certains médecins ont préféré le recentrage géographique de leur activité de visites sur un périmètre acceptable :

« Je fais partie des nouveaux médecins qui ne considérons pas que la clientèle nous appartienne (...) on n'a pas besoin de traverser la ville, faire 20 kilomètres pour assurer la santé d'un patient, hein, les confrères qui sont à côté sont capables de l'assurer aussi ! » [MG8]

« C'est plutôt une contrainte, là quand ça devient plus loin ». [MG11]

« Lui il s'est organisé d'une manière qui est exemplaire. Il a divisé son secteur en 4, et pour les renouvellements, pour les personnes qui peuvent pas euh, se déplacer, c'est chacun a son jour. Le lundi c'est tel secteur, le mardi c'est tel secteur, le mercredi c'est tel secteur, le jeudi c'est tel secteur ». [MG12]

Les progrès techniques ont changé la visite à domicile pour certains médecins :

« Maintenant de plus en plus je vais faire euh, avec le lecteur, euh... mobile ! » [MG2]

« Y'en a une (*IDE*) qui m'envoie régulièrement, en particulier les photos des ulcères variqueux (...) Alors là je veux dire, la photo sur le net et puis envoyée en plus après à la dermato, c'est royal... » [MG3]

« Je fais la photo, j'envoie par internet, j'envoie un petit courrier euh, à mon spécialiste (...) Le téléphone portable, ça a été une avancée formidable en médecine hein ! » [MG4]

« Oui, alors que, y'a une nouvelle notion qui est l'informatique, alors effectivement maintenant avec les Ipods© (*prononcé « Zaïpodes »*) on peut faire de l'informatique en visite. Donc ça peut changer la donne » [MG13]

Les médecins généralistes se retournent aussi parfois vers l'Etat, ou l'assurance maladie, pour les soutenir dans les réformes mises en place, ou en attendent une meilleure compréhension des enjeux de leur métier :

« Je pense qu'il y a quand même des études qui sont faites dans les hautes sphères » [MG9]

« On a vu oui, une nette diminution de la visite à domicile avec la majoration de déplacement à charge (...) il y a eu des initiatives de la caisse euh, ils font du testing téléphonique » [MG9]

« Seul c'est très difficile de faire, hein il faut qu'il y ait un accompagnement par les pouvoirs publics ! » [MG4]

« Si ils viennent mettre son nez la dedans, ça va faire comme les ALD, les bons de transport, euh, ils vont nous faire n'importe quoi et ça va être la cata (...) la sécu ça reste une assurance, donc son but c'est de dépenser le moins d'argent possible » [MG12]

La transition proposée aux médecins généralistes au moment de la réforme de 2002 a été pour eux l'occasion d'une introspection dans leur pratique. Concernant leur mode d'exercice, la réforme a précipité l'abandon du clientélisme et la rupture avec une médecine traditionnelle. Recentrer l'indication de la visite à domicile sur l'intérêt médical a permis une « éducation » des patients vers une attitude moins consumériste des soins. La relation médecin-malade a été soulagée du rapport de force qui s'était instauré autour de cette question.

Pour certains médecins généralistes, ces changements de pratique se sont réalisés dans la douleur, mais la plupart a profondément remodelé son exercice sur les plans logistique, technique, et de l'organisation des soins.

III. Quelle perception de l'avenir de la visite à domicile ?

- III.1. Un avenir incertain et préoccupant

Abordé indifféremment en cours ou à la fin de l'entretien, l'avenir de la visite à domicile était l'objet de beaucoup d'incertitudes.

La première réaction a été souvent relativement pessimiste. A cause de la démographie médicale, ou de celle de la population française, la persistance voire l'augmentation des visites semble inexorable :

« Chai pas où on va » [MG7]

« On va voir exploser les demandes de visites dans tous les coins, et on ne pourra de toutes façons pas faire face » [MG9]

« On va quand même être amenés certainement à voir plus, euh, à domicile » [MG9]

« L'arrêter on ne pourra pas » [MG10]

« Et probablement j'en ferai plus par la suite avec le vieillissement de mes patients qui sont quand même relativement jeunes » [MG11]

« L'hôpital gardant de moins en moins les patients, on va quand même être amenés certainement à voir plus, euh, à domicile, euh, ou en HAD, si ça augmente, ou alors en suite immédiate de chirurgie, quand c'est de l'ambulatoire ils sont quand même pas très mobiles » [MG9]

D'autres sont confiants dans la stabilité d'un petit nombre de visites, voire d'une possible diminution :

« Ben j pense qu'il y a toujours besoin des visites » [MG2]

« On ne peut pas faire visites zéro (...) il y a un taux incompressible de visites » [MG4]

Pourtant certains médecins estimaient pouvoir encore diminuer le nombre de leurs visites à domicile : « La moitié, j pense la moitié de mes visites pourraient se transformer en consultation de nouveau... » [MG2]

« On pourrait toujours faire moins » [MG11]

D'autres étaient à leur minimum : « Je ne vois pas comment on pourrait faire moins maintenant, c'est bien là » [MG3]

Les visites en maison de retraite notamment, semblaient poser question aux praticiens :

« Une chose particulière c'est la visite dans les EHPAD (...) c'est quand même probablement ça qui représente le plus de visites » [MG4]

« Y'a la maison de retraite (...) c'est assez long aussi » [MG5]

« L'arrêter on ne pourra pas. Ou alors à mettre des médecins résidents dans les maisons de retraite. » [MG10]

« C'est plutôt une contrainte » [MG11]

« Un temps de visite à l'hôpital local, qui est hallucinant, hein ! (...) c'est quand même des patients qui sont bien plus lourds (...) c'est des pathologies (...) plus compliquées » [MG12]

Les médecins ont mis en place des pratiques informelles autour des patients vus au domicile, et le manque de reconnaissance et d'encadrement de ces situations leur paraissait néfaste aux visites :

(parlant de l'utilisation d'Internet pour adresser pour avis des photographies à un dermatologue au sujet d'une patiente difficilement transportable) « ça se fait un peu en dehors du cadre, mais c'est pas référencé (...) il faut des outils pour le faire (...) c'est hors prise en charge hein ça ! (...), il faudrait effectivement une cotation » [MG4]

« Par infirmière. C'est pas légal. Je le fais (...) Oui, bah c'est moi qui suis responsable hein ! je précise bien « une injection IM à domicile de tel truc, sous ma responsabilité » [MG5]

« Parce que, bon faut qu'on...bon y'a la confiance et tout ça, mais même légalement, ça reste nous qui signons les ordonnances ! » [MG12]

L'avenir de la visite semble lié dans l'esprit des praticiens, aux contraintes préoccupantes d'économie de la santé. L'efficacité des soins est omniprésente dans les solutions d'avenir :

« Mais bon ça serait pas rentable non plus... un taxi serait-il moins cher que le déplacement du... tes dix euros (...) y'a un coût du déplacement pour la société qui est quand même quelque chose de pas tout à fait normal » [MG2]

« Tout le budget inhérent à ces déplacements était sur le dos des communes » [MG3]

« Et bien c'était une expérience qui a coûté énormément d'argent et cætera, et c'est tombé à l'eau... » [MG4]

« Je pense pas qu'économiquement ça soit viable » [MG6]

« Un minibus 9 places, avec un coût qui est mutualisé pour les patients, qui permet de les bouger pour les déposer au cabinet (...) Peu de chance que ce soit pris en charge complètement » [MG9]

« On dit qu'il faut réduire les visites, pour économiser de l'argent, j pense que (...) ça coûte plus cher un patient d'être amené par une ambulance qu'au médecin d'aller chez le patient. Donc à un moment faut arrêter les dépenses quoi (...) je ne suis pas sûr que ça fasse gagner de l'argent à la société » [MG11]

- III.2. Une dynamique qui reste positive

Malgré les nombreux inconvénients présentés par la visite et les raisons de douter de son avenir, les soignants gardaient la volonté de rester dans une dynamique positive de gestion du patient au domicile.

