

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Aline BIGOT MORA

Née le 24 octobre 1980 à Chartres

Présentée et soutenue publiquement le : 27 juin 2013

S'Y RENDRE OU NON ?

***FACTEURS D'INFLUENCE DES VISITES A DOMICILE : ETUDE
QUALITATIVE BASEE SUR 30 ENTRETIENS DE MEDECINS
GENERALISTES DU MAINE-ET-LOIRE***

Président : Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie

Directeur : Monsieur le Professeur GARNIER François

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
 Pr. BAUFRETON
 Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
MM	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophtalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie

VERRET Jean-Luc
MM WILLOTEAUX Serge
ZANDECKI Marc

Dermato-vénéréologie
Radiologie et imagerie médicale
Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

M. ANNAIX Claude
Mmes BEAUVILLAIN Céline
BELIZNA Cristina
BLANCHET Odile
M. BOURSIER Jérôme
Mme BOUTON Céline
MM BOUYE Philippe
CAILLIEZ Éric
CAPITAIN Olivier
CHEVAILLER Alain
Mme CHEVALIER Sylvie
MM CONNAN Laurent
CRONIER Patrick
CUSTAUD Marc-Antoine
Mme DUCANCELLE Alexandra
MM DUCLUZEAU Pierre-Henri
EVEILLARD Matthieu
FORTRAT Jacques-Olivier
GALLOIS Yves
HINDRE François
JEANGUILLAUME Christian
Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie
M. LETOURNEL Franck
Mmes LIBOUBAN Hélène
LOISEAU-MAINGOT Dominique
MAY-PANLOUP Pascale

MESLIER Nicole
MM MOUILLIE Jean-Marc
NICOLAS Guillaume
PAPON Xavier
Mmes PASCO-PAPON Anne
PELLIER Isabelle
PENCHAUD Anne-Laurence

M. PIHET Marc
Mme PRUNIER Delphine
M. PUISSANT Hugues
Mmes ROUSSEAU Audrey
SAVAGNER Frédéric
MM SIMARD Gilles
TURCANT Alain

Biophysique et médecine nucléaire
Immunologie
Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
Hématologie ; transfusion
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Médecine générale (maître de conférences associé)
Physiologie
Médecine générale (maître de conférences associé)
Cancérologie ; radiothérapie
Immunologie
Biologie cellulaire
Médecine générale (maître de conférences associé)
Anatomie
Physiologie
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Nutrition
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Physiologie
Biochimie et biologie moléculaire
Biophysique et médecine nucléaire
Biophysique et médecine nucléaire
Médecine légale et droit de la santé
Biologie cellulaire
Biologie cellulaire
Biochimie et biologie moléculaire
Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Physiologie
Philosophie
Neurologie
Anatomie
Radiologie et Imagerie médicale
Pédiatrie
Sociologie
Parasitologie et mycologie
Biochimie et biologie moléculaire
Génétique
Anatomie et cytologie pathologiques
Biochimie et biologie moléculaire
Biochimie et biologie moléculaire
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur ROY Pierre-Marie

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur GARNIER François

Membres du jury :

Monsieur le Docteur CONNAN Laurent

Monsieur le Professeur GARNIER François

Monsieur le Docteur GUSTIN Gilles

REMERCIEMENTS

Aux trente médecins, qui volontairement se sont prêtés à cet exercice,

Merci pour votre temps, votre disponibilité et votre sincérité, en espérant avoir passé les messages que certains voulaient transmettre. Sans vous, ce projet ne serait pas là aujourd'hui.

A Monsieur le Professeur Roy,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Une image restera dans ma mémoire, le calme paradoxal qui régnait dans votre service quand j'arpentais les couloirs à 5h du matin, cela me faisait réapparaître la simplicité du monde. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Garnier,

Vous m'avez fait l'honneur de vous proposer pour assurer la direction de cette thèse. Je vous remercie de votre soutien malgré les charges qui vous incombent. Je tiens à vous réaffirmer ma profonde gratitude de vous être associé à ce projet.

A Monsieur le Professeur Connan,

Vous avez su me transmettre lors des réunions de SASPAS une pratique d'exercice que je respecte et essaye d'honorer à ce jour. Je vous remercie pour votre enseignement et pour l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

A Monsieur le Docteur Gustin,

Je te remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse, merci d'avoir été mon guide au-delà de la faculté. Tu me disais toujours : « tes collègues ne seront pas toujours tes amis et vole de tes propres ailes, va voir ailleurs ! », chose faite comme tu le sais... à défaut de te choisir comme collègue (et non sans regret), je te garderai, toi et ta famille, comme amis.

Aux Professeurs et Docteurs du département de médecine générale,

Merci d'être là pour nous tous et pour le temps si précieux qui est le vôtre. Venant d'une autre faculté riche d'un enseignement en médecine générale, j'ai trouvé à Angers son égal, je

suis fière d'y avoir été interne. Vous avez ma plus profonde reconnaissance et mon plus profond respect. A Madame Marie-Andrée Milani, pour votre aide et votre compétence.

Aux médecins que j'ai remplacés et qui m'ont aidé à être sereine dans ma pratique, qui m'ont ouvert les yeux pour certains et qui ont participé à me faire évoluer jusqu'à mon installation prochaine. Merci.

Aux médecins de la faculté de Tours qui ont participé à ma formation initiale et à tous les souvenirs et amis qui sont restés là-bas...

A mes co-externes et co-internes qui sont maintenant devenues des amies et collègues (Karine, Nadège, Sora, Elodie, Audrey...)

A tous mes amis (Sandra, Flavien, Lydie, Wilfrid...) vous êtes à mes côtés depuis si longtemps... merci.

A mes grands-parents, je sais ô combien je suis gâtée de vous avoir encore tous à mes côtés et je vous dédie ces quelques mots. Et à l'ensemble de la famille, merci.

A mes parents sans qui rien n'aurait été, merci pour vos sacrifices et votre soutien tout au long de ces études. Je vous aime.

A mes sœurs, Gaëlle et Marina, et leurs familles, merci d'être présentes, je suis fière de vous...

A mes beaux-parents et ma belle-famille, vous m'avez toujours soutenue, j'ai trouvé en vous une deuxième famille qui dans mon esprit, n'a rien à envier à la première.

A mes deux petits garçons, Ethan et Mewen qui ont apporté une lumière supplémentaire à nos vies, ce travail vous est dédié. Je vous aime...

A mon mari, Philippe, je ne sais comment te remercier, tu m'es si précieux ; merci de ta présence, de ton écoute, de ta patience...et je sais ô combien, ce n'est pas simple d'être marié à un « toubib » ! Ce travail est notre dernier bébé. Je suis fière de t'associer à ce beau projet. Je t'aime...

L'aboutissement d'un chemin, n'est que le commencement d'un autre...

ABREVIATIONS

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

CAPS : Centre d'Accueil et de Premiers Soins

CMU : Couverture Médicale Universelle

EVALADOM : EVAluation A DOMicile

HAD : Hospitalisation A Domicile

MG : Médecin Généraliste

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUGA : Service Médical d'Urgence et de Gardes d'Angers

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

VAD : Visite A Domicile

PLAN

INTRODUCTION (p.10)

MATERIEL ET METHODE (p.11)

RESULTATS (p.14)

DISCUSSION (p.76)

CONCLUSION (p.87)

INTRODUCTION

Se rendre chez le patient ou rester au cabinet ? Les médecins généralistes libéraux s'interrogent quotidiennement à ce sujet. A partir de cette question de terrain, c'est le choix du médecin généraliste vis-à-vis de la demande de Visite A Domicile (VAD) du patient qui sera analysée. Derrière la nécessité de se rendre au domicile lorsque le patient ne peut pas se déplacer, quels sont aujourd'hui aux yeux des médecins généralistes, les facteurs d'influence de leurs déplacements en visite à domicile ?

Le traitement des demandes de VAD peut paraître simple au premier abord. Ne serait-ce pas seulement lié aux difficultés de mobilité des patients ou à certaines pathologies ? Ces hypothèses séduisantes occultent pourtant les dimensions sociales de la décision médicale et simplifient une situation complexe. Georges Canguilhem¹ (p.37) écrivait d'ailleurs que « l'acte médicochirurgical n'est pas qu'un acte scientifique, car l'homme malade qui se confie à la conscience plus encore qu'à la science de son médecin n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir », a fortiori en VAD. Un des médecins généralistes interrogé le percevait bien : *« c'est quasiment impossible que la sécu puisse imposer un barème de consultations justifiées ou pas justifiées. Je pense que c'est impossible parce que c'est... »* (D12).

Il est donc difficile de trouver une explication simple aux variations de VAD réalisées par le médecin généraliste, au point qu'une étude quantitative² en arrive à la conclusion que c'est la « subjectivité » du médecin généraliste qui crée la variabilité du nombre de VAD. Cette « subjectivité », c'est ce que cette recherche tente d'étudier en ne la considérant pas comme enfermée dans la profondeur de l'esprit mais en tentant de faire émerger la logique d'action des médecins généralistes. La prise de décision du médecin face à une VAD repose sur trois ensembles, du plus global au plus direct. Le premier de ces ensembles est ce qu'il est permis d'appeler le contexte global, c'est-à-dire le contexte historique, spatial et légal dans lequel le praticien prend sa décision. Le second est un contexte intermédiaire qui permet de voir les ajustements de la prise de décision à partir de l'environnement du praticien (collègues, organismes, infrastructures). Le troisième et dernier de ces ensembles est constitué des acteurs eux-mêmes ainsi que leurs échanges (leurs appréciations, leurs négociations, les contextes particuliers). Cette analyse insiste donc sur le fait qu'une demande de VAD est insérée dans des contextes globaux, environnementaux et particuliers et peut amener à des ruptures complètes ou partielles entre le médecin et ses patients.

MATERIEL ET METHODE

Choix de la méthode

La méthode qualitative

Des études sur le sujet ont déjà vu le jour sous forme de questionnaires adressés aux médecins et ont permis une analyse quantitative des données recueillies.

Toutefois ces dernières années, il y a eu une réémergence de quelques thèses qualitatives. Pour le moment, deux seulement seront citées. Tout d'abord, l'étude réalisée par Gautier³, proche spatialement (Nantes) et temporellement (2012), elle a utilisé la méthode qualitative du focus group afin de recueillir les opinions des médecins sur la VAD. Zirmi⁴ a de son côté effectué des entretiens semi-directifs avec des patients et des médecins généralistes afin de cerner leurs avis respectifs sur la VAD.

Il nous est alors apparu intéressant de réaliser notre étude en utilisant également une méthode qualitative et en donnant la parole aux médecins généralistes. En effet, le soin primaire regroupe une multitude de données qui s'entremêlent afin d'aboutir à une décision « éclairée ».

Nous chercherons à comprendre ce qui pousse les médecins généralistes de nos jours à partir en visites à domicile. Nous tacherons par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs, d'analyser leur comportement et le contexte de la prise de décision qui entoure ces visites à domicile. La relation médecin-patient ayant une dynamique propre, l'approche qualitative sera, dans ce sens plus instructif.

La grille d'entretiens

Nous avons donc opté pour la méthode de l'entretien individuel semi-directif qui est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de se centrer sur le discours. Les médecins interrogés se sont exprimés, avec leur libre arbitre, et notre écoute sur le sujet a été empathique et bienveillante. En ce sens, les entretiens réalisés sont de type compréhensif et tentent de reconstruire la logique d'action des praticiens. La proximité, d'âge ou géographique, a fait que quelques praticiens interrogés ont utilisé le tutoiement spontanément.

Nos entretiens ont eu pour base une trame (annexe 1) recueillant des informations essentielles sur le sujet, mais laissant libre le discours des médecins interrogés. Même si notre grille d'analyse est identique pour les 30 interviews, notre réflexion a évolué et a influé sur la recherche des petits détails omis lors de nos premiers entretiens.

Matériel

Population de l'étude

La population étudiée se compose de 30 médecins généralistes, installés dans le Maine-et-Loire et un d'une commune limitrophe.

La sélection était initialement basée sur le nombre de visites par semaine, puis au fur et à mesure des entretiens ce sont greffés des critères d'âge, de sexe, de lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et de mode d'exercice (seul ou cabinet de groupe), de maîtrise de stage, « d'organisationnel-cabinet ».

La diversité des pratiques et des personnes interviewées nous a permis d'obtenir un échantillon qui présente la diversité de l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département (voir l'annexe 2).

Toutefois, notre premier critère d'inclusion était motivationnel, en effet, 29 médecins sur les 30 se sont révélés investis et intéressés par le sujet. Le « non intéressé » n'avait aucunement été averti par sa secrétaire du rendez-vous planifié. Après un début chaotique, son raisonnement fut ensuite enthousiaste et fluide.

Les critères d'exclusion principaux ont été : les médecins déjà remplacés et/ou trop bien connus, ce qui aurait pu nuire à la neutralité des entretiens.

Réalisation des entretiens

Nous avons contacté par téléphone via les « Pages Jaunes », les différents médecins sélectionnés, nous nous sommes quelquefois « heurtés » au secrétariat mais pour l'ensemble la réponse a été positive.

Il avait été convenu avec le Professeur Garnier, d'ajouter un critère d'inclusion qui était la maîtrise de stage en téléphonant pour les entretiens à un maître de stage sur 4 médecins non participatifs au département de médecine générale ; il est à noter que nous

avons eu quelques appels avec messages laissés aux secrétariats, sans réponse, soit environ une dizaine, mais que nous n'avons eu réellement qu'un seul refus (un maitre de stage !).

Nous avons réalisé ces entretiens individuels semi-directifs au cabinet des médecins généralistes sauf deux qui furent réalisés dans le bureau d'un autre collègue pour convenance personnelle.

Nous étions partis pour analyser 16 entretiens et devant l'enthousiasme des réponses positives, nous sommes allés jusqu'à 30. En effet, les derniers entretiens auraient sûrement manqué à notre étude. Vers le 23^{ème} entretien, nous craignons une saturation des données, alors que les suivants se sont révélés riches. Les entretiens se sont déroulés entre novembre 2012 et février 2013. Ils ont duré en moyenne 20 minutes (de 14 à 40 min).

Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique, après recueil de l'accord des participants, les cinq premiers ont été enregistrés avec un enregistreur d'ancienne génération qui malheureusement a effacé les données des entretiens 3, 4 et 5, par la suite un enregistreur numérique remplaçant (pour ne pas dire de « nouvelle génération » !) finira le travail avec l'efficacité escomptée.

Les entretiens ont en général été suivis d'un moment d'échange informel sur le sujet, où nous prenions le temps de répondre aux questions des médecins interrogés.

Méthode de retranscription et d'analyse des entretiens

Les données ont été retranscrites mot à mot en respectant l'anonymat de chacun des interrogés. Trois entretiens sont présentés en annexe 3.

Pour chaque entretien, il a été recueilli, et ceci après plusieurs lectures, des éléments qui fourniront la partie « Résultats » de cette étude. Cette relève est alors constituée de citations qui seront présentées sous la forme « » pour la simplification et la fluidité de l'écriture, il y aura également un « D » accompagné d'un numéro « 0 », qui identifiera les médecins interrogés par ordre chronologique.

Ces résultats nous ont permis de développer une grille d'analyse avec différents thèmes prédominants. Il est à noter qu'il y a eu lecture et relecture de ces entretiens afin de n'omettre aucun élément utile à l'étude.

De part leur nombre et leur qualité, les entretiens ont permis une richesse de résultats que nous développerons au mieux dans cette recherche.

RESULTATS

Tous les médecins s'accordent à dire que les déterminants principaux pour se rendre au domicile d'un patient sont la dépendance fonctionnelle ainsi que le contexte d'urgence toutefois, ces facteurs sont parfois difficiles à évaluer ce qui rend compliquée la prise de décision. Cet exposé montrera que le contexte général, le contexte environnemental et le contexte relationnel ont une incidence importante sur la prise de décision des médecins généralistes, d'aller ou non, en visite à domicile.

1) Contexte général : dans l'histoire et son époque, dans sa législation, dans sa spatialité

Le contexte général comprend l'ensemble des cadres qui influencent ou déterminent la décision au-dessus du cabinet. Les contextes historiques, légaux et spatiaux seront ainsi abordés.

Contexte historique : l'époque actuelle est plus favorable pour le cadrage des VAD

L'ensemble des médecins généralistes interviewés constatent la diminution des VAD au cours de la dernière décennie. Dans l'ensemble, ils se réjouissent de cette diminution, mais pas tous. Un des médecins critique cette évolution :

DOCTEUR 9 : Ouais c'est ça donc depuis le début de l'année ça fera 420 visites à domicile pour je ne sais pas moi pour 8000 actes pour 8000 consultations pardon parce que je travaille beaucoup enfin mais bon donc ça fait 5% ça fait pas 8 ça fait 5% c'est nul !

MOI : ben non ce n'est pas...

DOCTEUR 9 : ben si ben si je suis passé de 15 à 6 à 5, c'est incroyable quoi...

MOI : dans votre parcours vous avez vu... ?

DOCTEUR 9 : oui ben oui bien évidemment ce que je regrette le plus c'était quand les enfants étaient au fond de leur lit.

En effet, les VAD se sont concentrées sur les personnes âgées ou les personnes handicapées tandis que les enfants ne sont que rarement vus à domicile. Mais Docteur 9

regrette aussi le temps où les patients ne « *venaient pas mettre tous leurs virus dans le cabinet médical* ».

Les réserves sont le plus souvent prononcées sur le ton du regret nostalgique. « *maintenant on a des patients on ne sait même pas où ils habitent* » (D4). Si quelques voix dissonantes se font entendre, la diminution est souvent vue comme « naturelle » par une sélection des pathologies plus juste, couplée à une évolution sociale et organisationnelle. Certaines pathologies sont en effet désormais vues au cabinet plutôt qu'à domicile. Les petites pathologies sont désormais exclues et font sourire lorsqu'elles sont mentionnées : « *mon premier remplacement je me rappelle, c'était une visite à domicile, c'était une otite à domicile... maintenant une otite à domicile !* » (D21), ou surprennent encore tellement ça paraît aberrant aujourd'hui : « *Ouais ouais par rapport à il y a 20 ans quand on se déplaçait pour une angine ben dis donc maintenant on ne le fait plus...* » (D8). Parfois, la nostalgie du médecin du passé survient : « *Oui avant on faisait ça oui, même je m'en rappelle le médecin que je remplaçais dans la Sarthe il faisait des désensibilisations à domicile, c'est quand même pas mal* » (D11). Il n'y a pas là que de la nostalgie mais aussi un rappel que la pratique de la VAD nécessite certaines compétences spécifiques, aujourd'hui oubliées.

Désormais, les praticiens excluent de leurs VAD les pathologies bénignes des enfants : « *on ne voit plus les nourrissons à domicile, maintenant ils se déplacent, les parents se déplacent, c'était pas le cas il y a quelques années, dès qu'un enfant avait de la fièvre oh il fallait pas le bouger de la maison, c'était le médecin qui se déplaçait !* » (D25). Un autre souligne le caractère systématique de la visite chez les jeunes dans le passé : « *c'était comme ça, le gamin avait de la fièvre et puis voilà, on allait en visite quoi* » (D27).

De nos jours, c'est même l'inverse, même les pathologies qui pourraient être vues à domicile se transforment en consultation au cabinet : « *y en a même avec des vomissements ils viennent au cabinet hein* » (D21). « *oh ben les gens considéraient, de toute façon quand j'étais petit quand j'étais malade il fallait que je reste au lit pendant 3-4 jours ça c'était la philosophie d'il y a quelques dizaines d'années il y a 20 ans les gens ils pensaient que c'était pas possible de venir au cabinet médical quand ils avaient une angine donc ils appelaient le médecin* » (D8).

Ce changement spectaculaire du rapport médecin-patient ne s'est pas fait tout seul. De nombreuses explications sont mises en avant par les praticiens pour expliquer ce contraste entre des époques pas si éloignées. L'explication qui pourrait sembler principale serait liée à l'Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS, en annexe 4), ce point sera vu un peu plus loin. D'autres explications toutes aussi importantes sont mises en avant par les médecins

généralistes. Il y a notamment la diminution de la concurrence entre confrères qui permet de refuser plus facilement les visites : *« alors que je pense il y a 15 ans, si toi tu refusais un truc et ben ils allaient voir le voisin et puis le voisin il acceptait parce qu'il y avait moins de monde et que il était prêt à prendre plus de patients quoi. Donc on a payé à un moment donné cette période où il y avait un peu trop de médecins et du coup ils étaient en concurrence ou prêts à faire plus de choses pas forcément justifiées quoi »*. (D12) Plus loin : *« On était plus prêt à plus de chose, mais ils ne vont pas te le dire les anciens, mais c'est vrai par contre (...) Quand tu les écoutes parler, ils te disent que l'installation ce n'était pas facile parce qu'il y avait pas mal de médecins qu'il fallait absolument trouver une place et que si tu ne trouvais pas une clientèle à racheter, il fallait que tu crées ta clientèle et du coup là t'étais prêt à tout quoi. Et c'est vrai, ils avaient aussi ce défaut là d'aller faire des choses qui n'étaient pas justifiées même à leurs yeux, même à l'époque, qui n'étaient pas justifiées mais il fallait bien manger donc ils se présentaient sur tout ce qui bougeait quoi »*. (D12) Un autre confirme et souligne le changement du rapport médecin-patient dans la négociation autour de la visite à domicile : *« oui les mentalités des gens ont changé, la mentalité des médecins a changé, le rapport de force, entre guillemet, a complètement changé hein, parce qu'il y a 20 ou y a 30 ans, quand on s'installait, on ne savait pas si on allait pouvoir travailler, il y avait trop de médecins par rapport à la population, maintenant le rapport de force a complètement changé, je crois que c'est ça, le discours est rentré dans les mœurs... »* (D22).

Derrière cette explication majeure, Docteur 19 avance que, désormais, les parents sont habitués à amener les enfants *« chez la nounou même s'ils ont de la fièvre, ils les emmènent à la crèche même s'ils ont de la fièvre, à ce moment là, ils ont leur traitement, donc les mentalités ont évolué hein euh c'était l'époque où il y avait beaucoup de femmes au foyer, qui gardaient leurs enfants confinés quand ils étaient malades, etc. donc euh voilà j pense que c'est une évolution hein »* (D19). Cette hypothèse met en avant une évolution sociale de la société française qui aurait des incidences sur le comportement des patients envers les visites à domicile des jeunes.

La disparition du médecin de village

Un des médecins interviewés parle de la disparition du médecin de village : *« Et puis demain on ne va être que 3 et nous à 3 déjà, c'est chaud. 3 un samedi matin on n'est pas en zone déficitaire par hasard, c'est évident. Mai ça voilà quoi, on ne sait plus ou les mettre quoi. Les gens ne sont jamais contents enfin voilà quoi. Plus on en donne aux gens, moi je le*

dis il faut faire attention hein la médecine, elle a changé mais aussi les gens ont changé dans leur mentalité parce que plus on leur donne plus ils en veulent alors si on commence par faire des visites et ben là on est foutu. Si on y va une fois pour une gastro on y va pour toutes les gastros mais moi je me rappelle quand j'étais gamine le médecin de famille, j'habitais dans le coin là enfin dans la même région on va dire il venait dans notre maison quand on faisait des gastros, il faisait toute la rue. Il s'arrêtait il faisait « tac tac tac », ceci dit il ne passait pas beaucoup de temps hein et puis il empochait hein mais oui, il était vraiment médecin du village déjà et puis il n'allait presque pas dans l'autre village d'à côté, il y avait un médecin par village et il faisait la rue quoi c'est-à-dire même pour un enfant malade dans la rue il faisait « toc toc toc » il venait se promener. C'était comme ça quoi. Tout le monde appelait le matin et « toc toc toc » il descendait c'était fini » (D10). Maintenant, les médecins n'ont plus vraiment le temps d'aller d'une porte à l'autre. Se rendre près du patient pour de la fièvre ? « je n'imaginerais même pas (...) je ne sais pas comment on ferait, je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas du tout » (D23). Le Docteur 10 confirme : « Ils travaillaient moins aussi, j'aimerais bien voir leur nombre de consultations, la pression qu'il y a derrière pour rajouter tout le temps, t'es en train de dire ben là on va te caser là, c'est 8h et demie ce soir, pas tout le temps » (D10).