Le discours médical présente les signes d'un optimisme global pour l'avenir : une confiance dans leur capacité d'adaptation et en leurs patients :

« Enfin y'a toujours moyen d'organiser » [MG2]

« J'veux dire y'a de quoi être optimiste ; y'a de quoi être un peu optimiste, finalement sur la bonne volonté des gens. » [MG3]

« C'est pas la galère hein ! » [MG4]

« C'est-à-dire que quand on leur envoie en visite chez le cardiologue, ils ne se posent pas la question de savoir si le cardiologue va venir chez eux ou pas. J pense que ça deviendra pareil pour le médecin généraliste » [MG9]

« Y'a beaucoup de médecins qui ont vraiment ciblé leurs visites, hein ! (...) et ça marche ! Et les gens viennent ! » [MG12]

Pour certains médecins généralistes, la visite à domicile est de toute façon un acte inaliénable de la médecine générale :

« Non enfin je n'envisage pas le métier (*sans visite à domicile*) » [MG1]

« Si les jeunes médecins si ça les rebutent de faire 4 visites par semaine, faut pas qu'ils fassent de médecine générale ! » [MG4]

Les technologies modernes apparaissent dans le champ de l'exercice médical, sans toujours convaincre de leur utilité :

« Je suis un piètre utilisateur de ces machines modernes (...) mes patients sont encore plus ignares que moi la plupart, aller 90% de mes patients sont parfois illettrés, et sont incapables de se servir de ces machines » [MG1]

« J'suis pas très doué là-dedans moi... » [MG2]

« La photo sur le net et puis envoyée en plus après à la dermato, c'est royal... » [MG3]

« Y'a une nouvelle notion qui est l'informatique, alors effectivement maintenant avec les Ipods© (*prononcé « zaïpaudes »*) on peut faire de l'informatique en visite. Donc ça peut changer la donne » [MG13]

« Qui est hyper organisé, lui il a un...un netbook, avec son logiciel où il scanne tout, et il part en visite avec ça » [MG12]

• III.3.Des solutions fragiles

Quelques solutions ont émergé timidement, nuancées, dans le discours des médecins généralistes. La plupart accusait un petit silence réflexif avant de se lancer à imaginer l'avenir.

Le système libéral de rémunération peut être remis en question :

« Vous soignez vos 15 malades, pour un forfait de tant. Vous vous débrouillez avec ça. (...) Le côté épicerie de la médecine euh, c'est je vous fais une consultation, vous me donnez ceci, etc... les histoires de paiement, ça m'énerve, hein ! (...) moi je n'encaisse plus (...) c'est la secrétaire qui s'occupe de ça ! » [MG4]

Le travail en équipe ou le regroupement des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, porte de nombreuses attentes :

« Je pense que la collaboration avec d'autres professions qui sont obligées d'aller chez les personnes, pourra limiter encore plus la visite (...) Nous on a un travail très collaboratif avec nos paramédicales » [MG5]

« Je privilégie certaines équipes » [MG1]

« On échange beaucoup plus qu'à une certaine époque parce que, voilà, elles (*les infirmières*) viennent ici c'est important » [MG2]

« C'est le rôle complémentaire entre l'infirmière et le médecin, c'est normal, ça se fait ; Disons que c'est un choix philosophique hein de travailler de cette manière-là, quoi, hein, c'est pas... c'était pas uniquement pour être l'un à côté de l'autre et exercer, comme ça quoi. C'est un choix de communiquer » [MG4]

« Elles (*les IDE*) n'ont pas la même vision que nous, hein, du patient malade ! » [MG10]

« L'avantage c'est que justement, on sera trois, à terme, et donc ce sera plus facile, quand même, de répondre aux demandes de visites qui pourraient paraître justifiées quoi... » [MG3]

« Et avec une bonne communication, avec des réunions de coordination et tout ça. Et là, j pense qu'on pourrait, euh, qu'on pourrait bien travailler. Très bien travailler... » [MG4]

Si la visite à domicile pose problème, délestons-nous de la visite, semblent proposer quelques praticiens :

« S'organiser avec des équipes mobiles de visites à domicile pourquoi pas ! » [MG8]

« Si il faut aller dire bonjour, faire un petit peu de diplomatie et peu de médecine, ben ça peut être confié à des gens absolument non diplômés » [MG9]

« Le médecin y va 4 fois par an, et où l'infirmière tous les mois, euh, va prendre le pouls, vérifie qu'il est régulier, vérifie que y'a pas des problèmes aux pieds, peut prendre une tension effectivement, et transmettre tout ça ...on peut très bien effectivement créer une fiche, en disant tous les mois, bah vous allez vérifier, ça » [MG12]

Une autre solution consisterait à amener le patient au médecin qui ne peut pas se déplacer !

« Avec la participation, soit de moyens de transport, soit de taxis remboursés par la sécu hé hé !! » [MG2]

« Y'avait un projet comme ça de pouvoir faire venir les gens au cabinet, et ceux qui pouvaient pas se déplacer, ben envoyer, taxi, etc...(…) ils font bien des navettes pour aller au club du troisième âge, hein ! Donc j'dirais à la limite, hein ils pourraient faire une navette pour aller au cabinet du médecin, hein ! » [MG3]

« On entend parler d'initiatives qui visent à amener le patient au cabinet du médecin » [MG9]

« On pourrait même dans certaines régions imaginer un transport sanitaire qui amène au cabinet pour certaines consultations euh, standard ! (...) mon idée c'est que les transports sanitaires prennent de plus en plus de place (...) on fait un minibus (...) une espèce de taxi mutualisé » [MG11]

La dématérialisation du patient, la télémédecine sont des éventualités qui ont encore du chemin à parcourir en médecine générale :

« Enfin moi pour soigner les gens j'ai besoin du contact, j'ai du mal à ne soigner les gens que par téléphone » [MG2]

« Si un médecin, n'a pas quand même la personne une fois sous la main, on risque de passer à côté de quelque chose de très important (...) la télémédecine, je pense que, c'est largement aussi valable que déplacer la personne pour qu'elle ne soit pas regardée, hein ! » [MG5]

« Ça me paraît être un pis-aller en terme de qualité (...) Et la télémédecine je la conçois bien au Canada pour soigner les Inuits, mais ça me paraît plus simple, plutôt que d'investir là-dedans, de laisser rentrer quelques personnes de plus dans les cursus de médecine ! » [MG9]

La mise à contribution d'autres professionnels médicaux pour une meilleure répartition de la charge de travail paraît envisageable :

« Peut-être une meilleure répartition aussi entre les spécialités et la charge-là (...) une espèce de consult de journée quoi. Où tant qu'à les déplacer, dans une structure où on peut leur apporter des soins... » [MG12]

Le manque de main d'œuvre médicale reste une préoccupation dans l'organisation quotidienne des soins du médecin généraliste, c'est donc un levier possible pour le futur :

« En montant des cabinets secondaires également (...) je suis prêt à tout pour qu'il ne passe pas en burn-out » [MG9]

Recentrer le médecin généraliste sur son rôle, son cœur de métier et le libérer d'autres tâches chronophages :

« Y'a tout un tas de tâches que l'on fait qui ne sont pas de notre...euh...enfin qui sont de notre compétence mais qui ne sont pas de notre euh...qu'on n'a pas à faire. C'est-à-dire nous il faut qu'on nous...qu'on ait la responsabilité correspondant à notre niveau d'études, hein ! (...) ça c'est pas de la médecine, et ça ça doit être délégué ! Y'a pas besoin de former des médecins à 10 ans d'études pour faire ça ! Donc on est assez de médecins en France, y'en a largement assez des médecins, il faut qu'ils...faut qu'on, faut qu'on exerce autrement ! » [MG4]

« Le boulot du médecin c'était pas de conduire toute la journée mais de, euh, de faire de la médecine, hein ! (...) d'arrêter de transformer les médecins en gestionnaires, d'arrêter de les empêcher de faire de la médecine en leur faisant faire des tas de tâches annexes, dont le rang médical n'est pas... terrible... » [MG9]

Les médecins généralistes imaginent ou expérimentent des alternatives à certaines visites à domicile. Des prises en charge globalisées sur un forfait, le transport des patients jusqu'au médecin, ou la mise en place d'un service dédié aux visites à domicile, sont des propositions encore peu expérimentées mais envisagées pour l'avenir.

Le travail en collaboration entre les médecins, et avec les paramédicaux, le recentrage du médecin généraliste sur ses tâches médicales, la réorganisation du territoire pour mieux répartir l'offre de soins, sont d'ores et déjà des projets que les médecins de soins primaires s'approprient.

Les technologies nouvelles semblent se faire une place plus inégale selon le praticien rencontré.

DISCUSSION

Les soins médicaux doivent présenter notamment les quatre caractéristiques suivantes : humanité, efficacité, efficience et justice.

Extraits de la Directive Européenne, résolution 77-30, 1977

A. LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE

- I. Eléments relatifs à la méthode qualitative :
 - I.1. Inexpérience de l'enquêteur :

Notre étude a utilisé une méthode qualitative pour répondre à la question de recherche. Cette méthode s'appuyait sur le recueil de résultats à l'aide d'entretiens dits semi-directifs. Afin de nous préparer à cette méthode, nous avons choisi de nous former par la lecture d'un ouvrage spécialisé : « Les méthodes qualitatives », P.U.F. Que sais-je n° 2591. Nous avons aussi lu l'ouvrage de Pierre Bourdieu intitulé « misères du monde », dans lequel l'auteur retranscrit de grandes parties d'entretiens semi-dirigés. Lors de plusieurs entretiens, l'examineur a eu des difficultés à maîtriser le déroulement de l'entretien.

Cette situation semble être liée à des éléments affectifs qui sont intervenus au cours des entretiens : sympathie ou antipathie, alors que la méthode de l'entretien semi-dirigé est lui basé sur l'empathie et l'acceptation inconditionnelle. Ces affects ont perturbé le déroulement théorique de l'entretien. Il est légitime de penser que des éléments importants ont pu ainsi échapper au recueil.

o 1.2. Définition des thématiques :

Les thématiques ont été définies séparément par l'auteure et la directrice de ce travail, puis regroupées. Bien que cette triangulation soit aussi un point fort de l'enquête puisqu'aucune incohérence majeure n'a été détectée, la subjectivité de chacune des deux intervenantes impliquées dans ce travail peut avoir influencé cette définition.

• II. Originalité du travail :

Ce travail est un des premiers travaux qualitatifs sur le thème de la visite à domicile. La majorité des études existantes sont des études quantitatives de l'évolution du nombre des visites en France. Par exemple, une étude de 1988 menée dans les Hauts de Seine a tenté d'évaluer le nombre des visites à domicile inadaptées. L'étude donne 38% des visites de l'époque inadaptées. Mais le critère retenu était celui de la possibilité de déplacement par le patient, ce qui est un critère à la fois subjectif, et éventuellement peu adapté. (11)

La seule étude qualitative explorant les représentations sur la visite à domicile est celle réalisée par David POMPEY et publiée dans la revue EXERCER, en 2011. (12) La population étudiée était celle des internes de médecine générale ayant déjà réalisé un SASPAS³. Les représentations de ces jeunes médecins recoupaient la majorité des items retrouvés dans notre étude. Des éléments de satisfaction de la visite étaient cités : l'intérêt pour le patient, la reconnaissance envers le médecin, l'approche environnementale, la notion de service au patient. Dans les aspects plutôt négatifs, on retrouvait les contraintes matérielles (manque de moyens, absence de dossier, difficultés liées aux déplacements), l'aspect chronophage, l'emploi du temps empiétant sur la vie personnelle. Enfin la difficulté de poser une indication médicale était mentionnée, et l'aspect « empirique » de la médecine à domicile qui est le pendant de l'aspect « générationnel » de la pratique mentionné dans notre étude. La convergence des résultats vient renforcer la fiabilité du travail présenté ici.

³ Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Une autre particularité de notre étude est d'aborder pour la première fois de manière ciblée la vision a posteriori des médecins sur la transition de leur exercice et l'avenir de la visite à domicile.

- III. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons sélectionné l'échantillon selon la méthode décrite plus avant. Si le taux d'urbanisation des zones d'exercice des médecins a été volontairement varié, nous constatons que la zone géographique de recrutement a été spontanément limitée. Ceci répondait à des contraintes topographiques du territoire qui ont entraîné des durées de trajets rapidement importantes pour l'interrogateur. La possibilité de transférer ou d'extrapoler nos résultats à d'autres groupes de médecins peut s'en voir limitée.

B. RESULTATS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

I. L'influence de la visite à domicile sur la pratique
--

- I.1. Une contrainte pour le médecin généraliste.

Les résultats de notre enquête semblent rejoindre ceux des études déjà publiées sur le sujet.

La plupart du temps, les médecins généralistes portent la visite comme un poids dans leur exercice. Nous avons vu qu'ils pouvaient payer cher, sur les plans physique et personnel, l'investissement que représente la visite à domicile. Hélène Michaux dans son travail de thèse soutenu en 2006 arrivait aux mêmes conclusions (9). Ce travail visait à confronter l'opinion des médecins et des patients sur la visite à domicile, trois années

après la réforme de la facturation. Du côté des médecins, il mettait en évidence la notion de pénibilité ressentie de la visite à domicile. Son travail évoquait aussi l'aspect jugé délétère de la visite sur la qualité des soins. Les représentations du généraliste sur la visite à domicile semblent ne pas avoir beaucoup évolué ces dernières années, et notre étude vient renforcer ces conclusions sous plusieurs angles.

D'abord, les conditions matérielles de la visite sont mauvaises : domiciles sales, absence de lieu adéquat pour un examen clinique dans les règles de l'art, absence de dossier médical...les illustrations sont nombreuses.

Ensuite, l'organisation du médecin est perturbée par les visites. Il doit prévoir des plages horaires, souvent larges, dédiées à cette activité, ou alors la « caser » entre plusieurs consultations. Dans les deux cas, les plages horaires de consultation sont perturbées.

Enfin, la pression de la part des patients qui demandent des visites est importante, et l'effort des médecins pour en restreindre les indications l'est tout autant. Cela crée un climat de tension dans la relation médecin-malade. Certains médecins généralistes ont exprimé dans nos entretiens des sentiments négatifs envers la patientèle avec laquelle ils ont des difficultés.

- 1.2. La visite : antidote ou élément déclencheur de Burn-out ?

La visite constitue un terreau parfait pour le développement des déterminants de l'épuisement professionnel des généralistes.