Contexte légal : l'AcBUS, accompagnateur et déclencheur

L'AcBUS de 2002 a notamment cadré les VAD afin de limiter leur nombre en réduisant les visites injustifiées. Les VAD peuvent être justifiées par des critères médicaux et par des critères environnementaux (voir annexe 4). Les généralistes en savent parfois peu, voire très peu à ce sujet : « j'ai eu une diminution du nombre de visites quand les visites sont... y a eu quelque chose... (...) j'sais plus ce qu'il s'était passé, y a eu quelque chose » (D18). Ce médecin fait effectivement référence à l'AcBUS. Il ne sait ni qui a fait quoi, ni quand mais a retenu le principal, c'est-à-dire la tentative institutionnalisée de diminuer les VAD. D'autres savent d'où est née cette tendance et expliquent que cela les a aidé à changer leur pratique : « Et puis à un moment la sécu, elle s'est mise un petit peu dans... enfin s'est intéressée aux visites à domicile et c'est vrai que ça nous a bien aidé parce que les patients qu'on voyait à domicile pour des enfants, des patients types les enfants ou certains patients qui voilà, qui trouvaient que c'était plus confortable de ne pas se déplacer ils nous faisaient venir à domicile alors que maintenant on arrive à les faire venir au cabinet et donc ça a réduit le nombre de visites à en moyenne 3 voire 4 maximum par jour quoi » (D6). D'autres

ont pris le train en marche : *« ben en fait c'est pas tellement nous qui avons dit non à la visite à domicile c'est plutôt la sécu qui nous a vraiment beaucoup aidé en disant que voilà les visites injustifiées ne seraient pas remboursées donc oui voilà donc c'est vrai ça n'a pas été de notre propre initiative... en tout cas »* (D6).

A l'opposé, un confrère affirme que l'AcBUS n'a rien changé à sa pratique *« non ça n'a rien modifié à mon fonctionnement, je l'avais déjà fait depuis longtemps. (...) Je sais que mes confrères étaient très contents de cette modification de la législation car ça leur a permis de faire moins de visites moi ça n'a presque pas modifié mon mode de fonctionnement car je l'avais déjà intégré dans mon mode de relation avec mes patients auparavant. Ça fait longtemps »* (D18). Cette position rappelle que la législation, loin d'imposer systématiquement une manière de faire, donne du poids à des tendances émergentes.

Cet appui aide sur le terrain en donnant une nouvelle force au praticien : *« oui oui, ben c'est sûr que de dire c'est pas moi qui décide, c'est comme ça, c'est les recommandations ou c'est la sécu ou c'est comme ça que ça se fait enfin voilà ça facilite les choses hein »* (D12). Et en même temps que l'AcBUS aide à la négociation, ce texte permet aussi l'incorporation de nouvelles normes : *« je pense qu'il y a un message qu'est quand même bien passé, comme quoi la visite fallait pas qu'elle soit automatique, comme les antibiotiques »* (D22).

Les visites « sociales » sont-elles justifiées ?

Des normes légales qui sur le terrain sont un peu détournées car les médecins croient que les VAD dites « sociales » sont injustifiées alors que l'AcBUS prend en compte ce facteur. *« ah si quand même j'ai une famille qui abuse un petit peu. Ce sont des gens du voyage mais qui sont sédentarisés et eux ont encore une tendance à abuser, c'est-à-dire que très souvent ils m'appellent, c'est pas très très loin d'ici, et quand j'arrive, la personne dit qu'elle avait pas la voiture alors que la voiture est toujours bien là, son mari ne travaille pas de toute façon il travaille à la maison donc voilà c'est vrai que eux ils abusent un petit peu à ce niveau là »* (D13). Bref, ces visites ne sont pas justifiées médicalement mais sont justifiées par le contexte : *« c'est pas évident, même des fois y a des familles ou c'est souvent... parce que socialement ils ne peuvent pas se déplacer parce que c'est un contexte social qui fait que je suis obligée de me déplacer et que s'ils étaient eux-mêmes, ils se prenaient mieux en charge mais pour tout, je n'aurais pas eu à me déplacer mais c'est aussi parce que c'est un contexte social et c'est justifié par ce contexte social »* (D15), ce que résume Docteur 19 par une courte

phrase : « *c'est vrai quelques-fois on trouve ça injustifié mais quand on a le critère de la femme qui a 3-4 enfants en bas âge, le terrain euh...* ».

Ces prises de décisions ne sont pas tranchées car le praticien ne connaît pas exactement la législation et parce qu'il est difficile d'évaluer le contexte social : « *après des fois y a des arguments qui peuvent se tenir où je sais pas ça m'est arrivé d'aller pour un motif médical injustifié mais le contexte une dame qui gardait des enfants une assistante maternelle : ben moi je les garde jusqu'au samedi j'peux pas venir avec les 5 loupiots avec une amplitude horaire qui n'était pas compatible avec moi donc j'y suis allé une fois pour une consultation de médecine générale en visite ! Le motif c'était pas justifié mais le contexte pouvait voilà...* » (D2). A partir de quel moment cela devient du confort ?

C'est difficile d'évaluer ce genre de situation pour les praticiens mais, un nouveau cadre est bien installé, comme le décrivent très bien les médecins : « *je sais qu'on a pas mal recadré les choses au moment il fallait faire moins de visites et avec comme quoi le déplacement serait à leur charge. Mes secrétaires ont pas mal, on n'a pas mal bagarré au début et j pense que maintenant on est...* » (D19) et un autre confirme que c'est désormais bien installé après une période de recadrage « *Y a moins qu'avant la réforme [de VAD], au début de la réforme, la Sécu ça été un peu la bagarre, les gens avaient des habitudes, mais maintenant ce n'est pas très fréquent* » (D24). Ce nouveau cadre n'est pas apparu uniquement par une éducation du patient, les médecins aussi ont dû faire un pas dans ce sens : « *C'est général, j crois que de toute façon, on a tous le même comportement et le même discours, on est obligé de s plier. Ca c'est une bonne chose* » (D21).

Un impact financier

A cela s'ajoute la sanction financière pour les patients qui utiliseraient mal la VAD, élément que les médecins utilisent dans leur négociation : « *On leur disait facilement, comme on exagère un petit peu les termes, on leur disait au téléphone, bon ben euh, si vous faites déplacer le médecin, vous n'allez pas être remboursé totalement (...) donc ça, ça a incité les gens à se déplacer, cet argument financier a quand même aidé aussi...* » (D25) ou « *si vous voulez qu'il y ait une visite, ben ça ne sera pas pris en charge* » (D28).

En effet, Docteur 9 pense que c'est à la fois un prétexte qui arrange bien les médecins et qui a trouvé son expression dans l'AcBUS : « *Je pense que c'est l'informatique qui a tué la visite à domicile et l'augmentation de 10 E d'écart avec la consultation en disant aux gens que ce n'était plus remboursé donc tout le monde a compris... alors que c'est faux ! Il fallait*

justifier une visite à domicile sinon on n'était pas remboursé donc les gens ont eu peur à l'époque c'était 20 et 30 euros la différence a été mise à 10 exprès pour casser la visite à domicile, je pense que c'est le tarif qui a d'abord cassé ça à la demande des médecins ou des syndicats je ne sais pas... » (D9). Une autre praticienne pointe surtout du doigt le confort pris par ses collègues plutôt que la législation en cours : *« ouais ouais les gens font moins de visites depuis la réforme mais c'est bien ! c'était bien aussi car ça a permis de dire au gens là attendez ça justifie pas une visite là... moi je trouve ça c'est très bien ça recadre les gens, par contre le comment dire le côté négatif, c'est que du coup les médecins ont pris l'habitude à ne plus faire du tout de visites et entre guillemets ils deviennent fainéants et ne vont plus sortir la voiture quoi... entre guillemets quoi... ils ont pris tellement l'habitude d'un confort de vie à ce que les gens viennent toujours au cabinet que ils ont plus du tout envie de faire de visites seulement on ne peut pas... hein voilà ou ils vont en structure et les structures ça coûte très cher hein... » (D1).* Cette position particulière vient d'une généraliste avec une capacité en gériatrie qui est donc souvent amenée à faire des VAD et qui parfois, doit récupérer des patients « abandonnés » par des collègues. Nous y reviendrons plus loin. Néanmoins, c'est la satisfaction qui prédomine et le statu quo est recherché dans ce domaine.

Le statu quo donc ? Enfin presque, car les idées sur la rémunération des VAD ne manquent pas – on a vu la critique ci-avant – et baignent dans un certain flou de la cotation *« le souci c'est que la sécu ne nous informe pas de ce qu'on peut coter moi je me suis installée et la sécu elle m'a pas dit à part le C et le V... et puis les majorations le dimanche et le week-end et c'est tout ce que je savais je savais pas qu'il y a des choses qui se faisaient différemment donc hier soir on a fait une FMC [Formation Médicale Continue] sur la cotation et j'ai découvert plein de choses que je ne savais pas j'ai jamais été formée là-dessus. Ca c'est scandaleux donc s'ils veulent que les médecins fassent des visites elles sont pas forcément dévalorisées ces visites c'est pas vrai... il faut qu'eux aussi ils communiquent là-dessus » (D1).*

Et même si la cotation est connue dans les grandes lignes, sa mise en œuvre se fait pragmatique, par empathie *« moi je fais toujours les tarifs classiques remboursés parce que je suis trop gentille... je pense parce que j'étais avant dans TelleAutreRégion c'était pas du tout comme ça, ils faisaient les honoraires ah ben non hein ils disaient que c'était pas justifié du tout et ils cotaient, c'était pas justifié. Moi, j'ai toujours mis des visites V+MD le code classique quoi » (D13),* un autre exemple du médecin qui ne souhaite pas sévir parce qu'il se met à la place du patient : *« oui, oui, oui parce que des fois on s'est un peu avoir. On a l'impression que les gens ils sont vraiment pas bien et puis quand on arrive on a l'impression*

de s'être fait un petit peu avoir. Donc euh oui ça arrive euh ça m'arrive aussi de leur dire que du coup le déplacement n'est pas pris en charge et que euh c'est 50 E et que parfois quand ils en ont pour 30 E de leur poche si j'prends un dépassement ils y reviennent pas forcément. Mais oui ça arrive et puis ça arrive aussi des fois, on a bien compris que les gens ils avaient un peu paniqué et on, bon, on passe l'éponge et voilà, on ne sanctionne pas forcément tout de suite en râlant ou en prenant un dépassement mais c'est vrai que, je fais la réflexion parce que j leur dis « j'peux pas me permettre d'aller voir tout le monde chez lui quoi, c'est pas possible » » (D29). D'autres fois, c'est pour éviter le conflit que la cotation n'est pas utilisée comme préconisée : « je me souviens d'avoir pris des DE au lieu d'un C pour faire comprendre aux gens qu'ils m'appelaient pour rien... mais là ça a été rare et mal vécu, les gens n'appréciaient pas de ne pas être remboursés de la visite hein après j'ai abandonné ça » (D8).

Certains confrères utilisent pourtant cette facturation en acceptant, de fait, que la VAD soit injustifiée. Docteur 4 raconte qu'il voit des patients à 300m de son cabinet et sait que c'est injustifié mais se rend chez le patient et lui fait payer le surcoût. Même avec des patients connus, cette pratique existe car le patient instaure un cadre spécifique : « j'ai une patiente qui a tendance à me faire venir assez facilement à domicile alors qu'elle serait tout à fait capable de se déplacer et quand est-ce que c'était je saurais pas te dire. Mais oui, j'ai même deux patientes qui me font aller à domicile de temps en temps alors que c'est pas forcément justifié donc je cote, je cote euh elles payent les 10 E de la cote. Ah moi ça ne me pose pas de problème alors là. En plus c'est souvent fait un peu sur le mode (prend une voix hautaine) « oh ben moi, moi j'peux pas me déplacer » (D12). Est-ce que c'est du confort ? « un peu ouais, c'est des revendications « vous les médecins vous n'acceptez plus de faire de visites, moi j'ai décidé de toute façon que je ne pouvais pas me déplacer donc faut venir chez moi » d'accord ben vous payez c'est pas grave » (D12). Le risque est de voir apparaître des abus chez les patients qui peuvent se le permettre financièrement.

L'autre insatisfaction de certains médecins, contrairement à Docteur 1 qui disait plus haut que les VAD ne sont pas si dévalorisées, est que « c'est sûr que, c'est pas tellement rentable les visites hein » (D19). Un autre se demande comment font ses anciens collègues qui faisaient un grand nombre de VAD auparavant : « même les anciens médecins, je n'sais pas s'ils continuent de faire des visites d'une demi-journée ou l'après-midi, il faut quand même en faire pour euh... pour la fin du mois payer ses charges et tout. C'est sûr si t'en fais 20 dans l'après-midi, tu passes 5 min, tu leur donnes une ordonnance et tu t'en vas hein euh

ouais voilà... » (D27). Ceux qui font beaucoup de VAD sont parfois suspectés de faire de la mauvaise médecine.

Contexte spatial : urbain/rural et contraintes matérielles

L'aspect financier compte dans la décision de se rendre ou non, au domicile du patient. Ce critère est amplifié lorsqu'il est couplé à la question de la distance cabinet-domicile. *« En terme pécunier, c'est beaucoup moins rentable. Vous pouvez voir 4 personnes en 1h, 5 si vous travaillez très vite moi je prends 1 personne tous les ¼ d'heure si je prends ma voiture pour aller à la TelleVille [ville éloignée du cabinet] là ça va pas être la même histoire, ça c'est sûr » (D11).* Restreindre la zone des visites à domicile n'est pas seulement une question de rentabilité, c'est une nécessité, une restriction de bon sens. Le contour de la zone diffère selon le lieu d'exercice du médecin, c'est pourquoi il existe des zones de VAD propres aux médecins urbains et d'autres propres aux médecins ruraux. C'est bien une zone de VAD et non une zone de patientèle, cette dernière dépendant des choix des patients est plus étendue que la zone de VAD : *« Il m'est arrivé même ce matin j'ai une patiente qui a déménagé qui n'est plus dans mon secteur j'ai expliqué que je voulais bien toujours suivre son enfant si elle me l'amenait mais que je ne serais pas en mesure de faire une visite si il se passe quelque chose qui justifie une visite parce qu'on est hors secteur et bah moi me taper 30 km aller et 30 km retour ben techniquement c'est difficilement faisable il faut que tout soit au clair... » (D2).* L'autre cas d'éloignement souvent répertorié par les médecins interrogés, résulte de l'entrée en maison de retraite du patient. La distance est de nouveau un critère important pour savoir s'il sera possible ou non de faire une VAD. Mais, et cela sera vu plus loin, le lien affectif entraîne parfois un écart à la règle que se donne le médecin généraliste.

La comparaison spatiale peut servir aussi d'argument pour faire venir le patient. Les différences entre pays sont aussi mises en avant pour contraindre le patient à venir au cabinet : *« Moi mon discours, c'est de dire que dans certains pays Européens, y a pas de visites hein en Allemagne, vous n'avez pas de visites, en Suisse vous n'avez pas de visite aux Etats-Unis y a même pas de SAMU [Service d'Aide Médicale Urgente] donc les médecins ils ne sortent pas de l'hôpital. Donc voilà c'est que j'ai leur dit hein euh le SAMU aux Etats-Unis, c'est un ambulancier qui va vous chercher parce que vous avez fait votre infarctus, qui vous met l'oxygène sur le nez, il fonce à l'hôpital. Les médecins, ils ne sortent pas de l'hôpital, c'est extrêmement rare. Ici, alors euh en France c'est organisé autrement » (D29),* la collègue de cabinet du Docteur 29 tient le même discours, montrant aussi la circulation des idées entre

collègues : *« ben j'crois qu'il y a des pays où il n'y a pas de visites à domicile hein j'crois qu'il y a plein de pays où il n'y a pas du tout de visites à domicile... »* (D30).

Ces discours internationaux semblent peu utilisés en comparaison de la dichotomie « médecine rurale » et « médecine urbaine ».

Les médecins généralistes urbains

Il sera vu ici ce que décrivent les médecins à propos de la pratique urbaine. Les médecins qui exercent dans la ville d'Angers ont des contraintes sommes toutes classiques : *« y a aussi des gens que j'irai jamais voir en visite alors qu'ils viennent de très loin me voir mais ça ils le savent y a des gens qui viennent me voir d'autres villes d'Angers et je leur ai dit ben écoutez il est hors de question de venir vous voir »* (D6). Plus loin, toujours le Docteur 6 : *« oh oui on met des barrières quand même y a des patients qui viennent de TelleVille c'est vrai que ça s'est pas présenté pour l'instant qu'ils ne puissent pas venir mais en vieillissant ça devient compliqué parce que nous une visite de l'autre côté c'est minimum 1h entre le déplacement et la visite et la consultation donc euh voilà (...) il vaut mieux voir un médecin proche de chez soi parce que pour nous, faire une visite au foyer logement juste à côté c'est plus pratique que de faire une visite à TelleVille... »* (D6).

La particularité géographique d'Angers, c'est la Maine qui coupe la ville en deux et scinde l'horizon des visites à domicile de la même manière : *« On a des patients ça fait presque 20 ans qu'on les suit, ils s'en vont en maison de retraite et là ils passent de l'autre côté de la Maine, qu'est-ce qu'on fait à ce moment là ? Est-ce qu'on dit et ben écoutez il faudrait quand même que vous changiez de médecin ça m'est arrivé hein et puis y a des gens qui voilà psychologiquement ne s'imaginent pas être pris par quelqu'un d'autre des gens très très âgés le problème c'est qu'on s'expose à de multiples visites quand ils vieillissent comme ça. Moi par exemple les gens qui vont à TelEtablissement... moi je voilà je ne les suis pas parce que les gens tant qu'ils vont bien qu'on les voit tous les 3 mois ça va mais le jour où il faut au moins il faut les voir tous les mois voire toutes les semaines ça effectivement c'est très difficile hein ! J'ai une patiente qui a une SLA, elle va sûrement s'en aller en institution, voilà c'est quelqu'un que je suis depuis quelques années pas depuis une vingtaine d'années mais euh voilà je pense que si elle va de l'autre côté de la Maine et ben non c'est pas possible moi je peux pas je peux pas gérer parce que voilà c'est une demande de soins importante et je pourrai pas assumer 2 fois par semaine les visites à domicile si elle est loin »* (D6). Et ce, même s'il y a un rapport affectif, explique Docteur 6. Un rapport affectif s'installe mais ne

déborde pas forcément la limite de la Maine, d'autant plus que le médecin urbain peut se reposer sur la densité de l'offre médicale : *« on est à Angers, donc y aura d'autres médecins qui seront appelés, pour les gens c'est plus facile d'avoir un médecin proche qu'un médecin éloigné quoi »* (D15).

La densité de population est un autre atout qui offre un petit plaisir à certains médecins urbains : *« Par contre j'aime bien en faire de temps en temps, faire un petit tour à pieds, ça j'aime bien et puis quand même voir les gens dans leur contexte, comprendre des fois certaines choses. Ca c'est pas mal le fait d'aller chez les gens et puis se rendre compte... des fois on est un peu étonné en bien ou en pas bien voilà une à deux par jour, c'est pas désagréable, ça permet de sortir du cabinet, de prendre l'air »* (D15). Ce petit plaisir permet une proximité : *« en ville, on a quand même une patientèle de quartier donc on se déplace facilement hein complètement injustifiées euh y a peut-être quelques-fois des choses qui ne sont pas de l'ordre médical mais après c'est notre rôle de médecin traitant... »* (D19).

Néanmoins, la difficulté de circulation tempère cette vision d'une offre de soin prolifique source de toutes les facilités pour les VAD des médecins des villes : *« j'ai remplacé un tout petit peu sur la région de Saumur euh et euh en fait ce qui est difficile aussi en ville, c'est qu'effectivement on perd du temps du temps en visite parce qu'il y a le temps de trajet, etc., mais le souci aussi en ville c'est le temps perdu pour trouver une place pour se garer. On n'y pense pas forcément mais effectivement moi quand j'ai remplacé sur Saumur, c'était ce qui me prenait le plus de temps, c'est qu'on ne peut pas se garer n'importe où et que parfois on met plus de temps à trouver une place pour se garer qu'à voir le patient et que du coup à la fin de la journée, on a perdu énormément de temps. Donc j pense qu'il y a aussi le critère là qui fait que les patients sont plutôt moins loin du cabinet en ville et euh et vues les difficultés à se garer, le médecin ne peut pas forcément faire toutes ses visites à pieds non plus et euh j pense qu'il y a aussi ce côté-là qui fait qu'en ville les médecins ont tendance à moins vouloir faire de visites, c'est qu'il y a ce paramètre là aussi qui... »* (D17). D'ailleurs, les statistiques de notre échantillon montre que les médecins urbains ne se reposent pas tant que cela sur la densité de l'offre médicale car les médecins urbains de cette étude font plus de VAD que les ruraux (10,6 visites par semaine contre 5,6).

La perte de temps n'est pas la seule difficulté, le stationnement l'est tout autant, avec parfois des contraventions à la clé : *« Quand c'est pas les distances, effectivement la place qu'on ne trouve pas, ou alors on paye une contravention ou autre... c'est pas confortable du tout »* (D19). Cela a aussi une incidence sur les demandes de VAD des patients : *« ben je connais quand même des médecins sur Angers qui refusent, parce qu'ils veulent plus non*

plus, passer leur temps dans leur voiture et puis s'énerver en attendant que le feu passe et que la file avance et puis après se retrouver avec une prune... (...) mais par-contre, c'est vrai que pour les gens c'est un problème, ça c'est sur hein » (D22).

Un problème qui, selon une des médecins interrogée, vient d'une spécificité de mentalité locale ?

« DOCTEUR 19 : au début où j'ai commencé la permanence de soin, nous au niveau du cabinet, on faisait nos gardes

MOI : oui ben comme en rural ou...

DOCTEUR 19 : ah mais c'est un des rares cabinets d'Angers parce qu'à Angers, les gens sont très spéciaux, les médecins Angevins notamment... »

Un autre extrait illustre une spécificité urbaine confortable : *« quoiqu'en ville on a de la chance ! Faire les visites en plein milieu des consultes, si vraiment c'est très urgent c'est, on envoie une ambulance ou quelque chose comme ça hein » (D19).* Cela palie à la difficile mobilité en ville, avec des organismes qui peuvent se signaler dans les bouchons.

Les médecins généralistes semi-urbains

Pas si loin de la ville, dans les zones semi-urbaines, les médecins occupent une position « entre-deux » qui les satisfait tout particulièrement : *« Ce qui est pratique sur VilleDeMonCabinet, c'est que euh elle n'est pas si étalée que ça comme ville j'trouve et la plupart de mes patients y sont, j'fais pas de visites sur Angers quoi. J'fais que sur VilleDeMonCabinet, c'est déjà beaucoup. Ben si sur Angers y a les maisons de retraite mais sinon rares que mes patients viennent de là-bas » (D28).* Un autre constate qu'il n'a pas les désagréments de la campagne ni ceux de la ville, en campagne *« les déplacements sont, sont longs, enfin, il faut quand même faire pas mal de route, donc ça prend beaucoup de temps, alors qu'ici les visites, globalement, c'est sur un secteur très limité, ce n'est pas très long d'aller faire une visite, alors qu'en campagne, effectivement, quand il faut se déplacer, ça prend du temps, ça ça, oui... (...) en plus d'avoir effectivement un secteur d'activités quand même bien délimité, en plus, voyez, on stationne très facilement contrairement à Angers, sans doute oui... » (D25).* Ne pas faire de garde est un autre avantage parfois apprécié : *« voilà, alors aussi un truc, moi je ne veux pas, moi les gardes ça ne me dérange pas, je n'en fais pas, parce que aller en consulte à l'entrée des urgences et faire des visites à onze heures du soir*

toute seule non, non... mais c'est « con », mais c'est ça quoi, c'est, y a ça aussi qui euh » (D26).

Dans notre étude, les médecins semi-urbains font moins de visites que les médecins urbains et les médecins ruraux (2,56 visites par semaine en moyenne).

Les médecins généralistes ruraux

Les médecins généralistes ruraux ont eux des zones parfois plus étendues et des gardes plus nombreuses. La désertification médicale guette et la distance médecin-patients évolue : *« on a l'impression que les gens rouspètent parce que le médecin s'écarte et puis le médecin rouspète parce qu'il s'est écarté des patients donc il veut absolument qu'ils viennent au cabinet donc ça prend plus de temps de faire des kilomètres » (D9).* Docteur 9 poursuit en expliquant quelle solution a été trouvée pour palier à ce problème de mobilité dans sa zone rurale : *« On écarte les gens du médecin en distance donc ça suppose qu'il y ait des réseaux qui se créent de voitures de compagnonnage, de gens qui vont être conduits pas trop chers, etc. donc les mairies peuvent participer à ça y a peut-être des subventions ce qu'il se passe actuellement y a des gens de TelleVille, des gens de TelleVille2 qui peuvent être amenés par d'autres y a pas que les familles y a aussi voilà... des systèmes qui sont mis en place un peu plus donc on souhaiterait que ça se fasse comme ça bien dans tous les villages parce qu'il va y avoir aussi des créations de gros pôles sur la périphérie de TelleVille3 qui vont absorber les médecins de la petite campagne mais la plus large campagne va peut-être récupérer des Roumains voilà... sauf si des jeunes médecins comme vous viennent s'installer dans des campagnes à plus de 45 km d'Angers... » (D9).*

Les médecins Roumains viennent en effet exercer dans les villes dans lesquelles les médecins généralistes ne souhaitent pas exercer, principalement les villes avec un seul médecin. Un autre médecin présente une autre solution qui permettrait de palier au départ d'un collègue dans une ville proche : *« vous avez dû entendre parler de l'histoire de la Telleville2 qui manque de médecins là et donc les gens de la TelleVille2, si on peut se déplacer on vient, y a pas de soucis mais (...) y en a beaucoup qui peuvent se déplacer donc 5 km ce n'est pas beaucoup et j pense que par rapport à ça après s'ils mettent un lieu de consultation sur place et pas ça de plus à payer, pourquoi pas mais, on est assez cher mais... » (D11).*

Les difficultés existent donc et on retrouve même des difficultés que l'on supposerait réservées aux villes, comme la VAD injustifiée du fait d'une trop grande facilité d'accès :

« Comme ce n'est pas loin j'y suis allé mais ça aurait été à 5 km pour enlever les points je pense que j'aurais insisté pour qu'il vienne avec quelqu'un. C'est quand même des fois, quand ça arrange bien le médecin, faut pas croire que ça arrange que le patient hein la visite à domicile proche, elle est pas toujours hyper justifiée et on y va quand même plus facilement que si c'est à 10 km quoi... » (D9) ou les zones plus difficiles socialement : « on sera toujours embêté à la campagne... c'est qui, y a un truc qui revient, depuis peu, c'est qu'on a, ils font des logements sociaux dans d'anciennes fermes, des grands bâtiments, c'est complètement isolé, avec des gens qui n'ont pas de voitures qui n'ont rien pour se déplacer, donc des fois il y a des gamins qui sont pas bien et tout ça... (...) je crois que c'est pas une bonne politique mais bon... » (D24).