Les trois axes de développement d'un burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, sont : (13)

- 1) un épuisement émotionnel (être vidé nerveusement, ressentir une intense fatigue psychologique),
- 2) une dépersonnalisation (attitudes impersonnelles, détachées, voire négatives envers les patients),
- 3) un accomplissement personnel réduit (sentiment d'échec et de déclin des compétences).

Chacun de ces éléments est retrouvé dans notre étude.

La visite à domicile est génératrice de difficultés de maîtrise de l'emploi du temps, et donc a une influence sur la possibilité de coordonner vie privée et vie professionnelle, source de fatigue émotionnelle importante. Le médecin qui pratique la visite est confronté aux demandes irréalistes des patients, et se voit adopter des attitudes négatives et dépersonnalisantes face à la pression à laquelle il est soumis. La légitimité médicale de la visite à domicile est remise en cause dans de nombreuses situations, parfois par le médecin lui-même, laissant le généraliste avec sa conscience professionnelle. Enfin les prises en charge à domicile de plus en plus complexes font intervenir de plus en plus de soignants, avec lesquelles les relations peuvent être sources de frustration. Les situations d'échec peuvent donc être fréquentes.

A l'inverse, les médecins interrogés ont souligné le rôle positif que pouvait avoir la visite dans l'exercice quotidien. Ceci passe par le fait que la maîtrise, lorsqu'elle existe, de cet acte complexe (pratiquement et intellectuellement), peut engendrer une extrême sensation d'accomplissement et d'épanouissement du médecin. (14)

Plusieurs médecins de notre étude ont expliqué combien la visite à domicile pouvait constituer un moment agréable nécessaire dans leur pratique. Face à un emploi du temps chargé, prendre le volant et « l'air » constituait pour certain une « bouffée d'oxygène ».

L'aspect humain de la visite à domicile peut constituer un véritable antidote au risque de la dépersonnalisation de la relation médecin-malade puisque cette situation fait, on l'a vu, souvent appel aux affects du médecin avec son malade à domicile. C'est aussi une situation valorisante pour le médecin généraliste : dans la place privilégiée qu'il occupe auprès du malade ; dans celle qu'il occupe vis-à-vis d'autres professionnels de santé qui n'ont pas cette spécificité de pénétrer dans l'intimité des patients.

Enfin envisager l'aspect environnemental de la prise en charge est une mission du médecin généraliste que certains assurent en se rendant parfois au domicile pour y trouver des éléments médicaux pertinents : salubrité, environnement tabagique, promiscuité etc...

La façon de pratiquer la visite à domicile n'a pas été étudiée en la comparant à la prévalence du burn out chez les médecins généralistes la pratiquant. Il n'est pas évident que les médecins qui la pratiquent le plus soient les plus sujets au burn out. On voit que la visite peut être tour à tour le poison, ou l'antidote selon qu'elle est subie ou maîtrisée. Subir sa visite serait en perdre le fil théorique et pratique : bouleverser son emploi du temps (« perdre du temps » sur la route, avoir des journées interminables), réaliser des visites « inutiles », affronter les patients au lieu de les éduquer. A l'inverse maîtriser ses visites serait répondre au mieux aux besoins des patients tout en restant en accord avec sa propre pratique : limiter les visites à celles qui paraissent pertinentes médicalement, ou utiles, évaluer la place à donner à la prise en charge sociale pour chaque situation, répondre efficacement à la permanence et à la continuité des soins avec les recours adaptés...

L'introspection sur l'exercice de chacun mis en évidence dans notre étude prend là toute son importance. « Perpétuer une tradition » ne suffit pas à exercer dans des conditions satisfaisantes. Une vision globale et réaliste de sa patientèle (rurale, possibilités de recours, âge, mobilité) et de ses propres souhaits d'organisation est un préalable indispensable à une gestion optimale de la visite à domicile tant pour le médecin que pour le patient. Elle s'accompagne alors d'une définition honnête et acceptable de ce recours particulier entre le médecin et ses patients, que chacun tâchera de respecter.

II. Un catalyseur du changement

- II.1. D'un point de vue de la pratique : un simple regard sur la discipline ?

Le rôle du médecin traitant, non pas dans le système de soins, mais auprès de son patient, est évoqué par les médecins lorsqu'ils parlent de la visite à domicile. Le champ de la médecine de soins primaires est vaste ; la loi HPST en a précisé les contours. Une question se pose : où s'arrête le rôle du médecin de famille ? La réponse naît de la représentation que chaque médecin généraliste a de son métier.

Sommes-nous des médecins « au service » des patients ? Les médecins sont attachés à l'image traditionnelle du médecin généraliste « volant au secours » de ses patients, au milieu de la nuit comme en pleine consultation, qu'ils tiennent pour évocatrice d'un grand respect. Nos entretiens révélaient une certaine nostalgie de ce statut : « J'ai toujours un p'tit regret, malgré tout, mais bon, c'est un petit regret, comme ça quoi, sentimental on va dire » [MG3]. Mais cette « corvéabilité » était unanimement décrite dans nos entretiens comme d'un autre âge, de gré ou de force. Le médecin généraliste comme unique recours à domicile « 24H/24 » a vu son rôle modifié fondamentalement par l'organisation des gardes de nuits, la mise en place des régulations téléphoniques, ainsi que par l'implantation dans les zones urbaines de services dédiés à la visite à domicile type SOS-médecins.

Pour certains généralistes, cette servitude semble s'être reportée sur un service « social ». C'est dans cette dimension du métier que des généralistes ont retrouvé leur place incontournable. Qu'il s'agisse de solitude, de perte d'autonomie, ces médecins généralistes expriment l'idée qu'ils sont le seul lien du patient avec un monde médical et une société indifférents envers lui. Il retrouve alors une valorisation dans ce lien d'interdépendance qu'il lie avec le patient : le médecin est garant des relations médicales et parfois sociales du patient. En retour, le patient donne au médecin l'occasion d'ajouter une plus-value à son exercice.

Le rôle du médecin généraliste, illustré par la visite à domicile, est marqué par un aspect générationnel. Une étude américaine de 1997 a analysé la fréquence des visites à domicile aux patients de plus de 65 ans, ainsi que les caractéristiques des médecins qui les pratiquaient. Les médecins qui effectuaient le plus ces visites étaient des hommes, plutôt âgés, exerçant seuls dans le nord-est des Etats-Unis (région où le ratio médecins/patients est élevé). Ce profil est assez proche de celui des générations de généralistes qui se sont installés dans les années 70, en France.⁽¹⁵⁾ Dans notre étude, les médecins plus anciennement installés, ayant beaucoup pratiqué la visite, semblaient être les mêmes qui investissaient plus fortement le champ social du soin. C'est là une divergence parmi d'autres à l'origine des différences de souhaits d'exercice opposant actuellement les générations de médecins.

Plusieurs études démontrent qu'il existe à la fois une différence dans les souhaits de pratique des jeunes générations de médecins et une incompréhension des choix

respectifs des générations entre elles. Nous avons vu dans notre étude qu'il existe une vision péjorative de l'exercice vieillot incarné par le médecin généraliste qui réalise des visites à toutes heures. Cette vision est retrouvée dans un travail de 2005 qui faisait état des représentations de leur métier de jeunes installés en médecine générale. (16) En 2010, un travail réalisé par Andréa Poppelier en région Poitou Charente montrait que les jeunes médecins généralistes interrogés avaient des aspirations qui étaient très éloignées de la réalité de l'exercice des médecins généralistes installés sur le territoire.(17) Ces jeunes médecins aspiraient surtout à une qualité de vie, avec un volume de travail d'environ 5 jours et demi par semaine, et à des conditions de travail particulières, incluant les cabinets pluridisciplinaires. Au contraire, les médecins généralistes y exerçant déjà étaient plutôt âgés, travaillaient souvent seuls (46,4% des plus de 55 ans) et beaucoup (52 à 60 heures par semaine).

Dans la thèse que Sophie Augros a soutenue en 2012, les internes de médecine générale, futurs médecins généralistes, exprimaient leurs souhaits concernant leurs conditions de travail idéales. Contrairement au paysage médical actuel, les futurs médecins se voyaient exercer dans un milieu semi rural, de préférence en cabinet pluridisciplinaire, et intégrés dans un réseau de soins. Au-delà du simple entourage médical hospitalier et paramédical, ils soulignaient l'importance de travailler à proximité de certains services publics (école, administrations, pompiers). Une rémunération mixte (forfaitaire et à l'acte) leur paraissait plus adaptée à leur souhait d'exercice.(18) (19)

On distingue donc bien un changement dans la façon d'envisager la profession, qui risque de modifier progressivement le paysage médical dans les années à venir. Le changement de comportement dans la réalisation des visites à domicile n'est peut-être qu'un stigmate précoce de cette tendance.

- II.2. D'un point de vue sociétal : l'heure de la reconnaissance ?

La visite à domicile a suivi les réformes de fond qu'a subies la médecine générale : en se basant sur un rôle mieux défini du médecin généraliste, en tenant compte des impératifs économiques et en s'appuyant sur des éléments scientifiques.

o II.2.1. Dix années de réformes

Notre étude portait sur la modification des comportements des médecins généralistes autour des visites à domicile, mais ce changement n'est donc qu'une facette d'une transformation plus complète du métier. Pendant la période charnière des dix dernières années, ce sont en fait des réformes fondamentales qui ont été entreprises dans le champ du soin de premier recours.

Sur le plan politique, le début des années 2000 a été marqué de façon inédite par des protestations de médecins qui ont abouti à une évolution majeure du métier avec l'organisation de la permanence des soins. En 2007, à l'issue des états généraux de la santé, la loi HPST a donné au médecin généraliste sa place de pivot du système de soins en France.

Sur le plan universitaire, au sein de la toute nouvelle discipline de la médecine générale, les professionnels ont réalisé un véritable travail de fond sur la signification de leur rôle dans le système de soins. Ce travail a abouti à la parution du « référentiel métier du médecin généraliste », recueil de ses différents rôles, activités et compétences. La poursuite de ce travail est en cours vers l'amélioration de l'enseignement et de l'évaluation de ces compétences professionnelles.

Sur le plan tarifaire, la visite à domicile a été redéfinie par la voix de la réforme conventionnelle, ses indications ciblées en fonction des éléments objectifs du terrain et des compétences du médecin généraliste. L'état de santé de la population et son vieillissement, l'augmentation des maladies chroniques et des dépendances ont motivé la création d'une « visite longue » dans la dernière convention médicale, créant une hiérarchie entre les visites en fonction de la pathologie du patient. Les rôles du médecin généraliste pivot de la prise en charge du patient à son domicile y sont nettement présents : « Une consultation réalisée au domicile du patient et en présence des aidants naturels apparaît nécessaire pour mieux appréhender la situation du patient dans son environnement habituel et mieux répondre à ses besoins et à ceux de son entourage. » (20) La dimension sociale est majeure.

En 10 ans, les médecins généralistes ont affirmé leur rôle médical et social indispensable dans la construction et le bon équilibre du système de soins.

o II.2.2. L'intrusion de l'économie dans la décision médicale

Depuis 2002, à la suite de plusieurs années de dépassement du budget de la sécurité sociale, les dépenses de santé ont été plus intensément contrôlées par l'état et les institutions garantes du remboursement des usagers. (21) Les questions économiques qui se sont introduites dans la pratique de la médecine en général, et la médecine générale en particulier, n'ont pas épargné la visite à domicile(22)(23)(24)

Nous l'avons vu dans notre étude, le questionnement des médecins autour de la rentabilité de la visite, sur le plan de la rémunération personnelle comme dans la cadre des dépenses de santé, peut parfois prendre part dans la décision de se déplacer en visite. Contrairement à l'image individualiste du médecin libéral, véhiculée par des décennies de paiement à l'acte, la maîtrise des dépenses de santé fait partie des préoccupations des médecins généralistes. Même si nous l'avons déjà souligné, 60% d'entre eux avouent un niveau de connaissance modeste en économie de la santé.(7) Cette sensibilisation aux problématiques économiques peut de façon légitime être rapprochée des mesures de maîtrise des dépenses de santé mises en place depuis les années 2000 (25). La prise en compte du coût d'une thérapeutique lors de sa prescription est inscrite dans la dernière convention puisque le prescripteur est invité à sélectionner un médicament « en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuses » (20)

o II.2.3. Scientification de la société

La médecine générale a fait son entrée dans l'université en 2004. Elle est depuis plusieurs années le champ d'études scientifiques, et possède, en France, sa propre filière de recherche. Comme l'a montré White, la science médicale ne s'est pas beaucoup intéressée aux patients du premier recours ambulatoire. (26) A l'instar des autres disciplines, la médecine générale s'appuie dès que possible sur des preuves scientifiques pour guider les praticiens dans leurs décisions médicales. L'Evidence

Based Medecine (EBM) est un principe désormais mentionné à plusieurs reprises dans le code de déontologie : à l'article 32 concernant la qualité des soins, à l'article 8 concernant la « liberté de prescription » et à l'article 39 où il est prohibé de prescrire des médicaments « insuffisamment éprouvés » ou « non autorisés ».(27) La visite à domicile ne fait pas exception : pourtant dans son cas, la justification scientifique n'est pas évidente. Bien qu'aucun pays n'ait réellement pu prouver son utilité ou son inutilité, la tendance générale en Europe est à la baisse du nombre de visites, selon les directives des pouvoirs publics.(28) En France, le point de départ de cette tendance a été notamment l'important ratio visites/consultations chez les médecins généralistes français, associé à un axiome selon lequel « on fait de la meilleure médecine au cabinet » (4, préambule). Tenant compte par ailleurs des dépenses importantes pour les soins de villes enregistrées à cette période, la visite à domicile était devenue un levier intéressant de réduction des dépenses. Des critères de « justification médicale » de la visite ont dès lors conditionné le remboursement, s'appuyant sur des éléments supposés scientifiques. A notre connaissance, aucune étude ne vient conforter cette démarche. Au contraire, une étude américaine de 1997 évoquait la possibilité que la visite à domicile soit pourvoyeuse d'économies substantielles, en diminuant notamment le nombre d'hospitalisations. (29) Une étude médico-économique sur ce sujet serait intéressante en France afin de préciser la place de la visite à domicile dans l'organisation des soins.