Mais ces difficultés sociales sont loin de faire revenir les visites de campagnes, décrites par l'un des médecins : « c'est vrai que, moi j'ai connu en campagne, y avait des visites systématiques, la tournée des campagnes... ça c'était n'importe quoi, y'en qui fonctionnent peut-être comme ça encore ! » (D22).

La médecine rurale a évolué dans le Maine-et-Loire et il faut trouver une médecine rurale qui décrit son exercice dans une autre région pour entendre que « c'est vrai qu'il y avait ce côté qui était très sympa, c'est que ben voilà, on faisait un petit tour du potager, c'est tout bête hein j'étais complètement en milieu rural mais j'avais mon p'tit café, on discutait, oh ben tiens la télé allumée, ben tiens voilà ce qu'il y a et on discutait de ça. On allait faire un petit tour dans le potager « oh vous avez le temps docteur ? Oh ben oui. J vais vous montrer telle chose » c'est des trucs qui ici on ne fait pas. On ne voit pas comment les gens vivent au cabinet hein mais ça c'est vrai ça avait de bons côtés, c'était super agréable mais bon après quand c'est des grosses journées, y a beaucoup, beaucoup de travail on ne peut pas faire tout le temps tout le temps ça. Mais c'est que vraiment ça c'est le côté agréable des visites à domicile et du milieu rural aussi » (D13).

La médecine rurale en Maine-et-Loire ne s'exerce plus ainsi, peut-être notamment du fait d'une moindre concurrence : « Nous en campagne on n'a pas de problème parce qu'on s'entend bien, etc. parce que c'est vrai qu'il y a aussi sans doute qu'il n'y a pas de concurrence sauvage hein parce que je ne dis pas que ce serait la même chose s'il y avait 8 médecins et que chacun avait besoin de gagner sa vie, etc. bon, là c'est pas le problème, on n'est pas dans cette dynamique-là du tout, on est pas du tout dans ce problème-là » (D18).

De ces deux types opposés que sont les « médecins des villes » et « les médecins des champs », naissent des représentations des visites à domicile de chaque « camp ». Et à ce jeu là, ce sont les médecins ruraux qui ont le plus souvent le beau rôle hormis sur la facilité d'accès aux autres soins déjà soulignés. Un médecin rural juge qu'il y a peut-être trop de facilité justement : *« j pense aussi que les médecins de ville pour avoir un p'tit peu l'expérience du rapport qu'on peut avoir avec eux, ils se déchargent aussi beaucoup sur le SMUGA [Service Médical d'Urgence et de Gardes d'Angers] (...) du coup on a l'impression que les week-ends et le soir, c'est le SMUGA, puisque les médecins de ville ne font pas de garde en ville, que ils font des gardes éventuellement au SMUGA ou en règle quand ils veulent bien parce que y en a qui ne veulent pas du tout alors que nous en campagne on est tenu de faire des gardes même si maintenant c'est bien organisé mais ça s passe pas mal. (...) j pense qu'il y a aussi une espèce de euh de lâché aussi, où du coup ils lâchent un peu la visite quand elle est justifiée ou pas, au SMUGA et que ils se contentent de faire de la consultation pure. J'avais un peu cette notion là ».* (D29)

Sinon, c'est la médecine rurale qui est louée. Une praticienne dans une zone urbaine affirme que *« c'est pire en ville qu'en campagne. Moi j trouve que c'est pire en ville qu'en campagne parce que, en campagne, les gens en général ils vous allument la lumière, y a des trucs et puis, bon, y a le chien, mais bon, ils vous attendent donc c'est différent. Parce qu'en ville ben ils vous attendent pas du tout et restent chez eux calfeutrés et puis ils s'en fichent royalement du reste hein (...) il y a des fois il faut connaître les endroit hein notamment les anciennes provinces, quand il faut aller se balader là-dedans (rires) la nuit, y a des endroits c'est vrai c'est impressionnant parce que pour retrouver des trucs avec euh mais bon y a des quartiers craignos, y a de tout hein »* (D16).

C'est sans doute plus une peur ressentie qu'une peur objective. La crainte de l'inconnu s'exprime en ville alors qu'un semblant d'entre-soi rassure en milieu rural. Qui plus est, les patients des villes demandent plus souvent des visites injustifiées aux yeux des médecins interrogés : *« alors après c'est ma petite expérience hein j'ai eu l'impression que, en ville, les gens en plus demandent des visites, je dirais beaucoup plus qu'en campagne, pour des motifs moins importants. En campagne les gens demandent moins facilement des visites et en général elles sont justifiées lorsqu'elles sont demandées donc c'est peut-être aussi pour ça qu'il y a moins de refus des visites, c'est que les demandes ne sont pas les mêmes. Donc euh moi je sais que quand je remplaçais sur Saumur, un jour y a quelqu'un qui m'a appelé en me*

disant « est-ce que vous pouvez venir tout de suite parce que mon mari, il a mal à une jambe » donc j'ai demandé, comme je peux le faire d'habitude s'il ne pouvait pas venir au cabinet et que bon, comme elle me disait que c'était pas possible bon ben j'ai dit j'viendrai, mais je ne pourrai venir que dans 2h quoi hein. Elle m'a répondu « ah ben non il faut que vous veniez tout de suite parce que sinon j'appelle les pompiers » donc euh, c'est aussi souvent des patients qui sont beaucoup plus exigeants et ben on ne peut pas euh enfin on ne peut pas accepter toutes les demandes comme ça » (D17).

Le manque de concurrence explique cette différence de requêtes, selon les médecins, car les patients ruraux « savent qu'il manque de médecins donc ils les chouchoutent... ils [les patients] les chouchoutent mais bon ils ont toujours été beaucoup moins exigeants » nous dit un médecin citadin (D19). Les patients ruraux feraient donc moins de requêtes injustifiées parce qu'il y a moins de concurrence, ce que synthétise ici un médecin rural ayant fait des remplacements en ville : « alors en ville, moi j'ai remplacé un peu en ville euh assez peu j dois dire, c'est vrai. Je faisais pas beaucoup plus de visites parce que c'était pas trop mon truc et peut-être que les gens sollicitent moins les remplaçants aussi euh quand ils sont en remplacement. Maintenant, j pense qu'il y a beaucoup plus de concurrence en ville, aussi, que en campagne. Donc peut-être que si ils ont pas, ça va être le collègue qui va y aller quoi. Le concurrent de la rue d'en face quoi. Mais c'est vrai qu nous, ce côté-là on a... les gens sont plutôt contents d'avoir un médecin, d'avoir une structure qui les accueille. Donc j leur dis hein « regardez, vous avez de la chance d'avoir une maison médicale comme on a ici, vous avez de la chance d'avoir 6 médecins, voilà, tirez pas sur la corde parce que, on a des jeunes qui s'installent voilà c'est bien tant mieux maintenant il faut aussi savoir respecter un p'tit peu le travail et l'organisation parce que si on déstructure l'organisation à tout bout de champ en faisant des visites pour tout et n'importe quoi, on n'y arrivera pas » » (D29).

Les praticiens ont une propension à augmenter ces différences rural/urbain afin de peser dans la négociation avec le patient, près à entendre ces propos répandus par le débat actuel sur les déserts médicaux.

2) Contexte environnemental : le secteur et le cabinet

Coordinations avec les organismes du secteur

Les maisons de retraite

Les maisons de retraites amènent des problèmes concrets de coordination des soins à domicile. Les visites à domicile sont vues comme une solution plus économiques de soins pour les personnes âgées : « *voilà ou ils vont en structure et les structures ça coûte très cher hein... voilà c'est minimum 1200-1500 € par mois vous interrogez les patients demandez leur combien ils gagnent en retraite voilà hein donc il faut voir la réalité on a la chance d'exercer je pense le plus beau métier du monde ça nous permet de garder les pieds sur terre là où les gens nous disent : attendez docteur moi j'ai que 800 € de retraite par mois bon ben d'accord en effet* » plus loin : « *Y a plein de petites choses, notre métier permet de connaître tout ça et de comprendre je pense que la réforme des visites était bien mais il ne faut pas oublier qu'il y a des gens on ne peut pas faire autrement quand même...* » (D1).

Pour l'une des praticiennes de l'échantillon, le Maine-et-Loire n'a pas axé sa politique dans le domaine autant que d'autres régions : « *Et puis ce qu'il faudrait aussi moi c'est aussi un coup de gueule moi quand j'étais en Autre Département quand j'arrivais en maison de retraite, les infirmières m'accompagnaient ou l'aide soignante et on allait voir le résident tous ensemble voilà moi j'suis arrivée ici en Anjou et j'ai trouvé ça nulle part dans aucune maison de retraite, les infirmières on a l'impression qu'elles nous fuient pourtant j'ai un bon contact avec elles, là il faut que je dise « j'ai besoin de vous on va voir le patient ensemble » et bon... elles ont l'air débordées j'sais pas si elles sont plus débordées qu'en Autre Département pourtant là-bas c'est le désert médical ! Moi j'avais l'impression qu'on travaillait ensemble et quand j'étais au pied du lit que l'aide soignante aidait à déshabiller le patient pendant que j'échangeais avec l'infirmière... comme si c'était la famille voilà et là c'était intéressant c'était valorisant pour tout le monde tout le monde y gagnait quoi !* » (D1).
Propos nuancés par un collègue interrogé : « *il faudrait qu'ils soient déshabillés mais...ça dépend des maisons de retraites, y en a qui aident et puis d'autres... (rires)* » (D9).

En tout cas, lorsque la demande de faire une VAD vient d'une infirmière de maison de retraite, la VAD est systématique pour l'ensemble des praticiens qui ont mentionné ce cas.

L'hôpital et ses Urgences

Quand le courant passe mal entre le patient et le médecin, le patient se rend seul à l'hôpital, sans prévenir : *« C'était un patient d'un de mes associés qui présentait une épistaxis sous plavix depuis 2h et puis qui n'arrivait pas à la calmer alors ça par expérience je sais que ça ne va pas être bon non plus car, le méchage et tout, tu mets la mèche, tu restes 2h avec le patient et puis au total t'y arrives pas et tu vas l'envoyer à l'hôpital donc en fait je leur ai dit ben écoutez j'accepte de vous voir mais par contre ça ne sert à rien que je vienne chez vous, si vous voulez je vous envoie une ambulance, c'est un patient qui avait fait un AVC donc euh difficile de se déplacer. Je vous envoie une ambulance, vous venez à mon cabinet et puis comme il y a 9 chances sur 10 pour que je vous adresse à l'hôpital après, on voit ça dans l'ambulance et puis si j'y arrive pas vous allez à l'hôpital. Ils n'ont pas du tout bien pris la proposition et du coup, je ne les ai pas vus, ils sont partis directement à l'hôpital. Ils ont fait venir l'ambulance, ils sont montés dans l'ambulance mais ils sont partis à l'hôpital sans prévenir qu'ils ne venaient pas me voir. Fâchés quoi. (...) bon c'était comme ça « les animaux sont mieux soignés que les êtres humains » c'est ce que j'ai eu comme réponse, c'est un ancien vétérinaire qui parlait en plus (rires) (...) bon c'est comme ça donc ouais mon dernier refus de visite s'est mal passé. C'est comme ça, j'assume ! » (D12).* Pour les patients, aller aux urgences sans prévenir le médecin permet de signifier le désaccord profond sur le cadre de la VAD. Dans l'exemple ci-dessus, le désaccord s'exprime d'autant plus facilement que le patient connaît moins le médecin.

Les urgences des hôpitaux servent aussi de fonction support aux VAD des médecins généralistes : *« c'était une dame d'une quarantaine d'années euh qui a fait un malaise à domicile euh qui dans un contexte psychologique un peu particulier avec des douleurs chroniques, des douleurs un peu inexpliquées depuis 1 mois ou 2 là enfin voilà, contexte psychologique particulier euh donc bon voilà, elle a fait un malaise, elle m'a appelé en m'disant qu'elle ne se sentait pas bien, qu'elle n'avait pas perdu connaissance mais qu'elle ne se sentait pas capable de se mettre de debout euh effectivement j'allais pas lui dire de prendre la voiture pour venir ici. Donc voilà, elle était seule avec ses enfants euh donc voilà j'suis allée la voir à domicile euh et comme le tableau était quand même très important, je l'ai envoyée aux urgences parce que ça ne me semblait pas raisonnable de la laisser seule chez elle donc euh bon voilà bon elle n'y a pas été très longtemps mais bon je voulais quand même être sûre de ne pas passer à côté d'autre chose euh voilà donc c'est... » (D17).*

Cela peut rassurer et ça permet aussi des fois d'éviter une VAD que l'on sait vouée aux urgences. A côté de cette complémentarité, les urgences servent aussi parfois de repoussoir pour faire venir les patients au cabinet : *« ben écoutez appelez, allez aux urgences si vous voulez, vous attendrez 4 heures. Donc y a pas de problème, allez-y, vous verrez et puis vous verrez que si vous venez, écoutez c'que j'veus dis et puis venez ici, vous attendrez moins longtemps, c'est comme vous voulez »* (D29).

Le SAMU, solution de support, de repli ou de facilité

La relation entre les médecins généralistes et le SAMU est plutôt bonne. Cet organisme de soin est perçu à la fois comme un support qui est parfois mal utilisé par les patients : *« Les gens ils vont pas venir pour un lumbago maxi fort bon ça peut arriver, j'aime pas ça non plus mais bon... la douleur qui soit vraiment quoi qu'on a vraiment un changement de prise en charge de ce type de patients parce que maintenant on en voit souvent aux urgences c'est souvent le SAMU qui est appelé donc voilà on n'y va plus hein mais c'est pas une idée à nous... hein c'est souvent les gens ils appellent les urgences et puis après voilà »* (D11) et même quand le patient essaie de mettre en concurrence, au final, la coordination existe entre le SAMU et les médecins généralistes : *« y a eu qu'une fois où j'avais une visite à faire, c'était une dame et c'était le fils qui m'avait appelé. Bon je lui avais dit que je passerai en fin de matinée, puis ½ heure après, c'était le 15 qui m'a rappelé pour que j'y aille, le fils avait appelé en décrivant autre chose, bon y avait pas d'urgence en fait, mais ça, c'est pareil, on sait que les gens peuvent entre guillemets, nous manipuler »* (D23). Manipulés certes, mais en l'occurrence, les médecins généralistes gardent souvent la main, ce que confirme cet autre médecin généraliste : *« En même temps souvent les patients, ils appellent le SAMU et dans la journée le SAMU ne se déplace pas, ils appellent d'abord les médecins traitants »* (D28).

En plus de cette solution de repli pour le patient, le SAMU a une action rassurante pour les médecins généralistes et facilite leur travail : *« Si on fait envoyer une ambulance, on sait que ça va être régulé à nouveau quand les ambulanciers vont être sur place ils vont rappeler le 15, etc. moi je savais pas que...(...) en ville c'est très difficile d'avoir une ambulance, donc je passe par le 15 et donc c'est régulé derrière et comme ça aussi, si je ne me suis pas déplacée, je sais que c'est régulé derrière donc ça me rassure »* (D19). L'action est d'autant plus rassurante qu'elle est bien connue.

Quand l'action est conjointe, ce n'est pas seulement vu comme rassurant mais quasiment comme une intervention d'équipe : *« C'est une dame qui faisait un choc septique donc elle avait 40 de fièvre, elle était au niveau fonctions supérieures en train de raconter des âneries à son mari, des patients que j'connais très bien, qui viennent me voir en consultation très régulièrement. Effectivement quand j'suis arrivé elle était à 8/4 de tension, des deux bras, le SAMU est venu. Voilà, là c'était une visite que j'ai bien aimée parce que c'était justifié et en plus j'étais super content, j'ai posé une perf, ça m'arrive pas souvent et ça a bien marché donc quand le SAMU est arrivé, j'avais vraiment fait mon boulot de médecine générale en visite. La perf était posée euh les constantes étaient données, les pompiers sont arrivés on a mis l'oxygène et tout ça, donc là, j'ai vraiment eu l'impression de jouer mon rôle »* (D29).

Et de nouveau la complémentarité s'exprime par une passation de pouvoir : *« Il m'arrive à refuser une visite quand je pense que je perds du temps en faisant ma visite dans le sens, pour le patient sa prise en charge sera moins bonne, le temps que j'aïlle jusque là, que je fasse mon diagnostic quand il m'explique par téléphone ce qu'il se passe, je leur dis bé là, il vaut mieux aller directement en milieu hospitalier parce qu'il y a besoin d'une radio ou parce qu'il y a besoin d'un scanner, en tout cas y a besoin d'une prise en charge. Donc c'est vrai qu'il m'est déjà arrivé de dire quelques fois, de dire « ben non là je pense qu'on va perdre plus de temps à me faire déplacer moi, que d'appeler directement les pompiers ou l'ambulance pour vous emmener » (...) oui ben oui voilà c'est vrai que parfois les gens expliquent les choses et puis quand on pose quelques questions, ils vous disent au départ « elle n'est pas bien » et puis quand on pose quelques questions en fait elle est complètement inconsciente et puis bon voilà ça fait déjà tout un temps de perdu, on dit, on ne perd pas de temps à... à se déplacer, on n'est pas toujours au cabinet, on peut être dans différents villages, y a de la route, ben là non vous appeler l'ambulance, les pompiers parce que de toute façon ils vont être amenés donc euh... »* (D13).

La régulation réunit à la fois le SAMU et les organisations sectorielles de garde des médecins généralistes afin d'assurer la permanence de soins. En ville, Docteur 19 nous raconte comment elle a intégré ce système et pourquoi : *« et donc on assurait nos week-ends et nos soirs et nos nuits pour notre patientèle. Quand la permanence de soin s'est installée, on nous a dit ben non c'est du favoritisme, il faut que vous participiez à la permanence de soin (...) et donc on allait soit en visite à domicile, le SMUGA, soit à l'époque on ouvrait nos cabinets pour les consultations de garde, donc le lieu de garde changeait en fonction des cabinets... soit on faisait la régulation, j'ai choisi la régulation, parce que moi j'en avais un qui avait 18 mois et l'autre qui venait de naître donc c'était plus près, parce que ici il*

fallait quelqu'un au secrétariat quand nous on était dans notre bureau donc voilà j'suis arrivée à la règle et finalement, j'trouve... moi j'aime bien. J'aime bien, en plus à l'inverse de notre côté très libéral et très indépendant, c'est un travail de groupe quand même hein y a les médecins du SAMU, les permanenciers... ».

Il semble que bien souvent les médecins généralistes trouvent dans la régulation un système qui facilite leur activité et qui requiert de réelles compétences : *« j'sais pas comment font les médecins de régulation au SAMU, j'leur tire mon chapeau parce que les gens ».* (D28).

En fait le grain de sable dans les rouages de la coordination entre le SAMU et le médecin généraliste, c'est le patient : *« parfois même on est squizzé par la SAMU parce qu'ils appellent le SAMU avant alors que le SAMU est déclenché alors que nous on n'a même pas levé le p'tit doigt. « ah bah trop tard le SAMU est parti ! » ça sert à rien qu'on y aille à deux hein le coup du SAMU, ça j'trouve que par contre par rapport à il y a quelques années, c'est une dérive... un peu, les gens déclenchent le SAMU facile hein le « non j viens pas, j'appelle dans ½ heure » ils appellent le SAMU hein ils ne se posent pas de questions »* (D20).

Les CAPS assurent la continuité des soins pour les médecins généralistes

La continuité des soins, selon les médecins interrogés, semble assurée le soir et les week-ends par des maisons médicales ou CAPS (Centre d'Accueil et de Permanence des Soins) selon leur localisation géographique. Elles offrent un nouveau lieu de soins et permet de bien faire comprendre que ce n'est pas une relation médecin-patient mais une relation organisation-patient, du moins pour les déplacements et lieux d'exercice : *« les gens venaient au cabinet, là ça va changer quand même, système de CAPS à TelleVille »* (D23). Ce système a permis de *« mettre un frein »* aux demandes de visites, affirme Docteur 20. En effet, les patients du cabinet sont dits *« bien éduqués »* en règle générale et le sont aussi pour les demandes lors des gardes : *« Pourtant en garde on peut penser que c'est un peu plus urgent mais de plus en plus ils trouvent le moyen de venir au cabinet donc a fortiori dans la semaine quand c'est une consultation quoi »* (D14). Même si les requêtes sont plus justifiées lors des gardes aux yeux des praticiens interrogés, il reste une petite différence : *« la visite injustifiée euh pendant la garde de régulation n'est pas la même que la visite à domicile au cabinet donc bon c'est vrai quelques-fois on trouve ça injustifié »* (D19), petite différence souvent vite corrigée par une négociation.

Le Docteur 3 a confié par exemple qu'il régulaient derrière la régulation et transformait ainsi assez facilement des visites à domicile en une consultation au CAPS. Par contre, Docteur 5 compte une requête via la régulation où le patient a majoré délibérément les symptômes d'un lumbago pour avoir une visite en début de week-end (samedi après-midi). L'éducation du patient se poursuit donc jusque dans les visites de gardes, comme nous le raconte Docteur 10 : *« alors ça j'adore on est déplacé en garde parce que l'enfant a de la fièvre et que les parents n'ont pas les moyens de locomotion et bon c'est en ville à TelleVille bizarrement enfin bon, je me demande si le médecin traitant y serait allé en semaine je me dis que non enfin bon et puis après quand vous les piègez au téléphone » et puis à la pharmacie ? » « ben je demanderai au voisin » et puis je dis ben vous allez demander au voisin pour tout faire, il va vous emmener au cabinet médical alors aussi à la pharmacie je pense que ce sera plus logique comme ça, avec les économies de la sécu et tout ça, y a un cabinet de consultes, on est toujours deux de garde voilà quoi faut habituer les gens faut les éduquer aussi quoi ».*

La pensée des médecins généralistes sur le SMUGA et SOS Médecins

Si le SAMU et l'hôpital sont bien identifiés, le SMUGA apparaît aux yeux des médecins généralistes du Maine-et-Loire comme assez indéfinissable, même pour l'une d'entre-eux qui participe pourtant à la régulation : *« j'sais pas si vous arriverez, à comment dirais-je, à percer ce mystère du SMUGA mais euh moi je ne l'ai toujours pas percé. (rires) (...) parce que c'est très étrange ce SMUGA donc euh donc y a ce SMUGA mais y a pas d'SOS médecins »* (D19). Le SMUGA, présent en Maine-et-Loire, paraît flou alors qu'SOS Médecins, absent ne l'est pas autant, cela sera vu plus loin.

Il convient tout d'abord de revenir sur l'indéfinition du SMUGA. Docteur 18 exprime aussi une certaine indéfinition de cet organisme mais lui trouve un avantage malgré tout en réduisant les urgences de nuit : *« oui, l'urgence on est d'accord, ok mais ça c'est... y en a moins maintenant avec le système de SMUGA, machin SAMU, oh oui, ben oui »* (D18). Un médecin rural pense que le SMUGA est bien pratique pour les médecins urbains tout en ne connaissant pas exactement les modalités de l'intervention de l'organisme : *« Et euh, j'pense que le SMUGA intervient aussi en journée !? »* (D29).

Donc indéfini mais bien pratique ? Un troisième paramètre entre en jeu : l'efficacité. Docteur 22 pointe du doigt le gâchis entraîné par le SMUGA même si, lui aussi, trouve que la présence du SMUGA est un véritable « confort » pour ses propres gardes : *« moi j'ai fait dix*

ans de SMUGA. C'est complètement abusif les visites de nuit, bon, c'était un peu, faire marcher le SMUGA quoi, bon, c'était une période où c'était complètement différent ; ça, ça m'a dégouté des gardes du SMUGA et des visites d'ailleurs ». Le SMUGA est ici perçu comme un confort, voire comme une solution de facilité qui au final fait retrouver les mauvais réflexes aux patients.