- II.3. D'un point de vue organisationnel : une forme nouvelle de prise en charge décloisonnée

- o II.3.1. Le regroupement

A cause notamment de son aspect chronophage, la visite à domicile a été un des enjeux du regroupement. Au cours de nos entretiens, des médecins conditionnaient la poursuite de cette activité à un regroupement professionnel. Elle est donc un des catalyseurs du changement dans le mode d'exercice des médecins, et de leur rupture de l'isolement.

o II.3.2. L'éducation du patient

La visite à domicile a été l'occasion pour les médecins de faire changer les comportements de leurs patients. Cette éducation, on l'a vu, a pu être favorisée par l'intervention d'un tiers. Dans notre étude, il s'agissait d'un étudiant, d'une secrétaire ou d'un remplaçant. Une étude anglaise de 2002 montrait comment l'intervention d'une secrétaire pouvait influencer l'activité des médecins en diminuant dans la journée la charge de travail jusqu'à 49% en jouant sur les demandes du jour. (30) La secrétaire, en assurant un certain tri dans les demandes du jour, exerce un rôle de régulation à l'échelle de la patientèle du médecin. Dans nos entretiens, les médecins généralistes ont eu l'occasion de mettre en pratique ce rôle particulier du secrétariat. A l'occasion d'un cas de force majeure, la secrétaire s'est vue confier la mission de gérer les demandes de patients. Dans tous les cas, la secrétaire a réussi à limiter les demandes. Notons que les auteurs de l'étude ont jugé nécessaire de recruter des infirmières expérimentées, lesquelles ont préalablement bénéficié en sus d'une formation spécifique sur la gestion des pathologies mineures. Elles étaient de plus assistées d'un poste informatique muni d'un logiciel spécialement conçu. On voit donc que cet aspect particulier de l'éducation du patient délégué à un tiers nécessite des moyens importants. Il serait intéressant de recueillir l'avis des médecins et des patients sur l'influence de l'intervention de ce tiers dans leur relation soignant-soigné.

o II.3.3. Le soutien des mesures par l'intervention coordonnées des pouvoirs publics

Les médecins généralistes ont un rapport ambigu avec les caisses d'assurance maladie : certains dans notre enquête les jugeaient incompetentes, d'autres étaient en attente d'une aide de leur part pour la diffusion du message concernant les visites à domicile. Le MG 5 a même relaté l'exemple d'une patiente qui avait été impressionnée par un coup de téléphone de la caisse d'assurance maladie afin de connaître les raisons de sa demande de visite à domicile, au point de ne plus jamais faire venir le médecin au domicile. En fait, les caisses d'assurance maladie prennent part à la promotion de certaines pratiques avec plus ou moins de succès. Les modalités de communication sont variées : aux patients, sous des formes et dans des contextes variés, ou aux médecins pour les encourager à assurer ce changement de pratique (formation en groupe ou

personnalisée). Ces mesures peuvent être détaillées dans le volet régional d'un accord du bon usage des soins, ou bien prises en dehors de toute formalisation officielle. Par exemple, aucun ACBUS visite à domicile n'a été à notre connaissance signé en Lorraine, mais la campagne, outre l'enquête téléphonique indiquée par le MG5, a consisté aussi à l'affichage en salle d'attente de petites affiches explicatives (annexe 2)

- II.4. Des nouvelles bases pour la qualité des soins : une convergence difficile pour les soignants et les soignés.

Plusieurs études montrent que, sur de nombreux thèmes liés aux soins primaires, les attentes des populations et celles des médecins semblent différentes :

- o Dans le cas de la visite à domicile, la thèse d'Hélène Michaux montre que si les patients reconnaissent que la visite devrait être réservée aux plus dépendants, ils ne réalisent pas les enjeux matériels qu'elle représente pour les médecins, et ne semblent pas disposés à s'en priver pour eux-mêmes. (9)

- o Plus largement en médecine de premier recours, l'équipe PROSPERE⁴ a étudié des critères de qualité des soins dans deux groupes, médecins et patients. Si on interroge les patients sur leurs préoccupations concernant la qualité des soins en médecine générale, ceux-ci mettent en avant l'importance de la qualité de la relation médecin malade (31) et de la coordination, avant les préoccupations de type structurelles (plages horaires larges, maison médicale, etc.). C'est la continuité relationnelle qui constitue, selon les patients, l'élément déterminant de la qualité des soins. (32)

Cette donnée pose question, dans un contexte où la qualité des soins est très portée sur la restructuration de l'exercice. Les réformes récentes de l'exercice médical touchent essentiellement l'organisation structurelle des médecins et n'ont jamais pour point de départ les souhaits des patients. Il s'agit de la réforme concernant la visite à domicile en 2002, mais aussi des réformes qui ont suivi les états généraux de l'organisation des

⁴ Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiEr REcours, une équipe qui dépend de l'IRDES, l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

soins en 2007 et qui ont été formalisées dans la loi HPST en 2009. Le souci de l'optimisation, de la rentabilité et de la qualité des soins passe essentiellement par la mise en place de ces réformes. Celles-ci prévoient par exemple : la réorganisation territoriale des soins (pôles de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, SISA, etc.), la coopération interprofessionnelle (notion de projet de soin, délégations de tâches, valorisation du travail collaboratif dans les visites au domicile, etc.), l'adaptation d'un exercice médical inscrit dans l'évolution de la société (temps de travail plus réduit, qualité de l'exercice par les conditions matérielles, le Développement Personnel Continu, etc.). Ces modifications de l'exercice ont déjà cours parmi les médecins installés. (18)

A la lumière de ces constatations et de celles de l'étude PROSPERE, il paraît légitime de se demander si les médecins et les politiques à la tête de la réforme des soins primaires ne seraient pas en train de se fourvoyer en éludant cette composante relationnelle dans les projets menés. Trois éléments nous apportent des éléments de réponse.

- 1. Rappelons que la santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Le système de soins français est basé sur une assurance d'Etat, la sécurité sociale. C'est donc l'Etat qui fixe ses objectifs en matière de politique de santé, et la contrainte économique est majeure dans la définition des programmes de santé afin de garantir l'équilibre des comptes (loi de 1995). Pourtant la politique de santé publique inscrite dans la loi se propose bel et bien d'assurer l'amélioration de l'état de santé des populations. Selon la loi, la prise en compte de l'individu devrait donc être préalable aux contraintes économiques. (33)
- 2. Le principal critère d'amélioration de la qualité des soins selon les patients semble être, comme le montre l'étude PROSPERE, une amélioration de la relation médecin-malade, suivie et individualisée. Pourtant lorsqu'on demande à ces mêmes patients d'élaborer des propositions concrètes à mettre en œuvre afin d'atteindre cet objectif, les résultats ne diffèrent guère sur le fond des projets législatifs. La synthèse en est faite dans un document proposé en 2010 par le CISS (Collectif Inter Associatif pour la Santé), repris dans une véritable proposition de loi du même collectif. (34)(35) On y retrouve un certain nombre des dispositions contenues dans la loi HPST, ou des revendications médicales, incluant réorganisations territoriales, structures de soins,

développement de coopération, création de nouveaux métiers, utilisation des nouvelles technologies, diversification des modes de rémunération, etcetera.

- 3. La modification des conditions et des modes d'exercice des médecins généralistes est un des moyens de lutter contre les inégalités d'accès aux soins liées à la répartition des médecins sur le territoire. Le versant médical de ce constat implique une diminution des médecins en « surcharge » de travail ! Selon une étude de 2009 effectuée sur des médecins généralistes hollandais, une charge de travail trop importante et un stress au travail sont associés, pour les médecins, à une moindre performance professionnelle. Lorsque ces facteurs négatifs sont absents, le médecin passe plus de temps avec les patients et au cabinet. Du point de vue du patient, ces éléments sont associés à une meilleure qualité de la prise en charge. On est tenté d'extrapoler les résultats de cette étude pour conclure qu'un médecin à l'aise dans son exercice est un déterminant d'une relation médecin malade réussie.

Plus que le symbole d'un clivage entre médecins et patients, la visite devrait plutôt être observée comme un baromètre dans la réussite de la réorganisation des soins de premier recours.

III. UNE OUVERTURE SUR L'AVENIR ET LES EXEMPLES INTERNATIONAUX

Dans un certain nombre de nos entretiens, l'avenir de la visite à domicile semblait assez incertain. Les médecins généralistes se heurtaient à de nombreuses interrogations sur leur pratique future.

- III.1. La place de la visite dans les soins primaires.

Garder la visite à domicile, oui, mais pour en faire quoi ? Conscients que la visite traditionnelle n'est plus au goût du jour, les médecins s'efforcent de poursuivre cette activité dans un souci de service au patient.

On retrouve en Allemagne ce flottement qui accompagne le questionnement des médecins. Une étude de 2011 réalisée dans ce pays a exploré la faisabilité, la contrainte et les perspectives du maintien des visites à domicile. Les généralistes allemands pratiquaient la visite à domicile, mais peu lui trouvaient un réel bénéfice. Beaucoup la faisaient parce qu'ils s'y sentent obligés. Ils rapportaient des désagréments associés à la visite qui rejoignent ceux de notre étude : inconfort pour l'exercice, manque de rémunération. Ils avaient conscience que cette partie de leur travail est importante pour les patients, particulièrement pour les soins aux moins autonomes. Ils devaient faire face au dilemme de soulager leur charge de travail tout en souhaitant assurer des soins au domicile de qualité. Peu de solutions étaient envisagées. Ils étaient toutefois demandeurs d'incitations financières afin de leur donner les moyens de poursuivre cette mission. (36)

Aux Pays-Bas, les constats d'une étude menée en 2006 révélaient aussi une baisse importante des visites à domicile. (37) Les auteurs ne s'émouvaient pas d'un tel état de fait puisque leurs conclusions étaient plutôt optimistes. En comparant le type de pathologies diagnostiquées lors des visites à domicile, ils avaient constaté que les visites diminuaient essentiellement pour des motifs dont les diagnostics confirmaient a posteriori le caractère absolument non urgent. Leur conclusion était donc que la visite avait changé de modèle : elle était plus centrée sur une indication médicale qu'auparavant, ce qui pour les auteurs constituait un gage de qualité des soins.

- III.2. La délégation de tâches.

De façon plus ou moins formelle, les médecins semblent disposés à déléguer une partie de leurs visites à d'autres personnels soignants. Dans notre étude, les médecins émettaient quelques réserves concernant les responsabilités de chacun dans cette délégation, la confiance qu'ils estimaient nécessaire d'avoir dans la personne à qui ils

confieraient leurs patients. Les connaissances nécessaires pour mener une visite à domicile semblaient poser problème. Une expérience allemande menée en 2009 peut nous apporter quelques éléments de réponse. Ce travail a étudié la délégation de la visite à domicile à des assistants médicaux. L'objectif principal était d'en mesurer l'impact économique, associé à une diminution de l'activité de visite des médecins généralistes (dans un contexte de démographie médicale insuffisante dans les zones rurales, pour que chaque médecin puisse étendre son activité de consultation). Les assistants médicaux étaient des infirmières possédant une expérience professionnelle importante. L'expérience montrait d'abord une bonne acceptabilité de l'initiative par les patients. Ensuite, l'activité de visite des médecins généralistes avait diminué, particulièrement dans le cadre des visites en urgence. Le tout était réalisé sans modification de dépenses de soins. (38)

Une étude anglaise publiée en 2004 a voulu étudier l'impact de l'ajout d'une infirmière à une équipe médicale ambulatoire influençait la charge de travail du médecin. (40) L'étude montrait que cette charge de travail ne diminuait pas. En revanche, l'analyse du contenu du travail du médecin montrait que ce dernier recentrait ses activités sur des tâches médicales. L'enjeu de la délégation est de libérer du temps au médecin, et non pas de diminuer leur temps de travail. Par contre, le rôle de l'infirmière dans cette étude n'est pas détaillé. Hors cette délégation n'est envisageable que si la prise en charge infirmière est au moins aussi performante que celle du médecin.

En France, en Poitou Charente puis en Lorraine, l'expérience ASALEE a étudié le transfert de tâches dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient. (39) Le volet ambulatoire de cette étude concernait l'éducation thérapeutique du patient diabétique. Cette mission du généraliste a été déléguée à des infirmières de santé publique au sein de cabinets de médecine générale. Il s'agissait de la prise en charge éducative, conjointe avec le médecin traitant, des patients diabétiques de type 2. L'efficacité a été jugée sur le plan du coût et celui des résultats biologiques. Les résultats de l'expérience ASALEE montrent une plus grande efficacité de l'éducation lorsqu'elle est menée par l'infirmière ASALEE, pour un coût équivalent pour la sécurité sociale. D'autres expérimentations de délégations de tâches médicales aux infirmières ont eu lieu entre 2003 et 2007 sur d'autres thèmes, mais ceux-ci se situaient dans le champ hospitalier et non dans le champ ambulatoire.

La délégation de la visite est donc une solution envisageable en réponse à la nécessité de recentrer les médecins généralistes, surtout dans les zones sous-dotées médicalement, sur de la consultation en cabinet. Il serait envisageable, à l'image des protocoles de suivi gérés dans le protocole ASALEE, de construire des protocoles de suivi à domicile par des infirmières spécifiquement formées : observance médicale, suivi biologique et clinique, détection de complications spécifiques. Il reste en France quelques difficultés à surmonter : l'appréhension des médecins eux-mêmes, le problème de la limitation de l'installation des infirmières, de leur formation et de leur rémunération pour ces nouvelles compétences (et son remboursement par la sécurité sociale).

CONCLUSION

La majorité des médecins généralistes français identifient la visite à domicile dans leur exercice quotidien comme un acte fortement lié à leur discipline.

En France comme dans d'autres pays, la place des visites dans l'exercice a beaucoup évolué durant les dix dernières années, principalement du fait de contraintes démographiques et budgétaires. Sa part dans l'activité globale des soins de médecine générale de premier recours a fortement diminué suite à la réforme de 2002, au profit d'un affinement de ses indications.

De nos jours, la visite à domicile a une place très différente selon les choix de pratique de chaque médecin généraliste, qui en dispose assez librement malgré le renforcement général de l'encadrement des pratiques.

Bien que porteuse de l'image d'une médecine traditionnelle, la visite à domicile se prête aux réformes et à la modernisation de l'exercice. Loin d'être figée dans le passé, elle porte les enjeux de l'optimisation de notre système de soins : efficient, rentable, et humain.

BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Décret du 16 janvier 2004, relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF n°15 du 18 janvier 2004, page 1394, texte n°14.
2. République française. Article L162-5-3 du code de la sécurité sociale.
3. République française. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 21 juillet 2009 texte 1, Art. L. 4130-1.
4. République française. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins. JORF du 30 août 2002 page 14424 texte n° 23
5. République française. Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. JORF n°230 du 2 octobre 2002 page 16264 texte n° 16
6. République française. Arrêté du 27 Octobre 2006 portant approbation des avenants n° 14 et n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JORF n°258 du 7 novembre 2006 page 16 708
7. Benamouzig D, Carrère M.O, Martinez L, Rochaix L. Perception par les médecins généralistes français du rôle de l'évaluation économique dans les décisions de santé. Enquête SFMG. 2009
8. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes – Une synthèse des données disponibles. IRDES, Questions d'économie de la santé, numéro 144, juillet 2009.
9. 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 : Med : Université Lyon I. 2006.