Lors des premiers entretiens de cette étude, il a été demandé l'avis des praticiens au sujet de SOS Médecins. La première réponse obtenue décourageait pour poursuivre cet axe de réflexion : « j'en sais rien... car ça ne me concerne pas, j'ai pas d'avis » (D1) et les entretiens suivants ne mentionnaient pas spontanément cet organisme qui, certes n'exerce pas en Maine-et-Loire, mais qui officie tout de même dans le département voisin, la Loire-Atlantique. Ce n'est qu'à partir du quinzième entretien que les réflexions sur SOS Médecins sont apparues. Et encore les premiers avis sont vagues, éloignés même : « je sais pas, là franchement je sais pas du tout si ça peut rendre service ou pas. C'est vrai que ça peut être très très prenant et que y a des fois on n'est pas du tout formé pour ça hein on est complètement bloqué, on se retrouve à gérer des trucs qui n'ont rien à voir avec la médecine donc euh c'est impressionnant quoi » (D16).

Les trois médecins généralistes qui ont abordé la question frontalement sont sinon vindicatifs, du moins circonspects. La réaction la plus développée est aussi la plus critique vis-à-vis d'SOS Médecins : « Je déteste SOS médecin comme système qui est un système qui pousse à une consommation, une inflation sans aucun contrôle des délais de soins puisqu'ils sont servis et que justement les efforts qui ont été faits en médecine de ville pour dire au gens de se déplacer, ce système là et ben il va exactement à l'envers parce que les médecins eux, ce sont des gens qui plus ils travaillent plus ils gagnent leur vie et plus ils gagnent de l'argent et plus ils veulent le faire, ils acceptent tout. Vous pouvez me dire ce que vous voulez mais de toute façon ils acceptent tout. Un certificat de sport, ils vont le faire à domicile, etc. c'est bien payé. Donc ce système est à mon avis totalement inadmissible et scandaleux mais il est vachement bien pour les patients parce qu'à la maison ils n'ont qu'à claquer des doigts. Il est beaucoup moins bien pour les finances publiques générales des gens et je trouve tout à fait inadmissible, alors que les médecins qui tournent là-dedans, qui sont là pour faire de l'argent hein Faire SOS Médecins, c'est un moment intermédiaire de leur vie, ils ne sont pas encore installés, ils sont étudiants, ils ne veulent pas créer de rapports personnels avec le patient, etc. c'est leur problème, ils ont un système comme ça qui leur permet de vivre et de bien vivre et plus ils multiplient les actes, plus ils gagnent leur vie donc ils le font. J'sais pas hein y a peut-être des médecins installés qui font pareil hein ça doit exister aussi hein mais j'pense

que SOS Médecins est particulièrement... euh c'est inconnu, c'est un médecin inconnu chez un patient inconnu, on se voit aujourd'hui, on ne se reverra plus ». (D18) Plus loin : « qu'ils appellent SOS médecins mais le jour où les pompiers ou SOS Médecins leur diront non, ça calmera les choses » (D18).

La critique est parfois moins vive mais le côté commercial de SOS Médecins reste épinglé : *« C'est un service ! Quoi en fait... un service d'aide quoi on a besoin d'une visite puis on paie ! Puis après les médecins risquent de se décharger sur le, sur le... » (D23).* En plus de ce côté commercial, c'est l'aspect informel qui est critiqué : *« j pense que ça ce serait pas mal qu'on puisse se passer la main mais j'aurais du mal à la laisser parce que j'aurais l'impression d'abandonner le patient quoi. Mais j pense pas qu'un SOS médecins puisse être dans un suivi de soins parce que d'abord, c'est des médecins qui se succèdent. Non enfin...et puis on n'est plus SOS... si on fait des visites programmées pour les renouvellements... ». (D19).* Ceci pousse les médecins interrogés à inventer une alternative inexistante : *« un système parallèle qu'on met en place euh voilà avec des médecins qui ne feraient que... ou que des suivis en visite à domicile » (D17) « pour peu que la personne suivrait tout le temps les mêmes quoi voilà parce que... » (D27).*

Coordination et divergences de pratiques entre collègues

Les collègues du secteur

Les collègues du secteur participent à la coordination des soins à domicile et le respect des espaces importe : *« C'est même pas une question de distance parce que TelleVille c'est 10 min en temps normal où il n'y a pas de circulation TelleVille3 c'est notre secteur, c'est au moins 10 min aussi donc c'est plus un problème de confraternité. Nous on a le droit de compter les kilomètres et les gens sont bien remboursés et comme il faut pas être anti-confraternel on doit faire le juste tarif avec le kilométrage sinon on est taxable au conseil de l'ordre le principe d'anti-confraternité de concurrence déloyale donc si on est à plus de 10 km je ne sais plus combien on compte maintenant mais je suppose que s'il y a des médecins qui sont à 500 m, nous on est plus chers donc il faut que les gens soient remboursables maintenant apparemment c'est fait ou ça va passer. Ça facilite un peu le maintien du médecin traitant habituel tout en sachant que bon, il faut savoir passer la main si on voit qu'on n'est pas disponible quand il y a vraiment besoin quoi mais TelleVille y en a 1 sur 2 que je*

continue à suivre TelleVille, c'est le hasard parce qu'il n'y a plus de place ici pour l'instant, TelleVille3 j'y vais pas moi, TelleVille j'y vais euh ouais sans problème, TelleVille4, j'y vais plus, TelleVille4 y en a très peu donc j'y vais pas » (D9). Un autre s'autocensure : « ça m'est déjà arrivé, de gens qui voulaient changer de médecin, ils avaient déjà un médecin qui venait chez eux, je ne les ai pas acceptés, j'estimais que je n'avais pas à le faire entre guillemets dans le mesure qu'il avait déjà un médecin » (D23).

La coordination se complique légèrement lorsqu'il faut recueillir des patients qui n'ont plus de médecin dans leur village : *« Il s'est avéré qu'on a un collègue qui est la TelleVille3 qui est à 20 km ouais à peu près, qui a arrêté là, qui a tout plaqué, les gens qui étaient entre les 2, sans médecins, alors y en a qui étaient en visites à domicile hein les patients âgés alors on a dit non hein quand ça dépasse 15 km c'est pas gérable (...) j'peux pas prendre des nouveaux comme ça enfin si à part j'couplerais plusieurs visites en même temps mais sinon ce n'est pas gérable quoi faut plus de temps dans la journée quoi... » (D10). Cette situation entraîne des refus de demandes de visites d'un patient jamais vu jusqu'ici au cabinet : « moi voilà euh que j'ai un patient de plus ou un patient de moins euh j'suis débordé de boulot donc euh j'vous cours pas après donc euh voilà ». On a la chance aussi de pouvoir avoir ce discours là » (D29). Dans ce contexte de pénurie de médecins généralistes installés, les patients doivent faire le premier pas au sens propre comme au figuré : « alors par rapport à la TelleVille, finalement, moi je n'ai pas récupéré de visites. Ils sont tous venus, pourtant moi j'suis au 1er étage, en même temps ça a peut-être sélectionné mais ils sont tous venus » (D12).*

Il y a aussi la répartition des patients et des VAD dues à l'entrée en maison de retraite : *« y en a beaucoup qui ont gardé ça donc euh moi j'ai ma patientèle de VilledemonCabinet qui rentraient là, ben je les suis là et les gens qui avaient l'ancien médecin traitant, l'ancien médecin du village, j'les ai repris, qui avaient été un peu pris par d'autres médecins de TelleVille2. oh ben ça c'était en accord. Il m'avait dit bon ben écoute là... (...) mais oui à l'EHPAD de VilledemonCabinet y en a quand même beaucoup qui ont gardé leur médecin traitant ce qui un petit peu logique hein (...) par contre, y en a un qui vient de plus loin à TelleVille4, ben lui, son médecin traitant a dit ben moi j'peux pas vous suivre donc voilà le transfert a été fait comme ça » (D13). La coordination se déroule assez sagement dans ce cas.*

Les collègues du cabinet : activité de groupe encouragée

Dans le rapport aux collègues du cabinet, le jugement disparaît, du moins, lors des entretiens. Les différences n'apparaissent plus comme des déviances mais comme des originalités anecdotiques : « *ah les visites à domicile, ben Unetelle n'en fait pas beaucoup Untel il en fait plein (rires)* » (D28). Le rire est de mise, pour dédramatiser la différence : « *voilà tout à fait, après je pense qu'on a tous nos limites et plus ou moins et c'est vrai que et voilà... UntelCollègueCabinet les a certainement un peu moins que moi, Untel2CollègueCabinet un peu plus. D'ailleurs c'est arrivé y a pas très longtemps qu'un patient appelle pour une visite urgente. C'était pas moi qui étais de garde parce qu'on a un système de... on se répartit les gardes sur le cabinet, c'était pas moi qui étais de garde ce jour-là et finalement le médecin de garde a refusé la visite, la secrétaire était bien embêtée parce que le patient allait vraiment pas bien apparemment, donc du coup elle m'a passé le patient et moi j'ai dit « j'y vais » donc j'l'ai mis sur mon agenda pour aller faire la visite, j'avais presque fini mes consultations, j'avais prévu d'aller voir et du coup le confrère quand il a vu que je m'étais collé la visite, il a fini par y aller. C'était rigolo quoi !* » (D12). Plutôt que de juger, les médecins rient des divergences de pratiques d'avec leurs collègues les plus proches.

Les collègues directs sont plus ou moins choisis, et de toute manière, il faut bien travailler avec eux et donc s'accorder sur l'organisation. Les propos recueillis insistent sur les points positifs du cabinet de groupe, par exemple suppléer un collègue lors de ses congés : « *alors moi j'ai pas de patient actuellement que je suis régulièrement à domicile, en renouvellement, ça m'arrive d'en voir en fait par exemple quand le Docteur Untel est en congés et parce qu'il en a quelques-uns euh pas beaucoup mais il en a quelques-uns donc ça m'arrive de les voir ou comme j'vous disais, ou quelqu'un qui est suivi habituellement, une personne âgée qui est suivie habituellement ici mais qui est bon là, j'en ai pas eu encore cette année mais ça va venir avec une grippe ou une bronchite fébrile effectivement, c'est des patients qu'on peut être amené à voir à domicile. Donc voilà...* » (D17).

Certains médecins en cabinet de groupe resserrent encore l'uniformisation de leur discours quant aux VAD. « *bon, les gens ont pris l'habitude mais, globalement, ils prennent le pli et euh ma collègue (...) elle est un p'tit peu plus âgée que moi mais pour la faire sortir du cabinet, il faut que ce soit justifié aussi. Donc voilà, on a un p'tit peu la même réponse par rapport aux gens, qu'on donne au cabinet médical, on a la chance de ne pas avoir de concurrence parce que tous les médecins on est installé au même endroit à NotreVille. On*

joue aussi de notre force et on fait euh ça nous permet voilà d'imprimer un peu notre façon de faire » (D29).

Le cabinet de groupe est une aide pour sortir du rôle médecin de famille débordé : *« ouais c'est indispensable, invivable sinon, pas gérable donc voilà cabinet de groupe, gardes organisées sur secteur TelleVille, ça marche très bien au niveau de la garde donc c'est très bien. Donc voilà beaucoup de travail » (D10).* En plus d'être un soulagement pour le praticien, le cabinet de groupe apporte un changement subtil et pourtant crucial dans la pratique de la VAD.

Il est demandé à un médecin interviewé s'il n'aime pas sortir de temps en temps du cabinet pour faire une VAD et ainsi couper du rythme des consultations. Voici ce qu'il répond : *« alors ouais, pas moi, honnêtement non. Euh honnêtement non. Bon on a des locaux qui sont peut-être sympas aussi moi mon cabinet il a été refait à neuf avant que je m'installe, on a... voilà, c'est assez lumineux, c'est assez, voilà moi je suis très content de mes conditions de travail, ça ne me dérange pas de faire une semaine sans faire une visite. On va boire le café avec les collègues, ça nous distrait un p'tit peu, on discute un p'tit peu le coup, là-bas, euh je mange le midi avec ma femme, elle travaille à côté, donc voilà, honnêtement non ça ne me dérange pas du tout de faire, j'vous dis une semaine de consultations, que des consultations, euh après on a, on fait des choses aussi différentes en médecine générale donc même si la journée elle est dans le cabinet, on fait de la gynéco, de la pédiatrie, on met des stérilets, on fait des sutures, on a des p'tites urgences aussi. Aujourd'hui c'est mon jour d'urgences vous voyez, nous on s'organise comme ça, chaque médecin a son jour d'urgence donc moi je gère les urgences de tout le cabinet euh si mes collègues ne veulent pas prendre leurs patients parce qu'ils sont déjà débordés et qu'il y a des urgences qui se présentent en visite ou en consultation, c'est moi qui les gère. On a une organisation qui fait qu'on a une activité au cours de la journée, qui est assez variée et moi ça ne me dérange pas parce que, allez faire une visite à domicile c'est pas vraiment mon truc et je trouve que je fais de la moins bonne médecine en visite, j'fais de la meilleure médecine au cabinet, j'ai mon dossier informatique, j'ai mes repères, ça va vite, c'est, c'est euh organisé, c'est... » (D29).* Une de ses collègues a le même ressenti : *« oui mais j pense que nous on n'a pas besoin de ça [sortir du cabinet] parce qu'on est à 6 donc si on veut sortir du cabinet on sort on prend un café on discute avec le copain et puis euh et puis peut-être que c'est ça aussi peut-être que du coup, c'était les anciens qui étaient tout seuls. Et du coup, ouais ça amène à sortir et puis à... alors c'est vrai que ça peut être instructif parfois quand on va chez les gens et qu'on voit un p'tit peu des choses mais... (silence) » (D30).* Le cabinet de groupe peut amener à une certaine

ressemblance à un travail salarié, avec des rythmes moins dépendants des requêtes des patients. L'incidence sur la VAD est donc nette, le médecin casse le rythme différemment et n'a plus le besoin de faire des VAD pour cela.

Uniformisation des discours quelles que soient les pratiques

Les collègues et les organismes du secteur ont aussi une incidence sur la pratique des VAD des médecins généralistes. Parmi les collègues, sont distingués les collègues du cabinet des autres collègues du secteur. Ces derniers n'exercent pas dans le même cabinet et revêtent pourtant une certaine importance sur le comportement du praticien. Ce sont des collègues qui servent de références, en positif ou négatif, l'un des médecins indique d'ailleurs qu'il serait intéressé « *par les conclusions de la thèse, (...) sur la pratique de mes confrères parce que c'est vrai que moi je comme je participe à très peu de réunions médicales je rencontre très peu mes confrères à part ceux du cabinet, donc que voilà, je serais intéressé de savoir, comment ça se pratique ailleurs* » (D25).

Voir ce qu'il se fait ailleurs, et sans doute écouter les patients, a permis aux médecins de s'apercevoir que les VAD ont connu une certaine homogénéisation, ce que souligne Docteur 10 : « *si on écoute y a plein de gens qui veulent qu'on vienne pour une gastro. On n'y va plus, ça ne se fait plus, pour une gastro on va dire ça comme ça, mais que ce soit moi ou mes collègues je pense qu'enfin ils n'y vont plus pour euh* ». Cette uniformisation de pratique permet de renforcer le médecin lors de la négociation avec le patient : « *tout le monde a le même discours je pense, donc ça conforte notre attitude quoi* » (D22) et un autre insiste sur le fait qu'avant, « *y avait toujours quelqu'un qui partait ben c'est clair que, y avait pas de problème* » (D16) pour trouver un collègue pour faire la VAD.

L'AcBUS et la diminution de la concurrence explique ce nouveau cadre : « *C'est vrai que en plus, le fait de parler un petit peu tous d'une même voix c'est plus facile parce qu'on est plus tellement dans une période où on est en concurrence les uns les autres et puis on a quand même ce chemin qui n'est pas imposé mais qui est quand même bien tracé donc on a tendance à dire un peu tous la même chose* » (D12). Un praticien donne un autre fait étayant cette homogénéité locale, par comparaison avec les vacanciers : « *moi j'vois des gens même en vacances qui sont très surpris en leur disant que « je ne viens pas, vous venez », « ah bon ? » « oui, oui, oui, vous pouvez vous déplacez, enfin sauf si vraiment vous ne pouvez pas hein » ça peut arriver hein mais c'est quand même exceptionnel* » (D18).

Cette uniformisation de la pratique n'empêche pas la persistance d'écarts à la norme, souvent donnés comme exemples repoussoirs par les médecins de l'étude. Il existe par exemple la figure du collègue qui ne prend pas assez de VAD : *« Non le problème qu'on a maintenant c'est que mes confrères refusent les visites à domicile, refusent... des dossiers trop difficiles aussi... donc notamment la dame qui vient de sortir quand vous êtes arrivée, elle m'a dit je vous remercie de me prendre en charge parce que j'ai eu 5 confrères avant vous qui refusent de me prendre en charge parce que je suis hypertendue diabétique obèse et j'ai l'apnée du sommeil donc quand ils ont vu le dossier les confrères ils ont dit non... là pour moi on ne veut pas la prendre c'est un problème maintenant ...là je passe un peu mon coup de gueule voilà... donc cette dame là, je ne la vois pas à domicile car ça se passe bien mais je trouve que là je me demande pourquoi les gens ont fait médecine quand même ! »* (D1) Plus loin : *« j pense à une dame qui a été hospitalisée hier et qui m'a appelée ce matin elle m'a dit j suis au 3ème étage sans ascenseur et elle ne sort plus de chez elle son médecin traitant l'a abandonné car il ne voulait pas faire de visite et elle est née en 21, voilà ! 91 ans voilà ! Je la prends en charge depuis novembre 2011 ça fait des années des années qu'elle était suivie par la confrère il ne veut pas faire de visites donc débrouillez-vous. Moi ça me choque un peu... »* (D1). Dans cet exemple, l'incompréhension du médecin généraliste est forte.

Dans l'exemple qui suit, la praticienne regrette aussi le filtrage tout en le comprenant car l'appliquant elle-même : *« C'est vrai que ça a été beaucoup discuté du fait que je continue à la suivre sur TelleVille ça ne s'est pas fait automatiquement hein, elle était dans le quartier je la voyais elle venait ici, puis là elle est en maison de retraite à TelleVille donc voilà le problème est qui va pouvoir prendre en charge cette patiente sachant qu'elle n'a jamais été suivie, aucun autre médecin n'est engagé à la prendre en charge moi, on me demande maintenant de prendre en charge un patient âgé à domicile en visite si je peux refuser, je refuse... un nouveau patient je veux dire »* (D6).

A l'inverse, les médecins décrivent des confrères ou consœurs qui n'ont pas su dire « non ». Cela peut entraîner une charge de travail trop importante : *« j'ai une collègue, enfin voilà, elle est submergée par ses visites et euh enfin, je ne sais pas si elle peut rentrer manger, c'est un, c'est un choix pour elle, mais à un moment, elle est dépassée quoi »* (D26) ou des visites injustifiées : *« mais en tout cas j pense que si on commence à se laisser un peu déborder j peux voir ça chez certains collègues et ben du coup on a des visites à tout bout de champ et pour des motifs ben voilà les gens ils vont en visite et puis ils vont en voiture*

chercher leur médicament après pour moi c'est pas très logique... » (D2). Les collègues qui font beaucoup de visites sont soupçonnés d'avoir une pratique négligente : « après il y a aussi euh ben si tu jettes tu fais ton ordonnance tu t'barres ! Tu peux ne pas examiner les gens hein en c'cas là tu peux faire des visites hein ? Moi j'fais pas ça (...) mais bon y en a qui l'font hein » (D27).

Les médecins aujourd'hui, n'ont plus peur d'imposer le cadre spécifique défini par l'AcBUS, du fait d'une moindre concurrence *« et puis voilà les gens qui n'acceptent pas ça et bien ils changent ils prennent un autre de mes collègues et c'est peut-être ça et puis voilà ça me met au clair avec les patients ! » (D2).*

Infrastructure et matériel du cabinet

Les structures d'accueil

Des contraintes purement matérielles peuvent avoir une influence importante sur la pratique de la VAD. Par exemple, aussi étonnant que cela puisse paraître, plusieurs cabinets comportent un escalier. Ce point crucial est souvent abordé indirectement, au point même que le médecin n'en parle pas de lui-même, tellement c'est naturel (tout le monde le constate après tout) ou gênant peut-être :

« DOCTEUR 26 : moi je sais que là, les personnes âgées, en général qui font des efforts, les enfants qui les emmènent en consulte mais il faut une demi-heure pour entrer dans le cabinet une demi-heure pour, enfin ça prend encore plus de temps finalement, enfin ça prend le même temps finalement... c'est des gens qui...

MOI : les contraintes du cabinet ici, c'est qu'il y a des marches aussi, oui c'est vrai que ça monte pas mal... »

Un autre énonce rapidement ce problème, sans s'y arrêter, sans s'interroger : *« j'en ai d'autres qui voilà arrivent à 85 ans, 90 ans ils vont plus venir en plus on a un étage il y a un étage c'est pas très simple... » (D6).* Un autre est plus direct : *« qu'est-ce qui fait que je vais accepter la visite à domicile euh l'âge certainement euh les difficultés de déplacement, en plus moi je suis au premier étage donc forcément difficultés de déplacement » (D12).* Une praticienne n'y voit finalement rien à redire non plus, parce que c'est mieux de voir à domicile dans le cas qu'elle présente : *« non la seule chose c'est par exemple avant y avait*

des myopathes qui étaient là donc là c'est différent et ils pourraient venir en fauteuil mais moi j'ai pas possibilité de monter dans le cabinet et puis de toute façon je trouvais que c'était plus facile de faire à domicile. Et puis y a tout le matériel, y a toutes les transmissions avec les infirmiers et tout donc c'est plus facile ! » (D16).

Docteur 19 édulcore moins lorsqu'il évoque la présence de l'escalier : *« voilà nous on a deux soucis, on a un cabinet qui est inaccessible (...) donc euh voilà c'est quelques-fois un des motifs pour lesquels on va chez les patients » (D19).* Ce « souci » est décrit par Docteur 7 : *« Sauf la dernière fois là, elle a avait une lombo-sciatique elle ne pouvait pas se déplacer et donc c'était justifié que je puisse aller la voir chez elle parce qu'elle ne pouvait pas monter les escaliers... gros problème chez nous c'est les escaliers... le nombre de visites on en fait beaucoup trop de visites en particulier, en partie, à cause de notre escalier ? Pas de possibilité de mettre un ascenseur un monte charge ou je ne sais quoi et donc on a je pense un nombre de visites euh qu'on pourrait peut-être diminuer je pense à des gens qui sont au foyer logement à côté qui sont pas très valides mais qui si on était de plain-pied feraient bien les quelques centaines de mètres qui nous séparent du foyer logement mais l'escalier est un gros problème c'est un problème auquel on n'a pas de solution donc le nombre de visite est quand même en grande partie lié à ça quoi » (D7).*

Si l'escalier dans un cabinet accroît les VAD, d'autres éléments du cabinet se révèlent être des atouts pour faire venir les patients. L'informatique compte parmi les atouts du praticien : *« Grâce à l'informatisation on leur a dit écoutez j'ai tout votre dossier l'ordinateur j'ai pas envie d'amener l'ordinateur chez vous, vous vous déplacez » (D8) Plus loin : « les gens sont venus contraints et forcés avec le prétexte du dossier informatique au cabinet médical » (D8).* Un bien ? Cela dépend du rapport du médecin généraliste à la VAD : *« Je pense que c'est l'informatique qui a tué la visite à domicile » (D9),* en plus de l'aspect financier, regrette Docteur 9.

L'ordinateur est une pièce clé de l'organisation du praticien, c'est même plus pratique que la sanction financière, un peu conflictuelle avec les patients : *« je me souviens d'avoir pris des DE au lieu d'un C pour faire comprendre aux gens qu'ils m'appelaient pour rien... mais là ça a été rare et mal vécu, les gens n'appréciaient pas de ne pas être remboursés de la visite hein après j'ai abandonné ça, les gens sont venus contraints et forcés avec le prétexte du dossier informatique au cabinet médical » (D8).* C'est bien un prétexte et une facilité pour le médecin qui y gagne du temps : *« alors, c'est vrai qu'avec les outils actuels, l'informatique, c'est quand même plus facile de consulter au cabinet, même si maintenant on a des choses qui peuvent se transporter, j'emmène rarement les dossiers médicaux, une*

tablette à domicile, c'est quand même plus facile, voilà. C'est plus facile de consulter, on a tout sous les yeux, sous la main. Les visites à domicile c'est bof, globalement je trouve ça, ce n'est pas très gênant. Ça m'arrive de re-noter en revenant, la consultation... si besoin » (D25). La VAD n'est pas adaptée à l'utilisation d'un ordinateur : « oui c'est un peu une obligation hein celui qui fait beaucoup de visites, ben au niveau mentalité aussi, il passe vachement de temps euh... moi c'est pareil, quand j'pars faire des visites tout ça, je reviens, je rentre mes trucs, je tiens mon dossier à jour quand même donc euh ben ça prend du temps. J'le fais sur place et j'le fais au cabinet quoi donc euh double temps. Faut amener les dossiers, faut... voilà tu vas rechercher un truc, tu ne sais plus quand est-ce que tu as fait le dernier examen parce que malgré tout l'examen il va être dans l'ordinateur, dans le dossier on n'a pas le temps, on n peut pas s'amuser à tenir à jour un dossier physique, donc bon en général je regarde avant de partir quand est-ce que j'ai fait la dernière hba1c... tout ça, t'es pressé, tout ça, t'as oublié voilà tu dis merde, c'est pas gérable, t'es obligé d'appeler la secrétaire, obtenir le dernier compte rendu... euh voilà c'est tout ça qui est chiant (...) oui on sera connecté oui, oui certainement ouais. Y a certains logiciels où on peut s'connecter à partir de n'importe quel ordinateur pour accéder au dossier » (D27).

Dans un autre registre, la voiture du praticien, Docteur 27 n'a pas vraiment été perturbée par sa panne automobile ce qui montre de nouveau que le matériel, en contrainte ou en atout, est un outil malléable pour le praticien : « j'étais en panne de voiture depuis 2 jours donc toutes mes visites ont été annulées donc je crois que c'était la semaine dernière en fait, 2 jours sans visites, c'était exceptionnel » (D27). Cette situation n'a pas tellement gêné Docteur 27 car l'ensemble des praticiens s'accordent à dire que la consultation offre un meilleur confort d'exercice. Et s'il y avait eu une panne d'ordinateur, comment aurait-elle réagi ?

Mais certains d'entre eux ont des atouts particuliers pour faire venir les patients au cabinet et ainsi s'éviter des VAD jugées évitables. Exercer dans un cabinet de groupe est l'un de ses atouts : « Nous aussi depuis qu'on a un cabinet de groupe on a tendance à faire plus facilement venir les gens, c'est certain » (D9). Le groupe permet aussi d'autres moyens, notamment une salle d'urgence qui encourage le patient à venir, plutôt que d'exiger une VAD : « Euh ici à la maison médicale, on a un type d'organisation avec une salle d'urgence qui nous permet d'insister beaucoup auprès des gens qui sont, même lombalgiques qui ont éventuellement des douleurs abdominales, des choses comme ça » (D29). Il poursuit plus loin : « alors en même temps après c'est délicat parce que bon lui il avait une organisation un peu particulière, il pouvait fermer son cabinet euh oui si j'étais tout seul, il faudrait que je ferme mon cabinet à clé, que les gens ils restent dans la salle d'attente et puis que, c'est pas

forcément mieux non plus. Mais c'est vrai que notre salle d'urgence, elle nous permet de recevoir des gens, de les gérer là-bas, moi ça m'arrive très fréquemment une fois qu'ils sont là-bas d'aller les voir, de revenir faire une consultation, de reprendre un peu la température si ils vont mieux, donner un traitement, de revenir ici. La dernière que j'ai en tête, une petite fille qui était tombée sur la tête euh qui était un peu vaseuse, j'l'ai gardée 2h là-bas, j'ai continué mes consultations, j'allais la voir de temps en temps, ça permet de gérer les choses beaucoup mieux et on les a à l'œil pendant un temps un peu plus long que si on va les voir en visite et qu'on revient. Moi j'suis très content de cette organisation là » (D29).

Les secrétariats : intermédiaires efficaces et confortables

Vingt cinq des trente médecins de notre étude ont opté pour un secrétariat. En effet, le rythme des demandes de VAD est aussi largement géré par les secrétaires par le biais de l'accueil téléphonique. Mais les secrétariats ne travaillent pas tous dans les mêmes conditions et n'ont pas tous les mêmes prérogatives. Déjà, le médecin généraliste peut choisir le télésecrétariat, c'est-à-dire un secrétariat à distance. Les praticiens qui choisissent cette option restent sur le constat du confort : *« voilà secrétariat téléphonique à distance depuis euh 3-4 ans ouais ouais 3-4 ans à peu près maintenant oui 3 ans, ça passe vite, 3 ans j'dirais, c'est très confortable »* (D21) mais s'étendent moins que leurs collègues sur la gestion concrète des appels par le secrétariat, sauf à dire, justement que les télésecrétaires *« marquent « visite » moi je ne cherche pas à savoir si c'est justifié ou pas, c'est en arrivant sur place que... »* (D21) le constat se fait. Le dialogue entre le télésecrétariat et le médecin est faible ce qui permet aux patients d'avoir plus de marge de manœuvre. Dans notre étude, on dénombre 2 télésecrétariats pour 23 secrétariats physiques, dont 2 à mi-temps.

Cette marge de manœuvre est moindre avec les secrétariats physiques eux aussi perçus comme confortables *« parce que la visite ça se gère toujours par téléphone en général donc euh... »* (D6) et c'est donc un premier filtre. Ceux qui choisissent un secrétariat physique sont plus nombreux, notamment dans le cadre d'un exercice de groupe, d'où sans doute aussi le plus grand nombre de réflexions à ce sujet. Tout d'abord, le stéréotype de la secrétaire qui accueille téléphoniquement et physiquement le patient au cabinet pourrait cacher le fait que tou(te)s les secrétaires ne font pas exactement la même chose malgré les apparences. Le ou la secrétaire peut notamment faire aussi le ménage : *« j'ai une secrétaire, alors aujourd'hui elle n'est pas là, une personne qui fait le ménage, le secrétariat à mi-temps »*, le reste du temps étant géré par Docteur 18. Forcément, dans ce cas là, la secrétaire ne peut pas suivre les

dossiers de la même manière qu'une collègue à plein temps. Une autre secrétaire a une place moindre du fait de sa place « cachée » dans le cabinet : *« peut-être que vous ne l'avez pas vue, elle est installée en haut, en fait on a une employée qui prend les appels entre 8h midi et 14h 16h, en fait, elle a pas de place fixe elle est souvent là-haut (...) donc en fait elle gère les appels »* (D23).

Quand le secrétariat est plus intégré au cabinet, les secrétaires sont de véritables partenaires de l'équipe et sont loués en tant que tels : *« on a un secrétariat qui est assez béton ! Et qui permet par ex, quand il y a une personne jeune qui a une grippe, sauf euh, si voilà, sauf s'il y a une gravité de cas, de toute façon ça ne va pas nous être proposé... (...) le secrétariat est le premier barrage, on a une secrétaire très euh, formée, donc en fait, elle bloque quand même toutes les demandes un peu farfelues voilà (...) ah si, ça m'arrive ouais, quand je vois qu'elle arrive, quand je vois que c'est compliqué, que hop, elle nous les passe, et nous on gère avec les gens, et puis euh, mais quand elle nous les passe finalement souvent, c'est que euh, y a plus de place pour les visites, elle nous les passe en général c'est que, on est obligé d'y aller quoi, voilà... »* (D26). Les secrétaires font un premier tri : consultations, urgences vers le 15 et VAD. Les cas difficiles transitent le plus souvent jusqu'au médecin généraliste, via le secrétariat. Ce travail d'équipe est d'autant plus évident que les médecins peuvent se retrouver en première ligne car le secrétariat n'est pas toujours présent :

MOI : et la secrétaire j'ai vu qu'elle était présente ce matin ?

DOCTEUR 17 : oui y a une secrétaire qui est présente le matin sauf le mercredi

MOI : et sinon c'est vous qui recevez...

DOCTEUR 17 : c'est nous qui répondons au téléphone.

Le secrétariat connaît des différences organisationnelles importantes ce qui a une incidence non négligeable sur l'accueil et le tri des demandes des VAD. Par exemple, certains secrétariats ont les pleins pouvoirs. Docteur 4 a expliqué que lorsque sa secrétaire inscrivait « visite » sur le planning, il ne remettait jamais en question et se rendait au domicile automatiquement. D'un côté, ça lui permet de ne pas avoir à dire « non » au patient, de l'autre, il constate la justification ou non de la VAD une fois rendu sur place. Mais le plus souvent, les médecins interviennent dans les cas les plus difficiles.

La difficulté vient parfois du fait que le patient insiste fortement : *« et puis si ça bloque et si la personne est un peu vindicative ou monte un peu au créneau en disant j'y ai le droit etc. ben là elle me le passe et on discute avec la personne »* (D2).

La difficulté peut aussi venir d'une patiente habituelle en VAD mais qui fait une demande qui sort du cadre fixé par le médecin : *« Puis c'est souvent qu'elle arrive à, finalement faire venir les gens, des fois y a un côté, entre guillemets, un peu facile, de dire il faut qu'il vienne, et puis on arrive à trouver une solution, ou elle nous passe au téléphone et puis nous précisons des fois les choses ; l'autre fois y a une dame qui demandait une visite pour le jour même pour un renouvellement, ça me fout hors de moi j'aime bien que ce soit prévu, parce que c'était un jour où il y avait du boulot, en négociant elle a rappelé et en fait ils avaient encore des médicaments et finalement ils vont venir alors bon ben »* (D23).

La difficulté peut aussi bien entendu venir de la pathologie peu évidente à évaluer : *« je précise toujours le tableau avec eux avant de dire non, ça c'est sûr. J'laisse pas ma secrétaire dire non, la pauvre, elle peut pas savoir... »* (D15). Après, cela est plus ou moins fréquent selon l'expérience du secrétariat, de la marge de manœuvre qui lui est laissée. Un des cabinets de groupe étudié dans notre étude réduit cette marge de manœuvre en proposant via son standard, de joindre directement le médecin dans certains cas : *« Sur le secrétariat quand vous appelez, avant de tomber sur la secrétaire, y a un message qui vous dit « en cas d'urgence vous pouvez taper 1 » pour être en contact avec le médecin, directement. Ca tombe là-dessus, moi j'décroche. Donc euh ils peuvent m'avoir directement. Jeudi dernier j'ai eu une autre visite en urgence, tentative de suicide, le patient m'a appelé directement là-dessus, je comprenais rien de ce qu'il me disait tellement il était paniqué, ça hurlait dans tous les sens, je lui ai demandé de se calmer pour qu'il m'explique où il habitait, mais il m'a eu directement sans passer par le secrétariat. Donc voilà, j'ai la chance d'avoir profité de l'organisation très astucieuse et très intelligente de mes collègues. Voilà, j'en suis conscient »* (D29).

Quand le secrétariat n'a pas demandé l'avis du médecin pour inscrire la VAD dans le planning, il n'est pas rare que le médecin s'arrange pour la transformer en consultation : *« quand j'ai une visite qui me paraît un peu bizarre je dis à la secrétaire de faire venir les gens ici »* (D8). C'est donc un travail d'équipe qui nécessite de s'accorder sur les réponses données aux patients et de s'informer mutuellement : *« elles ont un gros travail de tri et de sélection mais ce qui est bien c'est qu'elles connaissent les gens donc euh et surtout on les tient au courant. Alors elles scannent les courriers donc elles n'ont pas le temps de les lire mais moi j'aime bien leur tenir au courant « Mme Machin qui nous pète un câble » euh « M. Bidule qui est à la maison et qui commence à être encore plus difficile » et comme ça elles sont alertées aussi et ça c'est bien quoi »* (D28). Cela marche en sens inverse où le secrétariat communique des informations données par les patients mais où aussi, elles doivent être à

l'écoute du médecin, de sa pratique : *« elles savent qu'un médecin qui va être plus enclin à aller faire des visites même si c'est pas forcément justifié, y en a d'autres qui le sont moins. Donc par rapport à moi, elles savent que je ne fais pas facilement donc elles mettent bien le barrage mais de temps en temps elles ne s'en sortent pas donc elles m'appellent, elles me disent voilà y a madame Machin ou monsieur Truc qui demande une visite à domicile, j'ai essayé de le faire venir et y a pas moyen, je m'en sors pas, là ça fait deux fois qu'il m'appelle, ils veulent pas venir et du coup ben là je prends la communication et puis je leur demande de venir et puis j'essaye d'insister pour leur expliquer le pourquoi de mon refus de visite à domicile »* (D12).

Constituer une équipe, c'est s'ajuster à ce qui n'est pas toujours évident. Parfois, c'est la formation des secrétaires qui est regrettée : *« on ne choisit pas son personnel »* dit Docteur 4, parfois la limite en est le coût surtout en exercice individuel : *« secrétariat oui, ben pas au début, au début on n'avait très peu d'heures hein. Ca fait j'sais pas, peut-être 10 ans, comme on est à 2, à 2 on peut quand même avoir une secrétaire sinon c'est lourd niveau charges »* (D15) et parfois, l'évaluation de la requête n'est pas la même : *« oui on a 2 secrétaires, voilà, c'est elles qui prennent... les téléphones, parfois on aurait envie de prendre son téléphone pour organiser son planning... Mais bon non (rires) »* (D19). C'est notamment pour éviter ce dernier inconvénient qu'un des praticiens choisit de répondre lui-même et de ne pas avoir de secrétariat : *« je sais pourquoi ils viennent, je peux voir mon planning, les visites c'est pareil, je peux réussir à... y a des fois effectivement comme cette dame là, j'ai dit « et ben écoutez, est-ce que vous pouvez venir ? » à chaque fois que je demande « vous n'avez vraiment pas la possibilité de venir ? » bon ben des fois, ils ont vraiment pas, des fois « oh ben j'vais m'arranger » et puis ils trouvent un moyen de venir hein il suffit juste de poser un peu la question après s'ils me disent non ben j'insiste pas, j'y vais »* (D14).

3) Contexte direct : les médecins, les patients et leurs échanges

Les médecins généralistes : des appréciations différentes

La médecine libérale s'exerce, se vit même, de multiples façons et la VAD fait particulièrement ressortir ces différences de pratiques médicales. D'une pratique plus « sociales » à une pratique « médicale pure », c'est un continuum de pratiques qui se déroule entre ceux qui aiment plutôt la VAD (pratique plus sociale) et ceux qui l'aiment beaucoup moins (pratique médicale pure).

Une appréciation positive pour la VAD liée à une pratique plus « sociale »

Parmi ceux qui apprécient la VAD, certains se voient comme « *des médecins de famille (...) on n'est pas des hospitaliers ou dans des structures, on est des médecins de famille ! Voilà* » (D1). C'est une liberté qui permet de se rendre au domicile pour éviter l'hospitalisation, poursuit Docteur 1. D'autres abondent dans son sens : « *en faisant des visites j'ai l'impression d'entretenir cette notion de médecin de famille quoi euh, alors que, effectivement, les spécialistes ne font jamais de visite, c'est la singularité, je trouve, du médecin généraliste de pouvoir sortir du cabinet, aller voir les gens sur place. Ça c'est, j'aime bien...* » (D25) ou encore : « *j' dirais c'est notre spécificité aussi en médecine générale. Les autres médecins ne vont pas se déplacer hein puis les gens j'crois, c'est pas le même, y a un autre euh... une autre relation, on rentre vraiment dans l'intimité donc euh ils nous font confiance, c'est comme le médecin de famille quoi* » (D21).

Mais tous les médecins ne se vivent pas comme médecin de famille, ce qui n'empêche pas d'apprécier la VAD. Docteur 9, qui regrette la disparition des visites, constate la nouvelle organisation de celles-ci : « *je faisais des rendez-vous sans rendez-vous le matin et des visites après 11h j'en faisais avant d'aller manger puis après j'ai arrêté parce qu'il y avait de moins en moins de visites et puis j'ai mis sur rendez-vous le matin tout le temps quoi ...au moins ça pour les visites les secrétaires le savent quoi oh c'est comme ça on est devenu des bureaucrates. Ce n'est pas plus mal. Vous savez les visites à domicile, la qualité de l'acte, si les gens sont bien logés bien préparés, tranquilles, bien déshabillés, c'est parfait on gagne du temps, c'est ce que disent les infirmières hein elles font du porte à porte...* » (D9).

Pour cette approche, la VAD comporte plusieurs qualités pour le diagnostic. Déjà, le médecin peut s'appuyer sur l'environnement pour mieux soigner le patient. Un long extrait

d'un entretien illustre parfaitement cette position à la fois passionnée et explicative de l'intérêt diagnostique de la VAD :

« oui ben moi j'suis pas médecin généraliste pour ça [pouvoir faire des VAD]... J'aime faire une pause et puis alors si, parce que faire les consultations et se les enfiler comme ça c'est indigeste au bout de 20 min. Donc du coup, le truc c'est que, ce qui est très intéressant aussi en visite, ça je trouve que c'est une chance pour nous, c'est de voir comment vivent les patients parce que quand on les voit à notre cabinet, ils ont une certaine présentation, ils mettent un certain masque de la consultation on va dire et du coup quand on voit après comment ils organisent leurs domiciles, comment c'est fait chez eux et bien du coup, souvent on est étonnamment surpris. Donc en s'disant « ah tiens ceux qui se présentent des fois très carrés, très machin », alors chez eux c'est nickel chrome, on pourrait même manger par terre et puis y en a d'autres ils se présentent et on est surpris à la maison de trouver un bazar pas possible ou de voir des stocks de médicaments qui n'sont pas dans les placards, dans les trucs, enfin. Ca m'arrive souvent de dire « bon alors, bon ben tiens y a une infection, qu'est-ce que vous avez d'avance dans votre pharmacie ? Si vous me permettez avec vous qu'on aille faire un peu le point sur ce que vous avez si on peut éviter de courir à la pharmacie dare-dare, ça peut être intéressant » et c'est vrai que du coup, ça permet aussi d'aider les gens à dire « ah ben tiens, ben cette fois-ci là j'mets ne pas délivrer sur l'ordonnance parce que vous avez vraiment une quantité astronomique » les gens ont toujours peur de manquer, la plupart, donc dans ces cas là je leur dis « regardez, j'compte avec vous ce que vous avez » et j'trouve que c'est intéressant de voir comment, comment ça s'passe au domicile quoi. C'est le seul moment où euh on peut avoir un œil médical (rires) sur leur environnement quoi. Donc je pense à une patiente qui avait une lésion des mains sévères en disant « ah non non, j'utilise pas du tout de détergent gna-gna-gna-gna » et les infirmières qui passaient pour faire les pansements, alors je connaissais cette patiente pour être très très méticuleuse chez elle, j'me disais c'est pas possible, elle fait pas le ménage juste avec de l'eau et du savon de Marseille quoi enfin. Je sais qu'elle utilisait des décapants costauds et les infirmières en allant faire ses pansements ont effectivement validé le fait d'avoir retrouvé des produits hyper corrosifs, des décapants pour le cuivre et tout, qu'elle avait utilisé peu de temps avant, par exemple. Donc maintenant, je sais d'où viennent ces lésions dermatologiques et que c'est pas la peine à aller demander une consulte allergeo et tout. On va les virer un peu les produits, les mettre de côté, là déjà, on y verra plus clair quoi. Donc ça ça peut être une aide au diagnostic aussi, savoir un p'tit peu comment les gens sont chez eux quoi. Mais moi j'suis curieuse même de m'dire « tiens comment ça peut être chez eux ? » (rires) donc voilà on va pas chez tout le monde non plus et voilà. Et la problématique, c'est que même chez les patients chez qui on va habituellement, des fois, j'en ai deux l'une à côté de l'autre, une qui s'occupe de l'autre, elles ne sont pas de la même famille. Elle me fait « mais ma voisine elle n'arrête pas de tousser et tout, j'lui ai dis que j'allais vous en parler mais elle veut pas que vous veniez » « ben j'peux pas me pointer chez elle, faut qu'elle m'appelle quoi », bon ben j'ai dis « vous faite votre messagère dans l'autre sens... et vous dites que si elle n'est pas bien elle sera hospitalisée, quand elle m'appellera il sera trop tard parce que je ne pourrai pas gérer à la maison et puis bah si elle veut que je passe, elle n'a qu'à appeler ma secrétaire et puis on organisera la visite » et du coup, c'était un matin de bonne heure ça, et donc j'y suis allée le jour même l'après-midi parce qu'il y avait une place en visite, effectivement la patiente elle me disait « c'est bizarre j'entends un p'tit bruit qui se promène partout avec

moi » et en fait elle avait une bronchite asthmatique et elle sifflait elle-même en croyant qu'elle promenait quelque chose, c'était bizarre ce bruit qui se baladait avec elle quoi. Je lui ai dit : « vous savez votre voisine est quand même pertinente à prendre soin de vous ». (rires) donc voilà ça c'est aussi intéressant quand les gens se connaissent et permet de dire « ah vous avez vu madame Machin, monsieur Bidule, enfin, ils sont toujours en train d'épier en même temps. Voilà, ils peuvent nous aider aussi ! (rires) » (D28).

Ces médecins connaissent et s'appuient véritablement sur l'environnement du patient, contrairement aux médecins qui ont une approche plus médicale pure. Il y a un intérêt diagnostic et une passion, qui amènent un plaisir certain : *« le besoin de sortir du cabinet aussi, parce que toute une journée à consulter euh... (rires) je trouve ça un peu long moi alors que bon c'est vrai, partir en visite c'est pas désagréable, c'est pour lutter contre la sédentarité aussi (rires) faire un peu de marche, c'est un argument, c'est pas le premier... (rires) » (D25).*

En effet, d'autres éléments entrent en jeu, en particulier la charge de travail : *« ils me demandent rarement ou alors ils posent la question, « est-ce qu'on pourrait avoir une visite ? » euh « est-ce que vous avez le temps ? » c'est ce qui montre si c'est possible ou pas et puis après ben je vois. J'ai quand même pas beaucoup de visites, plus beaucoup de visites, du moins de visites injustifiées quand même. Enfin j'ai pas cette impression. Après mes critères ne sont peut-être pas les mêmes que tous ceux de mes confrères mais... j'te dis moi, j'te dis j'aime bien me promener aussi, me balader, ça change un peu d'être toute la journée au... » (D21).* La charge de travail bloque un peu cet élan vers la VAD mais ce goût pour la VAD peut être fort au point d'en faire un peu plus qu'il ne faudrait : *« J'ai peut-être pas découragé, non plus, les gens à demander des visites à domicile parce que moi j'aime ça... me déplacer, et de voir les gens dans leur contexte, moi je, donc euh, j'ai peut-être, voilà, involontairement aussi, encouragé les gens à continuer à demander des visites à domicile » (D25).*

Un autre des praticiens interrogés avance que ça arrange certains patients de venir car *« parfois les gens préfèrent venir justement pour éviter ça. Ça les arrange bien de venir au cabinet parce que les gens qui sentent mauvais qui sentent le moisi qui sentent la sueur on se demande pourquoi et la maison c'est le même état quoi les vêtements sont entassés dans un placard ça ne respire pas dans les maisons y a des maisons y a plein de travaux si on ne pose pas la question les enfants sont malades parce qu'il y a de la poussière, y a plein de choses comme ça qui étaient vues à domicile. Ça devait aider un petit peu le médecin à comprendre certaines pathologies et certaines personnes je trouve moi j'ai des images de gens je les vois*

je vois leur maison maintenant je les vois plus jamais chez eux sauf si vraiment ça va pas mais je trouvais ça pas mal quoi... » (D9).

Il est clair que la pratique actuelle va vers une diminution du nombre de VAD du fait du contexte général vu précédemment. Une certaine nostalgie existe mais l'avenir n'est pas oublié, car faire des VAD notamment pour les personnes âgées, « *ça coûte moins cher à la société les gens sont mieux chez eux ils ont leurs repères... » (D1).*

Une appréciation négative pour la VAD par les médecins liée à une pratique « médicale pure »

Ceux qui n'aiment pas les visites expliquent cette position par un goût personnel, des raisons médicales, un devoir à accomplir ou encore des charges de travail actuelles laissant peu de place aux VAD. La description de la visite reste dans le folklore et ne rentre pas dans le quotidien des gens comme pour les médecins plus « sociaux » vus précédemment : « *c'est amusant une fois ou deux comme ça. Quand j'étais à UneVille prendre la barque pour faire une visite à domicile, ça vaut le coup quand même (rires) en période de crue, c'est vrai que c'est drôle quoi. Mais autrement pfff !!! J'ai jamais trouvé que ça m'apportait grand-chose les visites à domicile » (D16)* au point que la visite n'a pour ce médecin, aucune spécificité : « *la visite, c'est la visite point. C'est une consultation mais au domicile puis basta » (D16).* Un autre des médecins de l'étude le dit plus crument : « *après de (silence) de savoir comment les gens vivent à domicile et tout ça, j'm'en fous un peu... »* et ne comprend pas vraiment les médecins qui aiment voir l'environnement. A la remarque, « *certains apprécient voir l'environnement »*, il rétorque : « *oui mais bon après ça ils savent bien te le raconter aussi hein » (D27),* donc le négatif gagne largement : « *on est mal installé euh y a tout le monde qui braille autour » (D19).* Les visites à domicile sont donc décrites négativement, n'apportant rien et sont perçues comme une moins bonne médecine plutôt que comme une médecine différente : « *on est pas bien installé, on n'a pas nos instruments, on n'a pas le Vidal, on n'a pas Internet, on n'a rien de tout ça, donc c'est pas de la bonne médecine... » (D18).*

Il manque des outils en VAD, une nouvelle technicité est nécessaire et certains n'apprécient guère : « *j'apprécie pas du tout, justement, pas du tout, du tout [les VAD] (...) parce qu'on est pas bien installé, euh souvent voilà les conditions d'exercice ne sont pas bonnes, elles sont moins bonne qu'en consultation ça c'est clair. C'est pas pratique euh vous sortez vous êtes dans la boue euh (rires) non mais c'est vrai ! Les conditions ne sont pas, sont pas... l'éclairage n'est pas bon, vous êtes installé dans un canapé vous êtes à moitié à 4*

pattes euh voilà, ils vont pas dans la chambre ou dans la chambre vous ne pouvez pas toujours tourner autour du lit, c'est pas accessible quand vous êtes à l'autre bout euh voilà vous êtes gauchère, moi j'suis gauchère, donc euh les gens ne se rendent pas compte, ils ne se mettent pas du bon côté du lit donc vous êtes pas bien à bout de bras pour entendre. Les conditions d'exercice sont moins bonnes à domicile qu'en consultation ! » (D20).

Comme cet exemple de la « boue », la VAD peut faire remonter des souvenirs difficiles plutôt que des moments de plaisirs : *« J'ai dû voir une fois en garde un gamin au fond du lit avec un p'tit bout de lumière et tout ça euh alors j'sais pas si c'est pour ça que j'ai loupé le diagnostic d'appendicite, j'l'aurais loupé de toute façon mais j pense que quand même s'il avait été au cabinet, j'aurais peut-être mieux vu quoi. Peut-être qu'il faisait un peu la grimace quand j'appuyais sur son ventre. C'est tout bête mais euh juste voilà » (D30).*

Techniquement, émotionnellement, la VAD est ici dépréciée par rapport à la consultation au cabinet. C'est pourquoi ces praticiens essaient de la limiter dans leur planning chargé : *« on n'a pas le temps d'aller. Les visites, c'est pas du tout moi j'en cherche pas... si je pouvais ne pas en avoir du tout moi j'serais content hein ça prend du temps » (D18).* La VAD est un devoir *« La visite j'la fais parce que bon on est obligé d'en faire quand même hein c'est difficile de ne pas en faire, ne serait-ce que pour le suivi des patients qu'on suit, on ne peut quand même pas les abandonner mais pour moi c'est pas un mode d'exercice satisfaisant » (D27).* Un des médecins la ressent comme un « service », ce qui ne lui convient pas : *« Les gens, c'est différent, c'est nous qui allons vers eux donc c'est très différent voilà, c'est la raison pour laquelle... » (D18)* il n'aime pas cette pratique. C'est la symbolique inverse de la consultation où le patient vient chercher de l'aide, là, avec la VAD, le patient attend un service. Pour les médecins à la pratique plus sociale, ce service est une plus-value à la prise en charge en consultation et n'a rien de problématique.

Deux conceptions de la médecine cohabitent sans véritablement se confronter du fait d'un règlement souple et d'une certaine convergence vers une réduction du nombre de VAD. Les praticiens à la tendance plus médicale pure pensent comme Docteur 18 : *« j'aime mieux m'en débarrasser parce que ça me casse les pieds. C'est personnel hein. Peut-être que de ne pas être dans son milieu de travail c'est pas sécurisant, j'en sais rien ».* Cela a une influence sur le nombre de VAD effectuées : *« très vite j'ai fait peu de visites parce que j'appréciais pas trop » (D20).*

Entre le « social » et « le médical pur », des médecins en position intermédiaire

Les deux groupes décrits ci-dessus sont surtout des schémas d'analyses pour bien faire ressortir les différences. Entre ces extrêmes, existent des positions plus neutres face à la VAD.

Dans bon nombre d'entretiens toutefois, les visites apparaissent comme chronophages, « *c'est chronophage ça c'est sûr* » (D6) ou encore, en off : « *c'est chronophage et pour rien !!* » (D15). Le contexte actuel avec une charge de travail importante forge l'avis au sujet de la VAD. Parfois le pli est cependant pris auparavant, comme pour ce médecin : « *moi j'avais l'habitude de commencer en faisant beaucoup de visites, donc ça me gêne pas plus que ça, mais ça vient bousculer dans une journée quoi, ça dépend comment on peut les mettre* » et il poursuit plus loin au sujet de son goût pour la VAD : « *j'aime pas, mais on va dire que j'ai l'habitude, c'est tout, je crois... c'est pas un plaisir, mais c'est l'habitude... (...)* mais voilà si on veut soigner ses patients, quand ils sont en maison de retraite ou même chez eux... » (D24). Ce médecin généraliste, pourtant pas très âgé, se serait facilement adapté à la période précédente où les VAD étaient beaucoup plus fréquentes.

La VAD est vue comme intéressante, dans une certaine mesure : « *j'apprécie ? Ca me gêne pas, je n'ai pas envie d'y aller mais comme j'y suis... j'y suis... je veux dire, c'est vraiment euh, boh ça change* » (D26) ou encore, dans un autre registre : « *on est tellement tendu au niveau temps, que la visite devient un inconvénient alors que ça pourrait être un plaisir parce que c'est vrai qu'aller voir les gens chez eux y a des fois c'est pas désagréable hein* » (D16). Docteur 10 se place au milieu en remarquant que certains confrères en font peut-être trop et d'autres pas assez sur l'analyse de l'environnement : « *si on parle avec les gens et qu'on prend le temps de parler avec les gens on se rend bien compte aussi de leur environnement. Y en a ils voient leur environnement mais je ne sais pas s'ils parlent avec la famille ou quoi que ce soit des problèmes qu'il y a quoi donc pfff...* ». Mais presque contradictoirement, elle affirme aussi : « *C'est bon hein j'ai vu où elle vivait. Vous voyez j'y suis allée une fois, deux fois, c'est bon hein l'environnement on voit vite mais euh voilà c'est une dame j'y vais pas tous les 4 matins* » (D10).

Quelques-fois, la VAD redevient positive comme un service apprécié des patients (Docteur 22). Simplement, il faut se raisonner en ne faisant pas de visites injustifiées (Docteur 17) et en assurant les visites dans le cadre d'une continuité des soins (Docteur 6), les personnes âgées « *après on verra, peut-être il y aura des HAD [Hospitalisation A Domicile] on fera des, des trucs à distance, tout ça on verra quoi, mais, voilà* » (D23). Cette dernière résume en terme quantitatif cette approche intermédiaire : « *donc en fait, par rapport à... ça*

correspond à peu près à ce que je voulais, y en a pas trop, y en a un petit peu quand même » (D23).

Les médecins généralistes : des différences de plusieurs ordres

Des différences de genres et de générations

Les différences sociales viennent peu à l'esprit des médecins interrogés mais quelques-unes d'entre elles sont ébauchées. Le critère de l'âge est le premier cité et explique selon nombre de médecins, la différence dans la pratique de la VAD *« je pense que les jeunes installés et les jeunes médecins sont beaucoup plus organisés qu'on ne pouvait l'être nous ! » (D19).* C'est parfois perçu en bien, d'autres fois, c'est regrettable : *« pas de jeune médecin dans ceux qui venaient en maison de retraite parce que, entre guillemets, ils disaient non... mais pas intéressé non plus, est-ce que c'est dire non parce que c'est justifié, qu'on est formé etc. et qu'ils sont plus rigoureux que nous, ou tout simplement ils veulent pas sortir du cabinet pour certains, je pense qu'il y en a certains qui ne veulent pas sortir du cabinet » (D24).* Docteur 5 pense aussi que l'ancienne génération a été moins habituée à dire non aux visites par rapport à la nouvelle génération. Des jeunes confirment : *« et c'est vrai que j'ai fait partie de la génération des jeunes médecins qui évitent au maximum les visites » (D29).*

Mais finalement, le fossé est-il si grand ? Déjà, la comparaison se fait avec des jeunes médecins qui sont encore dans un idéal et n'ont pas encore connu une évolution de leur pratique, sans compter que leur patientèle jeune ne les confronte pas aux mêmes choix que leurs collègues plus âgés aux patientèles elles-aussi plus âgées. C'est pourquoi, certains praticiens raisonnent moins en terme de génération mais plutôt en terme d'expérience : *« je pense qu'on dit plus facilement non avec l'expérience un petit peu » (D6)* et relativisent l'effet générationnel : *« Mais c'est rigolo parce que là moi ça fait maintenant 7 ans que je suis installé donc j'ai vu comment fonctionnaient les anciens moi j'ai l'impression d'avoir déjà mis un petit peu plus de limites et je vois effectivement des plus jeunes que moi s'installer et qui en mettent encore plus au départ et puis petit à petit tu vois leurs limites qui tombent ça c'est rigolo ça. Effectivement tu sens qu'ils mettent les barrières « moi de toute façon, moi ce sera comme-ci, ce sera comme-ça » et puis tu vois « ah ben tiens, toi tu fais ça maintenant ? » oui c'est rigolo » (D12).* Ce court dialogue l'illustre aussi :

DOCTEUR 26 : oui...voilà j'ai remplacé des médecins qui me disaient : « tu verras telle dame en visite, elle habite à 30 km, j'ai jamais voulu lâcher, je l'ai toujours connue et puis voilà...

MOI : un peu comme votre collègue à côté ?

DOCTEUR 26 : Je sais elle est très paternaliste...

MOI : la jeune génération à moins cette attitude...

DOCTEUR 26 : ça dépend !

La différence de pratique due à une influence du genre n'est apparue que chez deux femmes médecins. Leur statut de femme, et plus particulièrement de mère, a eu diverses conséquences. La première affirme que cela a influencé son choix de faire ou non des gardes ou plutôt, comment elle y participe : *« c'est comme ça que j'ai choisi la régulation, parce que j'avais des enfants qui étaient... en 2000, au tout début de la régulation, qu'à Angers, ouais on régulait pas tous les départements ! Et on sait quand on commence et on sait qu'on finit et ça c'est un grand confort »* (D19) et au quotidien, il faut aussi encadrer les visites à domicile au risque de déborder de son planning : *« moi j'l'ai vu au sein du cabinet c'est-à-dire que nous, quand on est installée avec des jeunes enfants qu'on veut voir évoluer, euh voilà on va toujours être avec les mêmes contraintes de femmes, les femmes elles doivent avoir un carnet de rendez-vous euh il faut être très organisée, un homme il doit pouvoir rajouter des rendez-vous voilà c'est... enfin nous au cabinet c'est comme ça hein alors que nous voilà, si on a un impératif à telle heure, aller chercher les enfants, récupérer des machins euh il faut bien qu'on structure notre journée »* (D19).

Plus originale, une médecin généraliste rapporte que sa grossesse a servi d'argument pour éviter les VAD et éduquer les patients sur le long terme : *« et puis le fait d'être une femme, ça a joué, forcément. Ça a joué dans ma pratique, le fait d'avoir eu des grossesses en exerçant, ça a forcément joué dans l'argument de dire bon ben euh j'peux pas me déplacer euh voilà « j'attends un bébé ou »... les gens ça les a un peu obligés à venir et après j'ai gardé le rythme, ça a permis de bien réduire »* (D20). C'est un événement fondateur qui permet la venue d'un nouveau cadre médecin-patient.

Evolution de la pratique et cheminement professionnel

La pratique varie en cours de carrière et n'est pas sans lien avec la pratique de la VAD. La découverte de la VAD commence en stage. Docteur 11, qui vient de dire que la visite n'est

pas attractive pour ses collègues du fait d'une faible rémunération, note : *« oh oui oui oui ce qui me fait rire c'est que, les stagiaires externes qu'on prend, ils aiment bien faire les visites, ils aiment bien aller au domicile des gens donc c'est drôle... »* (D11).

En effet, la rémunération est un critère influençant le fait de faire ou non la VAD qui devient plus présent une fois installé. Mais il est tout aussi pertinent d'y voir un décalage entre la représentation que se font les étudiants de la VAD et la réalité, tout comme il convient de rappeler que la charge de travail importante explique aussi que la VAD passe en second plan. Le stagiaire, qu'il soit en stage du praticien ou en SASPAS (Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), est donc confronté à la réalité ce qui contribue à forger ou non le goût pour la VAD et peut-être plus profondément, pour la médecine générale, comme nous le rapporte Docteur 23 : *« en fait, moi ce que j'ai fait, c'est que mon dernier stage, j'étais chez un praticien, j'étais chez un médecin, alors ça ne se passait pas comme maintenant, si tu veux, nous on était complètement dépendant... à regarder, et j'étais chez le même maître de stage et après je l'ai suivi en visite, il allait en visite tous les matins, donc en fait ça m'a imprégnée. En fait ça correspondait à l'idée que j'avais du médecin généraliste. Bon, j'ai vu ça, mais après je me rendais compte, en remplacement qu'il y avait des gens qui étaient très abusifs et à la limite, je ne comprenais pas vraiment, enfin, pourquoi les gens ne venaient pas au cabinet »*. La perte de la naïveté n'est pas forcément synonyme d'un désintérêt pour la pratique de la VAD.

La relation entre le maître de stage et le SASPAS est plus asymétrique que la relation remplaçant-remplacé par exemple. Dans notre étude, six médecins sur les trente étaient maîtres de stages. Les étudiants en SASPAS servent en quelque sorte de roue de secours pour alléger le planning. Seule Docteur 16 a décrit sa manière de faire avec le SASPAS : *« comme j'ai un SASPAS j'en profite pour faire les visites chroniques comme ça j'ai plus de temps, plus de... et ça me libère le midi, moi pour que je puisse profiter aussi d'une tranquillité, donc ça c'est intéressant ce côté-là parce que... »*. (D16) et tout le monde s'y retrouve, semble-t-il : *« on est pressé, on est pressé, on est complètement dans un carcan, en plus ils [les patients] n'apprécient pas parce qu'on fait ça très vite et donc ils n'ont pas le temps de poser leurs questions enfin c'est pas agréable, c'est pas agréable du tout donc c'est pour ça que là, depuis qu'il y a le SASPAS, franchement j'apprécie beaucoup (rires) alors je sais bien qu'on n'a pas le droit de travailler avec mais en même temps, c'est une manière de libérer pour qu'on ait plus de temps ensemble avec l'interne, moi je trouve que c'est pas mal de ce côté-là »*. Quand on lui fait remarquer qu'elle n'est pas la seule à faire ça, elle répond : *« j'm'en doute, j'm'en doute, on fait tous pareil parce qu'on veut en profiter, on ne va pas rester 24h à*

attendre comme ça donc il faut faire soit les papiers, soit les machins donc ben voilà (...) c'est pas lui enlever son boulot, moi j'estime que c'est pas... si je refaisais, euh recevoir des gens ici, j'essaye d'éviter de prendre des gens ici alors qu'elle est là quoi sauf si vraiment je sens que ça déborde là par contre là je reviens. Autrement, sinon, non. Et y a des gens, des patients, qui ne comprennent pas (rires) quand vous êtes là (...) je trouve que ça, c'est bien et ça nous donne justement le temps le midi et tout... et puis même de temps en temps, ça m'arrive de lui faire faire une visite comme ça quoi histoire de voir hein parce que c'est important qu'ils en fassent. Et dans des bonnes conditions, dans des bonnes conditions ». Ce n'est qu'un témoignage, corroboré par des observations informelles de la pratique. L'apprentissage de la VAD paraît se faire sur le tas pourtant il existe des réflexions pédagogiques afin de préparer le SASPAS aux remplacements et à sa future carrière.

Le remplaçant, lui, poursuit sa découverte de la pratique de la VAD et peut être amené à faire profil bas en suivant l'organisation du médecin remplacé : *« Evidemment quand t'es remplaçant t'as un petit peu moins de poids et c'est toujours plus difficile de refuser une visite quand t'es remplaçant moi je... parce que l'argument choc c'est que « mon médecin il se déplaçait pour ça » » (D2).* Le patient a plus de chance d'emporter la négociation même quand ce n'est pas justifié aux yeux du médecin remplaçant : *« Quand j'ai remplacé certains médecins qui faisaient 8 visites à domicile franchement c'était des visites d'abus franchement, y en a qui étaient indéplaçables c'est sûr mais sur 10 y en avait bien 5 qui étaient déplaçables » (D10).* Au passage, on retrouve encore là l'idée que plus un médecin fait des visites à domicile, plus il fait de visites injustifiées.

Le plus grand nombre de visites est quasiment toujours expliqué par une différence générationnelle : *« à faire beaucoup de remplacements on s'aperçoit que plus on remplace des médecins jeunes plus ils, enfin moins ils font de visites en général et plus ils suivent de personnes âgées au cabinet euh moi ça m'est arrivé de remplacer des médecins plus âgés qui voient en visite mensuellement des patients pour lesquels un suivi trimestriel pourrait suffire euh... ou pour certains qui pourraient venir en consultation au cabinet » (D17).*

Le remplaçant est souvent tenté de diminuer les VAD mais se retrouve avec une difficulté liée au déficit d'interconnaissance qui en augmente le nombre : *« qu'est-ce qui me fait bouger d'autres, quelques contextes, mais ça c'est plus subjectif quoi... le contexte quoi social c'est rare c'est plutôt à apprécier quand on est installé et qu'on connaît ses patients que quand on est remplaçant on n'a pas ça... » (D2).* Le statut de remplaçant crée une incertitude pour aller ou pas en VAD, notamment quand la VAD n'est pas d'ordre médical pur.

Un apprentissage, des patients moins bien connus et une différence générationnelle, les médecins remplacés en ont conscience en particulier lorsque les médecins remplaçants résistent : *« les jeunes ils sont plus dans le refus euh voilà mais parce qu'ils sont un petit peu formés à ça dans leurs études nous on n'était pas formé à ça c'est vrai que nous on voit des remplaçants qui nous disent non à notre façon de fonctionner aussi ! Nous on voit une consultation à tel moment il nous dit ben non moi j'peux pas là voilà nous on les trouve très culottés on leur dit pas... mais on les trouve très culottés euh moi j'ai des patients j'ai un remplaçant qui est venu y a pas très longtemps ma secrétaire avait mis une visite de renouvellement à TelleVille une dame âgée hein (...) donc ce médecin remplaçant a dit mais TelleVille c'est pas possible c'est trop loin on va remettre la visite à jeudi prochain et ma secrétaire elle a tenu bon... elle a dit ben non c'est pas possible jeudi prochain Docteur 6 a suffisamment de travail jeudi quand il revient il faut faire la visite aujourd'hui on peut pas repousser. Donc elle a tenu bon, il a fait la visite ceci dit j'y suis retournée 4 jours après... (D6) ».*

C'est d'autant plus vrai qu'actuellement, les remplaçants proposent leurs services dans un contexte de pénurie et peuvent donc un peu plus imposer leurs visions. La relation remplacé-remplaçant se répercute sur les VAD. Certains remplacés laissent faire : *« peut-être quand c'est ma remplaçante elle doit s'arranger pour ne pas en faire... » (D8)* mais la plupart sont au courant de ce qui se fait, ou non : *« ah oui, oui, moi c'est clair, moi j'prends un remplaçant, les visites euh... c'est au compte goutte hein... (rires) ça c'est vraiment au compte-goutte et puis j'ai mon remplaçant... c'est, ouais, il aime pas trop hein ah alors est-ce que c'est parce que il ne connaît pas la région, le coin, ouais j'pense que c'est plus culturel, dans les études peut-être hein ils n'inculquent pas trop la notion de visite... hein ? oui oui oui, c'est une modification des habitudes ouais... » (D21)*, parfois les incidences sont importantes, Docteur 4 nous confie qu'il risque fort de perdre un patient qu'il soigne depuis 20 ans et qui est aujourd'hui éloigné du cabinet car son successeur n'accordera pas ce « privilège » de la VAD éloignée.

L'antagonisme n'est pas toujours aussi fort entre le remplaçant et le remplacé, notamment lorsque le remplaçant se fait régulier : *« Elle connaît mon remplaçant parce que c'est Untel, donc tout le monde le connaît donc ça ça facilite vachement la tâche et puis j'ai fait toujours les transmissions à chaque fois quand j'suis en vacances avec une feuille... » (D28)*. Un travail d'équipe se met en place.

Le médecin remplacé apprend parfois à partir de la pratique de ses remplaçants, au point qu'il questionne sa propre pratique : *« mes remplaçantes, elles mettent trois mois, je me*

suis dit tiens, bon bon ben alors, ils fonctionnent comme ça » (D22) c'est ainsi l'occasion de changer de rythme pris par habitude, sans y réfléchir. Docteur 22 se met à la place des remplaçants et imagine que ce n'est pas évident d'être remplaçant du fait des changements de lieux d'exercices répétés et de la méconnaissance relative de la patientèle. Les remplaçants prennent de l'assurance, testent les lieux et s'installent un jour.

L'installation va faire connaître une période de prises de marques pour le praticien, période qui dure plus ou moins longtemps. Plusieurs cas de figures sont possibles et dépendent du prédécesseur et du successeur :

- Soit tous les deux ont quantitativement la même pratique de la VAD.
- Soit il y a une différence quantitative.
- Soit il y a des différences qualitatives.

Une pratique de la VAD identique permet de ne pas rompre le lien avec les patients. Une quantité importante semblait naturelle auparavant, comme nous le raconte ce médecin quinquagénaire : *« alors que moi d'emblée, quand je me suis installé, alors c'est peut-être parce que j'ai remplacé un médecin qui faisait beaucoup de visites alors ça me semblait évident de faire des visites à domicile, ça l'est peut-être moins maintenant quoi ! » (D25).* Aujourd'hui, conserver un fort rythme de VAD est plus problématique mais un réajustement lissé sur plusieurs années est possible : *« oui alors, en fait la particularité c'est que le Docteur Untel que j'ai remplacé, lui il avait déjà des patients assez avancés en âge et du coup (...) Mais j'dirais j'allais quand même, là j'ai l'impression que ça se finit un p'tit peu parce qu'effectivement mes patients, ça y est, ceux qui étaient avec Untel ils sont arrivés dans un grand âge donc ils sont arrivés à l'âge de la maison de retraite et puis j'ai moins de personnes âgées donc j'ai aussi beaucoup d'enfants, beaucoup de femmes enceintes, j'fais pas mal de gynéco donc du coup ça a permis de renouveler aussi la patientèle et d'avoir peut-être moins de visites qu'au départ quoi. Ouais ouais, ça c'est vrai. Donc c'est tant mieux (rires) » (D28).*

Par contre, dans le cas d'une diminution brutale entre le prédécesseur et le successeur, les patients peuvent aller au clash, voire changer de médecin : *« ben oui parce qu'en fait, tu sens bien que quand t'as un patient qui a pris l'habitude de voir à domicile, lui faire changer ses habitudes, c'est compliqué. Moi j'ai pas racheté de clientèle, j'ai créé une clientèle et du coup c'est beaucoup plus facile parce que Untel qui est en bas et qui a racheté la clientèle du docteur Untel2 et ben du coup il a ramé énormément au début pour faire venir les gens au cabinet. Il en a perdu pleins que nous on a récupéré après, mais à cause de ça quoi. Parce*

qu'il refusait de voir tout le monde à domicile, effectivement il avait raison, c'était pas justifié mais ben voilà, ça a pas mal rué dans les brancards quoi » (D12).

Cet ajustement est aussi de mise lorsque les VAD sont peu nombreuses, car les différences qualitatives comptent : *« alors j'en ai pas trop, parce que j'ai, le médecin qui était avant moi, n'en avait pas trop et j'ai gardé... » (D26).* Mais même si le prédécesseur faisait peu de VAD, il reste un ajustement à faire : *« ils sont un peu habitués à leur ancien médecin, c'est un peu dur au début il faut pas être complètement psychorigide » (D26).* Le qualitatif a donc une part importante : *« ben là comme j'avais repris une patientèle d'un médecin plus âgé, il avait aussi les gens qu'il avait toujours eu l'habitude de voir à domicile et y en avaient certains c'était peut-être pas forcément justifié mais voilà l'habitude était prise et c'est vrai que c'est très difficile de changer les habitudes et donc voilà le médecin venait toujours les voir, je ne sais pas, c'était une fois tous les mois ou une fois tous les 2 mois et ben voilà c'est resté comme ça (...) je ne sais pas pourquoi au départ ça avait été instauré la visite à domicile mais enfin c'était toujours des personnes d'un certain âge hein » (D13).*

Pour augmenter leur chance d'avoir une patientèle jeune, certains nouveaux installés n'hésitent pas à créer leur patientèle : *« le fait que ce soit en création donc je n'ai pas repris de clientèle et notamment je n'ai pas repris de personnes âgées hein j'ai vraiment... voilà j'ai créé donc les gens plus âgés qui sont venus bon ben évidemment elles vieillissent et puis là je serai amenée à me déplacer mais dès le début c'est une patientèle jeune donc euh... et non depuis 7 ans c'est toujours pareil je fais pas plus de visites » (D14).* Docteur 15 confirme : *« c'était des jeunes parce que quand j'ai démarré, j'avais pas de patients, 0, donc pas de patients âgés, c'était une patientèle qui était jeune ou qui était autour de mon cabinet donc j'avais pas trop de visites au début, on a des visites quand on a une patientèle » (D15).* Cela peut paraître totalement logique de dire qu'on a des visites quand on a une patientèle mais il faut souligner le suivi que cela entraîne et donc les incidences sur les VAD. En fait, il existe différents types de patients qui n'amènent pas les médecins généralistes aux mêmes décisions.

Les patients vus par les médecins généralistes

Il ne s'agit pas dans cette partie d'examiner objectivement les types de patients, leurs contraintes ou moyens, mais au contraire d'analyser les représentations des médecins généralistes à leurs propos. Le patient n'est pas qu'un individu qui voudrait systématiquement être vu à domicile. Les médecins en ont bien conscience et, pour faire leur choix, s'appuient sur des critères comme leur mobilité, leur âge ou leur pathologie.

Evaluation de la mobilité : critères d'appréciation

« *La seule raison pour laquelle je fais des visites à domicile c'est pour l'incapacité des gens de se déplacer. Y a pas d'autres raisons* » (D18). Le problème paraît clair et pourtant il ne fait que simplifier une situation complexe. Si c'est le moyen de transport qui pose souci, certains médecins généralistes font preuve d'empathie dans leurs remarques : « *je trouve que déjà s'ils demandent la visite c'est qu'ils ne peuvent pas trop bouger de chez eux* » (D13) ou encore : « *après vous avez des patients qui ne sont pas bien équipés au niveau déplacement donc c'est vrai que parfois prendre le bus, le tram pour venir au cabinet...* » (D6).

D'autres ne tiennent pas le même discours et pensent qu'il y a forcément une solution à un problème de transport : « *les gens ont des moyens de déplacement, quand même, faut pas...* » (D22), pour eux il existe toujours une solution simple : « *oui c'est ça, les gens sont plus facilement... c'est vrai qu'on était parti de je sais pas moi, si les années 50 y avait pas de voiture et tout ça donc forcément le médecin il passait. Après maintenant tout le monde a une voiture, la voisine qui peut emmener, là c'est le taxi qui coûte je sais pas 2 E, les gens peuvent se déplacer y a aucun...* » (D30).

Cette manière de voir amène à penser qu'il faut que tous les patients puissent venir en identifiant les différents blocages : « *Il y a des gens qui n'ont pas de voiture et peut-être des difficultés à solliciter le covoiturage car vous savez dans les villages depuis que les médecins se sont regroupés s'est développé le système de covoiturage qui marche pas mal donc ouais j pense qu'il y a des gens qui ont peut-être pas envie de demander aux voisins de les amener ou alors qui ne veulent pas demander à leurs enfants aussi ? Ils ne veulent pas embêter leurs enfants alors ils demandent rien* » (D8) et si l'organisation ne suffit pas, la solidarité fait le reste : « *après il peut y avoir dans le coin des gens qui peuvent pas se déplacer, qu'ont personne avec eux, ça c'est, ça c'est, mais c'est rare, parce que je trouve que les gens entre famille ou ils trouvent souvent des, moi je suis souvent surprise de voir un peu les gens la, la solidarité car ils arrivent toujours à trouver quelqu'un, une voisine, quelqu'un de la famille* ». (D23) mais tout ceci a des limites face aux habitudes des patients : « *Y a beaucoup de gens qui viennent hein donc voilà qui avant seraient pas venus, ils prennent parfois un taxi, ça arrive parfois. Une voisine, un système d'aide pour venir mais ça pour moi c'est pas une raison, s'ils peuvent le faire, il faut le faire hein y a pas de raison que ce soit moi qui paye ou la sécu qui paye le transport que les gens refusent de payer quoi. Non moi c'est quand les gens physiquement ne peuvent pas, ils sont vraiment âgés, etc. euh j pense que les gens vieillissent mais ils vieillissent de mieux en mieux donc ils peuvent bouger de plus en plus*

longtemps et les personnes qui sont dépendantes sont en institution ou autres et là il faudra continuer à les voir à domicile parce que ça on n'a pas le choix... » (D18).

Les raisons autres que médicales ne semblent pas pertinentes et seules les pathologies comptent. Pourtant, l'aspect social peut apparaître pour justifier de venir au cabinet : *« Et nous, on a des patients avec des scléroses en plaques en fauteuil électrique qui viennent au cabinet et à qui ça ne pose pas de problème donc je pense qu'il y a aussi une part d'éducation de la patientèle par le médecin par rapport aux visites euh et je pense que socialement pour ces patient-là, notamment ces patients jeunes, c'est important aussi de se déplacer au cabinet médical pour la consultation parce que ça ne les confine pas chez eux donc ça leur donne leur existence sociale de se déplacer euh voilà de venir chez le médecin, d'aller à la Poste, d'aller faire quelques courses, enfin voilà c'est... et j pense que c'est pas forcément leur rendre service que d'aller systématiquement voir à domicile » (D17).* Cela peut aussi servir d'argumentaire pour l'ensemble des patients, en expliquant que les personnes handicapées viennent malgré tout au cabinet.

Finalement, les pratiques plus sociales et plus médicales pures jouent dans les représentations des médecins généralistes. Pour ceux qui ont une pratique médicale pure, seule la pathologie ou les difficultés de déplacement importent, pas le contexte : *« Alors moi j pousse même jusqu'à la maison de retraite où qu'il y a des gens qui sont valides, on a une p'tite patiente de la maison de retraite qui fait des tours en déambulateur dans le village. Pourquoi il faudrait la voir en maison de retraite ? Alors quand les gens ont vraiment un souci de mobilité, tout ça, là d'accord mais y a des gens qui pourraient venir, y a des gens qui pourraient euh p't-être qu'ils n'ont pas de moyens de locomotion parce que eux ne conduisent pas mais pourquoi pas... on a un p'tit système dans le village de taxi, entre guillemets, euh où ça doit être les ambulances taxis qui font ça qui transportent les gens. Il doit y avoir une petite participation financée par euh, je sais pas, la communauté de commune, euh la collectivité locale donc les gens ne payent pas très très cher et donc du coup ils peuvent aller chez le médecin faire des p'tits trajets comme ça quoi, de village à village. Ça permet comme ça à des gens de venir voire même euh ben quand ils ont pas de voiture, de... on a tellement, j'sais pas on a tellement de patients et des journées tellement pleines que une demie heure pour aller d'un endroit à un autre » (D30).* En résumé, *« ce serait bien que ce soit en voie de disparition et puis qu'on développe des systèmes d'ambulance, euh de tickets de transport pour amener les gens, ce serait mieux » (D30).*

L'âge des patients : critère incitatif mais pas toujours

Les patientèles vieillissent en même temps que le médecin ce qui a pour conséquence une augmentation du nombre de VAD car ce sont les personnes âgées qui bénéficient le plus des VAD du fait de leur pathologie et leur isolement plus fréquent. *« j'ai une patientèle de gens très âgés et de gens en institution donc euh voilà et puis et puis y a aussi une sélection naturelle qui fait que ces gens âgés meurent donc ça fait moins de visites »* (D7), en effet, quelques-fois un certain turn-over fait évoluer les pratiques mais pas forcément dans le même sens comme nous raconte très explicitement Docteur 26 : *« voilà, parce que je sais qu'il a une patientèle âgée, donc je récupère aussi une patientèle âgée, et je sais que je vais être amenée à en faire plus dans l'avenir parce que les gens vieillissent et j'en vois qui viennent en consultation, je les vois, il y en a un qui est tombé, un autre qui à peine, a beaucoup de mal à marcher pour le coup je leur propose, après pour le prochain renouvellement de passer sur la visite et d'arrêter la consultation »*.

L'empathie est fréquente pour ce type de patientèle ce qui ne veut pas dire que tout est accepté non plus : *« après l'âge c'est pas forcément un critère, nous, on a là 2 ou 3 patients qui ont entre 90 et 95 ans qui sont en forme et qui viennent voilà, qui viennent en consultation soit seuls, soit accompagnés, de leur fils, de leur fille, de... voilà après effectivement y en a d'autres qui sont plus jeunes mais qui physiologiquement vont moins bien et du coup qu'on voit à domicile donc euh donc c'est vrai que l'âge est un critère important mais ça ne doit pas être un critère exclusif »* (D17).

Au contraire, pour les *« jeunes il y a toujours quelqu'un qui les met dans la voiture et qui les emmène »* (D10) ainsi le médecin sait a priori qu'il a plus de chance de faire venir au cabinet, un patient jeune qui a pris un rendez-vous à domicile : *« Toute personne jeune qui prend une visite, systématiquement je la rappelle et en général on arrive quasiment tous à les faire venir même si avec l'infirmière y a une réticence qui veut être en visite quand on les rappelle ils viennent, le dernier, c'était ça je l'ai rappelé bon ben voilà »* (D7).

Toutefois, avoir une patientèle âgée peut être vu comme chronophage : *« bah ça devient trop chronophage quoi, c'est ingérable »* (D16)

Les nouveaux patients

Face aux nouveaux patients, les médecins généralistes posent vite leur cadre, notamment face aux requêtes exagérées en VAD : *« j'accepte des nouveaux patients le jour*

où ils sont pas trop exigeants et je me donne le droit de cesser de les voir s'ils sont trop exigeants... » (D8). Docteur 17 nous raconte comment cela se passe concrètement : « *Ca arrive parfois avec les nouveaux patients quand ils arrivent, me demandent « est-ce que vous faites des visites ? » euh je réponds que ça arrive mais que quand c'est vraiment nécessaire. Voilà donc euh voilà je ne vais pas dire « non je ne fais pas de visite » mais effectivement on ne peut pas aller voir tout le monde en visite, on ne va pas s'en sortir (rires) »* (D17) tandis que le patient jauge la réponse pour, lui aussi, sélectionner son médecin : « *les gens posent la question au départ, en demandant si on fait des visites. (...) Y en a qui posent la question de savoir si vraiment ils étaient mal, est-ce que je viendrais les voir à la maison. C'est quand même une question qui est posée en général quand on prend le premier contact ils posent la question, de savoir comment on travaille et si on fait des visites à domicile »* (D13).

Ce médecin parle aussi des patients qu'il reprend directement en VAD : « *Y en a que j'ai commencé à voir directement au domicile parce que c'était des gens déjà en perte d'autonomie donc là euh pas bien, c'était la suite logique, j'ai repris les visites »* (D13). Cette posture d'accueil, déjà circonstanciée, n'est pas systématique chez ses confrères : « *et ben là on va être sélectif de toute façon c'est euh les gens qui demandent ils vont se déplacer autrement ils trouveront quelqu'un d'autre. C'est bête et méchant mais (silence) ouais »* (D30). Un des arguments avancé pour refuser des patients en VAD est que le patient peut voir ailleurs pour répondre à son besoin : « *hum je me rappelle pas avoir... ou alors des gens qui ne sont pas du cabinet, qu'ils ne sont pas au cabinet, ils m'appellent euh sauf si c'est envoyé par un collègue ou ça mais... c'est plus ma secrétaire du coup qui dit non dans ces cas-là, face à des nouveaux patients. Parce qu'on est sur Angers qu'on sait qu'il y a d'autres médecins qui peuvent assurer l'urgence. C'est pas du tout pareil, c'est pas comme en campagne, y a des médecins ici sur Angers, on n'est pas seul hein ?... on est nombreux sur Angers et du coup s'ils sont loin, on les réoriente »* (D15), l'autre argument avance un manque de temps, le plus souvent, anticipé, pour éviter d'être débordé : « *là pour l'instant MacollèguedeCabinet ne prend pas de nouveaux patients en visites par exemple parce qu'elle sait que dans quelques années y a beaucoup des patients qui vont basculer dans un âge un peu plus avancé et où du coup y aura besoin de visites »* (D28).

L'adressage entre collègues outrepasse cette sélection : « *la prise en charge de nouveaux patients, de nouveaux patients arrivants qui demandent tout de suite une visite parce qu'ils ne peuvent pas se permettre autrement, heummm, alors si c'est adressé par un médecin du coin que je connais, un collègue.... je refuse pas, par-contre quand euh euh, comme je viens d'arriver, c'est pas parce que je viens d'arriver que je dois tout récupérer*

quoi » (D26) ou alors le lien relationnel joue : « J'essaie de ne plus prendre de nouveaux patients en visite mais c'est le père d'un de mes patients donc regroupement familial » (D7) ou pour finir, c'est la pathologie qui est particulière : « Non, on n'aime pas les visites mais il faut en faire hein moi j'ai des patients qui sont... ça peut très bien m'arriver... j'ai géré un nouveau patient y a pas longtemps qui est un monsieur qui a eu une greffe de foie, une greffe de rein, une greffe de cœur, il est dans l'incapacité de se déplacer bien sûr je vais le voir hein y a pas de problème et j'vais le voir, c'est évident qu'il ne peut pas se déplacer. Mais bon » (D18).

D'autres praticiens ne filtrent pas les patients en VAD du fait de leurs compétences spécifiques : *« non au contraire, on me demande assez facilement de prendre de nouveaux patients à domicile ou en maison de retraite, du fait de mon activité, que j'ai aussi mon diplôme de capacité de gériatrie, donc euh, non c'est pas un argument pour refuser ça... » (D25) ou alors pour des raisons d'éthique médicale : « j'ai jamais refusé aucun patient, je trouve que c'est voilà, je ne sais pas comment ils peuvent faire. Après, j'ai tort, je vois des gens dans la détresse, je ne peux pas faire autrement » (D11) Plus loin, ce même médecin : « C'est vrai que par exemple, des gens qui vont être un jour à la maison de retraite, je leur dis « écoutez, le médecin là-bas, c'est bon, je ne pourrai pas vous suivre » mais bon généralement les gens ils se déplacent et si c'est vraiment pour que ce soit moi qui me déplace et bien je vais me déplacer. J'ai encore accepté y a pas si longtemps que ça des gens qui habitent entre TelleVille³ et la TelleVille⁴... Ca fait quand même de la route et voilà je j'ai non non non moi j'y vais. Moi je trouve que c'est aussi, c'est sympa de faire des visites aussi » (D11) et il n'est pas le seul : « dans notre métier y a des patients faciles à traiter, y a des patients sympatiques, des patients désagréables, des patients... (inspiration-souffle) moi je ne choisis pas, enfin je ne pense pas, enfin je ne le conçois pas de juger quelqu'un sur des critères de disponibilité et tout. Si c'était pour des raisons personnelles, c'est-à-dire il ne peut pas se déplacer, il n'en est même pas question, mais si elle n'est pas capable, si vous n'êtes pas capable de vous déplacer, ça va être difficile de voir ces gens » (D18). L'aspect social est mis en avant et ces praticiens ne comprennent pas toujours la sélection de leurs collègues.*

Un long extrait résume assez bien les problématiques du nouveau patient. Les praticiens souhaitent tout d'abord les intégrer à leur patientèle, ou qu'au moins le patient fasse le premier pas, afin d'accepter la VAD.

« nous alors euh on a un cas un p'tit peu récent qui peut s'apparenter à ça. On a un collègue à TelleVille, c'est à 6 kilomètres vers Angers, qui vient de s'arrêter, qui avait l'âge de la retraite, 65 ans et qui s'en va. Donc euh moi le discours que j'ai, c'est quand les gens me demandent d'aller les voir en visites parce que c'est leur habitude ou parce que c'est des gens à domicile parce qu'ils sont suivis comme ça ou qu'ils ne peuvent pas se déplacer malheureusement j'dis « non » parce que j'peux pas. Par contre, les gens que j'prends en charge qui viennent faire l'effort de venir me voir, j'leur dis « les visites à domicile, s'il y a besoin un jour en urgence d'aller vous voir parce que y a besoin », j'vais pas refuser. Parce que faut être logique aussi un p'tit peu à un moment donné. Si j'les prends en charge et que j'suis leur médecin et qu'ils me demandent que j'me déplace et que j'ai la possibilité de l'faire, j'y vais parce que j'assume mes patients. Maintenant, aller suivre des patients en plus de mon travail à domicile à TelleVille où il n'y a que des domiciles, j'leur dis « non ». Parce que euh parce que j'ai pas envie de me rajouter des visites systématiques en plus là-bas. Par contre, les gens qui viennent me voir qui sont domiciliés à TelleVille, que j'vais suivre et qui viennent en consultation si un jour ils ont besoin d'une visite, en urgence, j'irai me déplacer parce que j'trouve que aussi c'est mon rôle et que quand j'accepte de les prendre au cabinet j'accepte aussi de les voir parce que sinon ce serait trop facile quoi (...) Mais voilà, j'essaie d'être assez cohérent et assez clair. Maintenant effectivement, c'est un p'tit peu dégueulasse pour les patients de TelleVille qui sont suivis à domicile parce que sûrement c'est des gens qui ont besoin d'être suivis par un médecin peut-être plus que ceux qui peuvent se déplacer en consultation. Voilà, à un moment donné il faut faire un choix, moi j'peux pas gérer aussi tous les patients du coin donc je prends en consultation ceux qui veulent venir me voir, s'il y a besoin un jour d'aller les voir, j'accepte, mais maintenant, ceux qui me demandent d'entrée de jeu des visites et qui ne fonctionnent qu'en visite, c'est pas possible. Je refuse » (D29).

L'interconnaissance permet de mieux évaluer la requête : *« c'est plus simple quand on connaît nos patients. Voilà, quand on ne le connaît pas, on se déplace et il est déjà arrivé qu'on se dise que c'était pas très justifié mais bon. Quand on ne les connaît pas, on ne peut pas... » (D13).*

Le vécu et la relation médecin-patient comme atout

« La visite par téléphone, ou des choses comme ça... genre des renouvellements, quelques fois j'accepte et d'autre fois je dis non parce que ça fait un petit peu de temps que je l'ai pas vu... » (D26). Une relation médecin-patient inscrite dans la durée permet de connaître l'historique et le mode de fonctionnement de chacun c'est pourquoi, quand ce lien est affaibli, il est plus difficile d'évaluer la justesse ou non d'une VAD. C'est aussi un lien qui engendre

parfois des écarts à sa propre pratique, comme vient de l'exposer Docteur 26. Mais d'un point de vue général, il est plus facile pour le praticien d'évaluer la parole du patient lorsqu'il le connaît : *« c'est vrai que c'est très confortable quand on connaît le patient parce qu'on va évaluer très vite s'il y a quelqu'un qui est capable de nous aider à domicile et donc à évaluer rapidement la situation »* (D28).

L'interconnaissance aide le médecin à faire des VAD à ses yeux justifiées mais ce n'est pas imparable, même au sein de sa patientèle : *« s'ils en demandent c'est qu'ils sont vraiment mal quoi. Bon après on connaît ses patients y en a qui en demandent plus, ceux-là voilà, justement c'est ceux-là qui vont poser problème, ceux-là quand ce sera vraiment grave on passera à côté mais celui que je connais depuis longtemps et qu'il me demande une visite, je me dis oui, y a un bins quoi »* (D10). Si cela permet de faire des VAD justifiées, cela peut entraîner l'inverse, des visites faites pour des raisons affectives : *« la petite dame que j'ai vue là, elle aurait pu venir, celle que j'ai vue qui a 81 ans elle aurait pu venir mais bon voilà, plus ou moins justifiée et avant ça d'autres visites injustifiées... »* (D12). L'empathie est bien là : *« y en a c'est leur seule visite aussi hein c'est important pour eux, le passage du docteur, on est attendu et puis »* (D13), c'est même le lien qui pousse à la VAD : *« ben en fait ce qui pousse à aller en visite à domicile c'est le lien qu'on établit avec le patient depuis des années donc le lien la relation »* (D6).

Un affect positif envers un patient peut amener le médecin à faire des visites hors de son secteur habituel. Docteur 4 a par exemple relaté le fait qu'il faisait une fois par mois, une visite à 18 km de son cabinet, pour un patient qu'il suit depuis 20 ans et pour lequel s'est développé un attachement. Ce cas n'est pas rare et la question n'est pas simple. Le praticien désire à la fois rester rationnel mais est au final est rattrapé par l'affect : *« Par contre quelqu'un que je suis depuis des années et qui se retrouve en institution je sais pas moi à TelleMaisonRetraite ou j'sais pas trop où oui ben oui je continue de le suivre quand je me suis installé y avait une dame très gentille qui venait me voir à chaque fois j'ai dit arrêtez de venir me voir je ne viendrai plus vous voir quand vous ne pourrez plus vous déplacer car vous habitez à TelleVille elle a continué de me voir pendant 5/6 ans quand elle n'a pu plus se déplacer le vendredi matin j'allais la voir à son domicile mais c'était une vrai galère je passais 2h et c'était pas un plaisir... mais bon ! voilà tu continues à ouais l'affect n'y était pas pour rien j'aurais pu lui dire d'aller se faire voir et de trouver un médecin plus proche mais bon elle avait voilà »* (D7).

Ce lien affectif avec les personnes âgées est le plus souvent rapporté et l'un des praticiens explique que de garder le contact malgré tout, c'est une manière de

remercier : *« ouais il m'arrive de suivre un patient quand vous connaissez un patient depuis 30 ans et puis qu'il va par exemple j'ai un couple qui habitait TelleVille qui sont partis à TelleVille2 évidemment je vais les voir là-bas (...) ben oui oui je m'efforce d'y aller quand même ce n'est pas toujours facile mais on leur doit bien ça quand même en remerciement de leur fidélité... »* (D8). Ce genre de visite peut être considéré comme injustifié : *« moi celles que je vois en ce moment, ce ne serait, entre guillemets, pas justifié réellement, mais en fait on peut pas, moi je sais, celles-là je n'arrive pas à les lâcher, quoi, elles me demandent de venir et voilà je fais et, mais moi aussi, en fait, un peu c'est pareil, ça se fait dans les deux sens en fait, mais c'est des dames que j'ai connues un petit peu quand je remplaçais aussi et puis bon c'est des choses qu'on peut pas »* (D23).

D'autres situations relationnelles peuvent amener le médecin généraliste à faire une visite par affect positif, notamment pour une prise en charge globale de l'individu. L'un d'entre eux nous raconte : *« C'était cet après-midi donc euh en début d'après-midi, j'suis parti au foyer logement voir une dame de 82 ans pour son renouvellement et puis en fait c'était surtout pour discuter de son mari hospitalisé à TelInstitut depuis euh depuis quelques semaines et pour lequel a priori des soins palliatifs seraient discutés suite à un accident vasculaire cérébral ayant entraîné pas mal de séquelles. Donc c'était une patiente qui avait besoin d'une écoute et pour lequel je suis resté trois quart d'heure à parler et à voir un p'tit peu comment ça évoluait. Donc on était plus dans le côté affectif et relationnel »* (D5). Un autre explique ce type de VAD : *« Mais bon les gens... que je vois en visite, j'en ai un ou deux ils sont âgés mais c'est plus le changement de vie, mort du conjoint et un peu d'angoisse de se déplacer tout seul et des choses comme ça qui font que voilà »* (D26). En somme, c'est le patient dans sa globalité qui entre en ligne de compte, ce qui est perçu de manière plus aigüe chez les patients connus de longue date.

D'autres fois, les pratiques inhabituelles de la VAD sont dues pour partie au hasard et pour partie à une relation affective : *« Sinon euh sinon j'ai mes voisins qui sont très âgés qui viennent ici quand même au cabinet et sinon ils habitent TelleVille2 donc, ils habitent juste à côté de chez moi donc si ils sont pas bien ils appellent très tôt le matin et du coup je les vois avant de commencer au cabinet »* (D10).

Mais l'affect n'est pas toujours positif et d'autres fois, c'est parce que le praticien sait que c'est compliqué qu'il doit se déplacer. Ces visites à domicile sont le plus souvent étiquetées comme « sociales ». Certaines sont assez bien acceptées, d'autres moins. Parmi les bien acceptées, les VAD pour une nourrice est l'exemple qui revient le plus souvent : *« ça m'est arrivé une fois ou deux qu'une assistante maternelle m'appelle pour un des enfants*

qu'elle garde euh en me disant « oui mais j'en ai 3 autres là et j'peux pas débarquer avec tout le monde dans votre salle d'attente hein » donc dans ces cas-là, soit on voit si les parents peuvent récupérer l'enfant et nous l'amener soit ça m'est arrivé une fois ou deux d'aller voir l'enfant, du coup en visite. Donc euh effectivement il y a des circonstances j'dirais sociale aussi, particulières qui font que, effectivement, on peut être amené à aller voir les enfants en visite » (D17) mais ça reste limité : « Des fois c'est très énervant parce qu'ils vous font venir et on s'aperçoit qu'ils pouvaient se déplacer, quelques-fois je me déplace quand c'est des nourrices ou des ça arrive hein, je le fais quand même je le fais c'est vrai que quand c'est pour des petits enfants qui ont une angine, ça me prend la tête hein... » (D11). Hormis les nourrices, les autres exemples qui viennent à l'esprit des médecins s'en rapprochent : « les conditions socio-économiques euh un enfant qui n'est pas bien, la mère, on sait qu'elle a 3-4 enfants, elle est toute seule, son mari travaille de nuit, il dort, voilà les 3 trucs » (D19), plus rarement, ça ne touche pas les enfants : « j'ai eu des tout jeunes récemment bon bah ils avaient tous la gastro, c'est vrai que c'est pas évident de se déplacer avec des petits plus la maman qui avait la gastro-entérite ben là j'ai été les voir. C'est tout à fait logique et... ça me semblait logique en tout cas, ça dépend un peu » (D13).

D'autres cas sont vus moins bien acceptés et sont marqués par une différence socio-économique : « c'est pas évident, même des fois y a des familles ou c'est souvent... parce que socialement ils ne peuvent pas se déplacer parce que c'est un contexte social qui fait que je suis obligée de me déplacer et que s'ils étaient eux-mêmes, ils se prenaient mieux en charge mais pour tout, je n'aurais pas eu à me déplacer mais c'est aussi parce que c'est un contexte social et c'est justifié par ce contexte social. Je leur en veux pas quoi (rires)... » (D15). Plus loin : « Après y a l'urgence sociale, on sait qu'il vaut mieux y aller sinon il va se passer quelque chose quoi. Humain... après et c'est pas, ils pourraient se déplacer, mais on sait bien c'est pas... on sait bien que si on y va pas ça va mal se passer, on y va hein » (D15).

Les échanges médecin-patient

Moment de la négociation

Il n'est jamais facile d'évaluer au travers d'un coup de téléphone qui masque autant qu'il énonce car seule la description du patient filtre. A cela s'ajoute la contrainte temps car il convient de prendre une décision dans le laps de temps du coup de téléphone. C'est pourquoi

la charge de travail au moment de celui-ci a un impact important. Ainsi, lorsque le patient demande une visite à domicile, il se peut que le moment de son coup de téléphone ait autant d'importance que ce qui va se dire au téléphone. Ce moment dépend de la charge de travail. Pour certains médecins, c'est tout le temps que le planning est serré : *« Le problème c'est qu'on n'a pas le temps, on a trop, des journées un peu speed en permanence. On a un planning, on a... il faut faire rentrer un certain nombre de choses dans un certain nombre de trucs et c'est pas facile de les caser quoi. Les visites à domicile, c'est très chronophage »* (D18), pour d'autres, c'est plus conjoncturel : *« Exceptionnellement c'est vrai que si le planning est un peu chargé et que l'on sent qu'il y a une visite qu'on pourrait faire venir on fait passer ça par... heu soit c'est la secrétaire réussie soit c'est moi qui appelle en disant voilà j'suis vraiment débordée est-ce que vous ne pourriez quand même pas essayer de vous déplacer en prenant quelque chose »* (D6).

Docteur 29 raconte précisément ces négociations selon le moment : *« après ouais, faut qu'j'ai la possibilité d'y aller aussi, le temps d'y aller, je serai peut-être plus conciliant si on m'appelle que j'ai vraiment un trou dans mon créneau, que les gens me donnent éventuellement un argument, bon j'me dis « bon, moi j'peux faire un effort aussi », c'est beaucoup plus difficile lorsqu'on a un planning extrêmement chargé et qu'on sait qu'on va prendre une heure de retard dans le jour quoi. Donc ouais ça c'est un argument aussi qui est... »* (D29). Il poursuit en couplant sa réflexion de la charge de travail avec la pathologie : *« quelqu'un qui m'dit « ben voilà mon mari il est plié en deux, il a très mal au ventre, il arrête pas de vomir, il est vraiment pas bien, il s'est levé, il a fait un p'tit malaise » si j'suis blindé de boulot, j'vais lui dire « écoutez vous prenez votre temps, y a pas l'air d'avoir d'urgence vitale, vous venez quand vous pouvez parce que moi j'suis débordé j'vais pas pouvoir venir ou alors ce sera dans 3 ou 4 heures » ça c'est clair. Si maintenant, j'ai pas de boulot j'vais dire « ben écoutez, mettez-le un p'tit peu au chaud et puis j'viens dans une heure parce que mon créneau me le permet » voilà c'est là-dessus que mon curseur va jouer »* (D29). Et conclut : *« Après, la justification médicale, le curseur il joue là-dessus, c'est-à-dire, si vraiment j'suis débordé, j'vais insister et puis si vraiment elle me dit que c'est pas possible, j'vais y aller. Vous voyez, le choc septique, il m'a dit « non non docteur, elle ne se lève pas, elle est en train de me raconter des bêtises » « ok bon j'm'en occupe » mais j'pense que mon curseur il ne bouge pas beaucoup... (rires). On essaye d'être cohérent, après, c'est effectivement, je trouve pas logique si vous demandez à quelqu'un qui est vraisemblablement en train de faire un malaise de venir et puis que le lendemain, vous allez voir un gamin qui a*

38, *c'est totalement illogique quoi donc j'essaye de garder une certaine logique, c'est pas facile parfois mais on essaye* » (D29).

Ces extraits présentent bien l'influence du moment de la requête et tout ce que cela induit. La justification de la VAD peut étonnamment varier et un autre praticien le dit frontalement : *« la plupart du temps, est-ce que c'est justifié ou pas ? (...) quand j'ai le temps, c'est justifié, quand je n'ai pas le temps je trouve ça injustifié »* (D22).

C'est aussi pourquoi le patient n'est pas reçu dans les mêmes conditions selon le moment de son appel : *« c'est le lundi où il y a le plus d'accrochages comme ça, comme y a beaucoup de monde au cabinet euh, c'est vraiment... »* (D16) et quand ce n'est pas le jour, cela peut-être l'heure qui est défavorable : *« le créneau de visite est passé et que les gens appellent, que c'était depuis 2 jours, ils se déplacent, ils trouvent quelqu'un, ils viennent. Oui, oui, bien sûr. Ils râlent mais tant pis (...) Après bon, même si c'est convenance personnelle que vraiment on a du temps euh bon, on peut être gentil et compréhensif mais bon voilà... »* (D27) ou alors, c'est l'état de fatigue et/ou de stress du médecin qui joue : *« Donc tu vois, on a un curseur qui n'est pas positionné pareil chacun qui en plus doit varier un peu en fonction des jours, parce qu'il y a des jours on est un peu à cran, on est un peu fatigué ou on a plus de travail ou il faut qu'on finisse tôt parce qu'on a une réunion enfin voilà, des choses comme ça et donc notre curseur n'est pas toujours au même endroit et là mon curseur était plus cool ce jour-là alors que le collègue il l'était moins bon ben finalement il a baissé son curseur (rires). C'est rigolo hein ! »* (D12).

Bien entendu, il n'y a pas que la charge de travail du moment qui influe, mais aussi la nature de la requête. La nécessité de se rendre ou non au domicile est parfois difficile à jauger, en ce cas, le médecin généraliste préfère se rendre au domicile en cas de doute : *« je refuse assez peu, j'essaie de convaincre les gens de venir en consultation, de venir à moi parce que je trouve que c'est plus facile mais refuser en soi d'aller voir quelqu'un, non j'ai pas, j'ai pas dormi après. Je ne me rends pas si... je vois la nuit, c'est euh là j'y arrive pas »* (D20). Ce propos de Docteur 20 rappelle aussi que le refus est rare et que la négociation est fréquente, car souvent une solution est trouvée par un donnant-donnant : le patient vient mais, en contrepartie, est pris en charge rapidement.

La négociation proprement dite

Les médecins généralistes interrogés dépeignent fréquemment des patients qui manipulent afin d'obtenir une VAD considérée comme injustifiée. Dans la manipulation, le

mensonge arrive régulièrement : *« oh ben c'est, c'est, c'est le genre la maman qui demande une visite alors que dans la foulée, elle va à la pharmacie, elle-même quoi. Enfin voilà, elle pouvait se déplacer. Ca, ça arrive mais bon après quand ils appellent « mon enfant est malade, j'ai l'autre, je peux pas venir, est-ce que vous pouvez vous déplacer ? » On y va et quand on voit qu'en fait il aurait pu se déplacer, ça m'arrive régulièrement »* (D14). Dans le même ordre d'idée, une autre donne un exemple frappant : *« c'est une dame qui m'a appelé pour sa fille qui était asthmatique connue, qui était un peu gênée pour respirer, qui... donc elle a dû m'appeler vers 11h du matin, bon ben j'ai dit, j'ai essayé de lui dire « est-ce que vous n'avez pas quelqu'un qui peut l'amener, un voisin, j'vais la prendre entre 2 consultations », elle me dit « non, non, c'est pas possible y a vraiment personne » euh voilà donc j'ai dit j'vais venir entre midi et 2. J'ai dû y aller vers 12h30 et en fait là, j'arrive chez elle euh elle était à table avec son mari, ses enfants, etc., avec la voiture devant la porte euh enfin dans la cour donc bon j'ai vu l'enfant et ben j'ai dit « ben vous ne pouviez pas euh... » elle m'a répondu « je ne pouvais pas venir entre midi et 2, comment est-ce qu'il aurait fait pour manger mon mari ? » euh ben cette personne là, ben j'ai dit, la visite là, elle n'est pas justifiée, effectivement, bon j'ai pas dit mais j'ai eu envie de lui dire, là votre mari va manger mais pas moi euh (rires) »* (D17). On voit de nouveau que la visite injustifiée n'est pas forcément sanctionnées.

Le patient peut emporter la négociation d'autres manières que par le mensonge. Il peut aussi insister pour finir par obtenir la VAD : *« j'en ai déjà eu « vous pouvez essayer de venir ? Oh ben non ben non » bon ben d'accord je vais venir, j'essaie de dire non mais au bout d'un moment voilà je peux finir par accepter »* (D12). Dans le registre de la manipulation, le caractère compliqué est aussi mis en avant : *« ben euh la maman moi je la connais bien psychologiquement pas très facile donc euh voilà j'avais pas trop le choix pour le dire je n'avais pas trop le choix »* (D6). D'autres rient de ces patients aux caractères spéciaux : *« j'ai une patiente qui demande régulièrement une visite à domicile, qui habite tout près d'ici, qui n'est pas très âgée, parce qu'elle n'a pas envie de, voilà, fréquenter une salle d'attente (rires) voilà »* (D25).

Une praticienne met en avant les différences de logiques entre le médecin et le patient, source de négociation, d'incompréhension voire de VAD injustifiée dans le cas cité : *« le patient ne l'a pas trouvé mais moi je trouve vraiment injustifié un homme de 50 ans qui avait certainement de la fièvre mais qui à mon avis à 50 ans pouvait prendre sa voiture et venir jusqu'au cabinet sans problème, un effergan et il venait. Moi j'étais hyper-bousculée, j'étais pas spécialement en forme, j'étais moins en forme que lui (rires)... j'ai pas dit, j'étais*

déplacée c'est bon... hein je le connaissais pas cette personne mais j'ai trouvé que c'était pas... il avait exagéré un petit peu mais bon, après son ressenti et mon ressenti c'est pas le même évidemment. Moi j'évalue la situation, j'évalue la gravité que pas lui, puisqu'il est malade et que son souci est pas le même que le mien » (D15). Docteur 11 raconte ses limites dans le suivi d'une patiente ayant des troubles psychiques : « c'est cette dame là, c'est pas que c'est injustifié car pour elle c'est peut-être justifié, mais moi je ne vois pas quoi lui faire de plus » (D11).

Ces logiques différentes peuvent amener à des incompréhensions lors du coup de téléphone, comme l'explique Docteur 28 : « c'est euh « ah c'est pas grave » et quand on leur demande, on pose des questions, c'est nous qui sommes inquiets la plupart du temps et quand pour eux c'est grave ben souvent pour nous ça l'est moins (rires) donc je suis plus vigilante dans le sens enfin que « oh ça va, c'est pas très grave » là je m'inquiète souvent plus et la suite me donne raison que ceux qui disent « c'est hyper grave, c'est machin » qui sont très très inquiets pour quelque chose qui l'est beaucoup moins. En tout cas qui peut être gérable lors d'une consultation classique quoi. Mais ça c'est vraiment la chose que je retiens des urgences quoi (rires). C'est vraiment un truc important » (D28).

La mise en concurrence faite par le patient est un autre moyen d'obtenir une VAD. Cela est peu apprécié par les médecins généralistes. Par exemple, un patient, pour obtenir une VAD, dit parfois à son médecin généraliste qu'il téléphonera aux pompiers ou au SAMU si ce dernier ne se déplace pas au plus vite. Ce type de chantage passe mal auprès des praticiens, ce qui fera dire à l'un d'entre eux, « ces patients-là il vaut mieux les perdre hein... ça c'est voilà, « je porte plainte auprès du conseil de l'ordre » euh » (D19). La concurrence existe bien dans l'esprit des patients. On peut rappeler l'exemple du patient qui passe par le SAMU car Docteur 23, son médecin, lui a refusé la VAD et qu'au final, le SAMU appelle le praticien pour le même patient mais, avec des symptômes différents. Les refus de VAD des médecins concernent les VAD qui ne posent pas de doute sur la gravité de la pathologie : « ça m'est arrivé de refuser une visite et puis que ça ne se passe pas forcément très très bien au téléphone mais je le faisais en connaissance de cause sans faire prendre de risque c'était pas des pathologies graves hein c'était des visites que je considérais de complaisance et pour autant la personne pouvait se déplacer pour d'autres raisons que médicales » (D2).

Toutefois, généralement, le médecin généraliste s'évite de telles situations, de refus voire de rupture avec le patient, en négociant : « ils comprennent que déjà si on leur dit « on vous voit tout de suite, vous venez » et ben ils font l'effort de venir » (D10).

DISCUSSION

Analyse critique de la méthode

La durée moyenne des entretiens est une des limites de cette étude. Cette limite est repoussée par le nombre relativement importants d'entretiens et par des « rebonds » réalisés d'un entretien à l'autre. En effet, après relecture d'un entretien, quand des questions restaient en suspend ou qu'il semblait que de nouvelles pistes étaient à explorer, le ou les entretiens suivants abordaient ces points.

De plus, afin d'analyser les prises de décisions, il serait intéressant de réaliser des observations continues et ne pas s'en tenir à des propos rapportés. Cela permettrait d'avoir d'autres points de vue, celui des secrétaires ou des patients par exemple. De même il serait intéressant d'expliquer les racines des appréciations négatives ou positives de la VAD chez les médecins, comme cela a pu être fait dans d'autres domaines de la décision médicale : Vega⁵ (p.183-184) a montré que « les niveaux de prescription des généralistes interviewés et/ou suivis sont directement liés à leurs motivations initiales à devenir médecin, elles-mêmes souvent le fruit de cultures et des trajectoires familiales ».

Enfin, deux biais interfèrent avec les résultats de notre recherche. Le premier de ces biais est le biais de sélection des médecins interrogés. C'est une limite récurrente de la méthode par entretien. Or, dans notre cas, la diversité a été recherchée, non la représentativité. Il n'a pas été cherché d'évaluer les proportions comme peut le faire une étude quantitative, même si on a pu noter des tendances lourdes. La diversité des types de pratiques a donc été recherchée et étudiée afin d'établir les éventuelles incidences sur les VAD.

Le biais d'évaluation est le second de ces biais. Il n'a pas été demandé à tous les médecins généralistes leur appréciation positive ou non de la VAD. Ce paramètre n'est apparu qu'au cours des premiers entretiens et n'a donc pas pu être réalisé pour tous. Il manque donc certains points pour faire une comparaison complète d'un médecin à l'autre.

Principaux résultats : de multiples facteurs et des ordres négociés

La prise de décision des médecins généralistes concernant les VAD est multifactorielle. Ces facteurs sont de niveaux différents et n'ont pas tous la même incidence sur la prise de décision. Parfois, un seul critère se révèle décisif, comme par exemple la

présence d'un escalier ou une pathologie particulière, d'autres fois c'est un faisceau de facteurs qui interagissent et participent à la prise de décision (i.e. : couplage rémunération/distance). Pour les exposer et les analyser, ces facteurs d'influences ont été répartis en trois domaines. Le premier, le plus global, est perçu de loin par les médecins généralistes. Ces derniers observent une évolution temporelle qui amène à une diminution de la pratique de la VAD, évolution accompagnée par l'AcBUS. Tous disent pouvoir s'appuyer sur l'AcBUS pour réduire leurs VAD, chose qu'ils désiraient de toute manière (sauf Docteur 9). Mis à part cet aspect pratique, l'AcBUS est mal connu et les médecins généralistes ont parfois l'impression de faire des VAD injustifiées en prenant en compte les facteurs sociaux alors que ces VAD sont prises en compte dans l'AcBUS dans les causes « environnementales ».

L'AcBUS qui est un cadre peu contraignant et qui globalement va dans le sens des praticiens est perçu de manière floue et est utilisé selon les souhaits du praticien. Enfin, certains médecins avancent à leurs patients que dans un grand nombre de pays, les VAD n'existent plus, afin de les faire venir au cabinet. Les pays cités pratiquent pourtant une telle activité. Par exemple, l'Allemagne connaît un peu les mêmes questionnements que la France⁶.

L'échelon environnemental comprend la proximité avec d'autres organismes, ainsi que les collègues et les questions organisationnelles (infrastructure, secrétariat). Déjà, il faut rappeler, avec l'AcBUS, qu'en 2001 les médecins généralistes des Pays-de-la-Loire ne comptaient que 17% de VAD dans leurs actes (contre 23,5 en France métropolitaine). Ils n'étaient déjà pas de grands pratiquants de VAD, tendance qui s'est confirmée car elle n'est désormais que de 8% en Pays-de-la-Loire⁷. La densité des médecins généralistes du Maine-et-Loire est dans la moyenne nationale et n'explique pas à elle seule la relative faible part des VAD dans les actes.

Ce contexte environnemental, c'est aussi l'infrastructure du cabinet. Plusieurs cabinets comportent un escalier, sans autre accès possible, ce qui provoque des VAD qui pourrait être évitées. Le Plan Régional de Santé⁸ (PRS) des Pays de la Loire rappelle à ce sujet que « d'ici à 2015, l'ensemble des cabinets des professionnels de santé devront être accessibles aux personnes handicapées » (p.164). Ces visites disparaîtront donc dans quelques années.

Au niveau sectoriel, des différences persistent entre les médecins ruraux avec moins d'offres médicales les environnants et les médecins urbains plus entourés. Pourtant, il n'est pas si évident que les médecins ruraux fassent plus de visites que les médecins urbains car la moindre concurrence permet un filtrage des demandes. Inversement, quelques médecins

urbains, suite à une répartition implicite des tâches médicales, font beaucoup de VAD, devenant « spécialisés » dans ce domaine tandis que leurs collègues considèrent pouvoir se reposer sur la densité et les offres alternatives pour sélectionner. Le médecin généraliste rural faisant plus de VAD est donc une représentation à nuancer selon les secteurs. Certes, le fait de pratiquer en urbain et semi-urbain permet d'éviter les VAD de gardes mais leurs VAD de la pratique quotidienne sont vues comme plus compliquées pour des raisons de transport notamment.

Ensuite, pour conclure ce volet « environnemental », les organismes qui gravitent autour de la question de la VAD sont différemment perçus, tantôt positivement pour le SAMU ou les maisons médicales, tantôt plus négativement pour SOS Médecins et le SMUGA. Les premières organisations citées sont des partenaires, les dernières sont vues comme des organisations floues (le SMUGA) ou qui donnent de mauvaises habitudes aux patients (SOS Médecins). Mais autour du cabinet, il y a aussi la présence des collègues qui importe avec un effet de coercition pour la diminution des VAD. La concurrence en Maine-et-Loire est décrite comme faible et permet, selon les médecins interrogés, une même ligne de conduite.

Enfin, l'organisation du cabinet a une influence importante sur les VAD. Les cabinets de groupe avec secrétariat semblent favoriser la diminution des visites et favoriser les venues au cabinet (i.e. : la petite salle d'urgence dans l'un d'eux). Le secrétariat est plébiscité par 74% des praticiens des Pays-de-la-Loire contre seulement 56% au niveau national⁷.

Au niveau relationnel, les influences sont nombreuses. Par exemple, le moment choisi pour négocier influence la réponse du médecin, élément qui, semble-t-il, n'a jamais été étudié précisément. L'interconnaissance ou non compte aussi pour beaucoup. En effet, la négociation dépend des facteurs liés à l'interaction, notamment des acteurs en jeu. Les « statuts » de ceux-ci importent, médecins comme patients. Les nouveaux patients ont des difficultés à faire valoir leur demande de VAD et ce blocage ne concerne pas que les visites, mais est plus général, comme le constate le PRS⁸ : « la surcharge de travail des médecins généralistes les oblige, parfois, à refuser de nouveaux patients » (p.124). Ce constat qui vaut pour une consultation au cabinet, est d'autant plus vraie pour les demandes de VAD qui demandent plus de temps. Nous l'avons vu dans notre étude, les médecins généralistes refusent de nouveaux patients en VAD en raisonnant à partir de leur charge de travail actuelle mais aussi future.

L'appréciation positive ou négative du médecin généraliste vis-à-vis des VAD joue fortement. Ce niveau relationnel, qui n'est qu'entraperçu dans cette recherche grâce aux regards des médecins interrogés, est pourtant un niveau décisionnel crucial qui peut

facilement remettre en questions les niveaux précédents. Car les cas particuliers ne rentrent pas forcément dans les cas « types ».

Plusieurs ordres négociés

Certains facteurs d'influence vont s'installer dans la durée et ainsi entraîner un nouvel ordre négocié médecin-patient. Si Strauss⁹ a popularisé la notion, c'est Baszanger¹⁰ qui l'étend à sa juste valeur : « cette théorie, d'abord appliquée aux organisations, repose sur une certaine vision de la vie sociale » (p.10)¹⁰. Elle poursuit ensuite en citant Day and Day¹¹ pour définir au mieux cette notion : « Dans le cas de la théorie de l'ordre négocié, les individus dans les organisations jouent un rôle actif et conscient (*self-conscious*) dans la mise en forme de l'ordre social. Leurs interactions quotidiennes, de même que leurs accords, leurs refus temporaires et leur définition changeante des situations immédiates (*at hand*) sont d'une extrême importance. La théorie de l'ordre négocié minimise les notions d'organisations comme des systèmes figés, plutôt rigides, qui sont fortement déterminés par des règles, des régulations, des buts et des lignes de commandement hiérarchiques strictes. (...) Les organisations sont donc des constructions sociales de la réalité complexes et très fragiles qui sont sujettes à de nombreux événements temporels, spatiaux et situationnels venant à la fois de l'intérieur et de l'extérieur » (p.10).

Il existe en effet un ordre négocié entre le patient et le médecin qui met en jeu leurs comportements mais aussi l'organisation les englobant. Cette mise en relation permet à cette notion d'être dynamique, au sens où « en se centrant sur les phénomènes de négociations, on peut rendre compte à la fois des différents acteurs, de l'organisation des règles de la vie sociale dans la durée, et saisir leur processus de transformation » (p.10)¹⁰.

Chez Strauss⁹, l'ordre négocié comporte deux contextes, le contexte structurel (préexistant à la négociation) et le contexte de négociation (contexte immédiat). Pour notre étude, nous avons distingué 3 niveaux, ces niveaux apparaissant nettement dans le discours des médecins interrogés. Ces 3 niveaux proviennent d'un réagencement des contextes structurels et de négociation de Strauss car il nous semble que les médecins généralistes les séparent ainsi. Le médecin généraliste tente d'imposer un même ordre négocié à l'ensemble de ses patients, ou plutôt différents ordres négociés homogènes selon les types de patients (les nouveaux, les patients régulièrement vus à domicile, etc.).

D'un point de vue général, un nouvel ordre négocié est apparu ces dernières années, notamment avec l'AcBUS qui a donné du poids aux praticiens qui souhaitaient de toutes

manières diminuer leurs VAD. Ce fut l'événement fondateur principal de ces dernières années mais sur le terrain, des médecins généralistes ont utilisés d'autres événements pour fonder un nouvel ordre négocié avec leurs patients. L'un d'entre eux à utiliser l'informatique pour faire venir le plus possible ses patients au cabinet et n'a donc pas attendu l'AcBUS pour faire évoluer notablement sa pratique de la VAD. Une autre praticienne est parvenue à diminuer son nombre de visites à partir de sa grossesse. Le pli est désormais pris par les patients qui continuent comme lors de la période qui a fondé ce nouvel ordre négocié.

Quel cadre aux visites à domicile ?

Rationaliser la VAD, c'est encadrer le choix du médecin quant à faire ou non une VAD. Les visites ont déjà été encadrées par l'AcBUS mais la question se pose encore de nos jours. Faut-il aller plus loin ? Faut-il faire différemment ?

Pour approfondir cette réflexion sur l'encadrement de la VAD, il est intéressant de lire les conclusions des thèses de médecine générale qui recueillent l'opinion des médecins généralistes sur la VAD.

Pour commencer, des thèses^{4,12} concluent que les médecins généralistes réclament une revalorisation de la VAD en plus d'une communication et d'explications aux patients pour que la VAD soit mieux perçue et appréciée. Pour le premier point, l'augmenter n'encouragerait-il pas une pratique que les pouvoirs publics cherchent à contenir ? Une praticienne s'exprimant dans le focus group de