10. Micheau J, Molière E. Activité et emplois du temps des médecins libéraux Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [on line] 2010 ; available from : URL : <<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud98-2.pdf>>
11. Fender P et al. La visite des généralistes dans le département des Hauts de Seine. Conc. Méd., 1988 ;110 ;1 :44-48
12. Pompey D, Frappé P. L'apprentissage de la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). Rev. Exercer, 2011 ; 97 : 92-6.
13. Dusmesnil Hélène et al. « Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants », Santé Publique, 2009/4 Vol. 21, p. 355-364.
14. VAQUIN-VILLEMINEY C. Prévalence du burn out en médecine générale:Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse Med. Univ Paris V. 2007.
15. Meyer DS, Gibbons RV. House calls to the elderly. A vanishing practice among physicians. New Eng J Med 1997; 337:1815-20
16. Lafaye-Hugé S. Les jeunes généralistes installés dans le Morbihan : trajectoires et opinions sur la profession. Thèse. Med. Université d'Angers. 2005
17. Poppelier A. Exercice de la médecine générale : approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse : Med : Université de Poitiers. 2010.
18. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM 2011
19. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes. Etude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 Juillet 2010 au 1er janvier 2011. Thèse. Med. Université Joseph Fourier (Grenoble). 2012.
20. République française. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JORF n°223 du 25 septembre 2011 page 16080 texte n°16

21. IGAS L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire. Rapport n°2002 081
Mai 2002
22. Zaffran Marc. On a les visites qu'on mérite. Rev. Prescrire. Mars 1985 ; Tome 5(43).
23. Lefebvre F. Très chères visites à domicile. TF1 News ; 12 octobre 2002. Available on
<<http://lci.tf1.fr/economie/2002-10/tres-cheres-visites-domicile-4876274.html>>
24. Foucras P. Visite à domicile : vite fait, bien fait. Rev. Prescrire. Septembre 2003 ;
Tome 23 ; 242 : 634.
25. IGAS L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire. Rapport n°2002 081
Mai 2002
26. White KL Life and death and medecine. Sci Am, 1973, 229, 22-33
27. République Française. Code de déontologie médicale. Code de la santé publique.
Article R.4127-1 à R.4127-112. Décret 2012-694 du 07/05/2012.
28. UNAFORMEC. Les visites à domicile, une pratique obsolète ? Bibliomed, numéro 87
du 15 janvier 1998.
29. Champion EW. Can house calls survive ? New Eng J 1997; 337:1840-41.
30. Richard DA et al. Nurse telephone triage for same day appointments in general
practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs. Br Med J.
2002 ; 325 ; 1214
31. Jung H, Wensing M, Wilt A, et al. Comparison of patients' preferences and
evaluations regarding aspects of general practice care. Family Practice. 2000; 17: 236-
242
32. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier Fleury N. Les transformations de l'offre de soins
correspondent-elles aux préoccupations des usagers de la médecine générale ? IRDES,
Questions d'économie de la santé, numéro 163, Mars 2011
33. République française. Code de la santé publique. Chapitre préliminaire : Droits de la
personne. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 – Art 3. J ORF 5 mars 2002

34 CISS. Proposition de loi relative à la Santé des populations. 24 mai 2012. Available from : URL : < http://www.leciss.org/sites/default/files/120524_Proposition-Loi-CISS_Sante-Populations_Legislatives2012.pdf>

35 CISS Médecine et soins de proximité : Propositions formulées à l'occasion de la mission confiée par Monsieur le Président de la République à Madame Elisabeth Hubert, Présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. 28 juillet 2010 . Available from : URL : < <http://www.leciss.org/espace-presse/actualite/médecine-et-soins-de-proximité>>

36. Thiele G, Kruschinski C, Buck M et al. Home visits – central to primary care, tradition or an obligation ? A qualitative study. BMC family practice 2011 12:24

37. Van den Berg M, Cardol M, Bongers FJM et Al. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Family Practice 2006, 7:58

38. Van Den Berg N, Meinke C, Matzke M et al. Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants : assessment of economic effects in an ambulatory healthcare center. BMC Health Service Research. 2010 : 10 : 155

39. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J. et Yilmaz E. (2008), La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE, Questions d'économie de la santé, n°136

40. Laurant LGH., Hermens R, Braspenning J, et al. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners : randomised controlled trial. BMJ, 2004 : doi:10.1136

ANNEXES

Annexe 1 : Script d'entretien

SCRIPT ENTRETIEN VISITE A DOMICILE

Bonjour, je suis interne de médecine générale, je vous remercie de bien vouloir répondre à ces quelques questions dans le cadre de mon travail de thèse concernant la visite à domicile. Cet entretien sera, avec votre accord, enregistré de façon à faciliter la prise de note et la retranscription.

1. Pouvez-vous me décrire votre façon de travailler, votre type d'activité ?

- Type d'installation
- Type de patientèle
- Démographie patients
- Démographie médicale

2. Comment organisez-vous vos visites à domicile ?

- Créneaux dédiés ?
- Hiérarchisation ?
- Facturation ?

3. Souhaitez-vous continuer à travailler de cette façon / conserver vos visites à domicile ? Pourquoi ?

4. Avez-vous ressenti une évolution depuis la réforme de 2002 ?

Annexe 2 : Affiche d'une campagne de sensibilisation aux contraintes de la visite à domicile dans les Vosges, à destination des cabinets médicaux.

À son cabinet, mieux équipé, le médecin peut **mieux vous soigner**



**La visite à domicile, c'est pour les cas d'urgence
ou les personnes qui souffrent d'un handicap**

Au cabinet médical, votre médecin dispose de votre dossier médical et des instruments de soins adaptés. Il peut donc mieux prendre en charge votre état de santé.

En cas de déplacement injustifié, votre médecin peut vous demander un dépassement d'honoraires non remboursable.



l'Assurance Maladie
sécurité sociale
caisse primaire des Vosges



Commission
conventionnelle
partenaire locale
Généraliste
CHARENTAIS



**Mutualité
Sociale Agricole de Lorraine**
Meurthe et Moselle, Vosges

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

En France, la visite à domicile est étroitement liée à la médecine générale. Sa part dans l'exercice des médecins a fortement diminué au cours des dix dernières années pour répondre aux besoins de maîtrise des dépenses de santé. L'objectif de ce travail était d'étudier, à distance de ces changements, quelles étaient les représentations des médecins généralistes sur la visite à domicile, sur ses évolutions passées et à venir. L'auteure a réalisé une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes exerçant en soins primaires.

Les résultats montrent que la vision de la visite à domicile était duelle. D'un côté, son image était ternie par son caractère chronophage, l'investissement personnel qu'elle impose, et par les difficultés matérielles ou théoriques inhérentes à l'exercice de la médecine au domicile du patient. La relation médecin malade pouvait souffrir de la tension générée par les demandes de visite jugées médicalement non justifiées. D'un autre côté, la visite à domicile pouvait être un moment agréable, dans lequel le médecin généraliste retrouvait son cœur de métier et une place valorisante auprès des patients. L'image de la visite à domicile était très corrélée à celle que les médecins généralistes ont de leur discipline.

Ces résultats rejoignent ceux d'autres études sur les représentations de la visite à domicile. Elle reflète la modernisation de l'exercice : changement générationnel, intégration du médecin généraliste dans un rôle propre de pivot du système de soins, redéfinition des indications spécifiques. La visite à domicile porte des enjeux organisationnels et ceux d'une relation médecin malade réussie, et pourrait être un levier dans la prévention du burn out en médecine générale. L'évolution vers une délégation de la visite à domicile à une tierce personne formée, dans le but de dégager du temps médical, est une piste qui mériterait d'être davantage explorée.

TITRE EN ANGLAIS :

Home visit : GP's perceptions about past and coming evolution

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : Visite à domicile, soins primaires, médecine générale, home visit, general practice, primary care, house call.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex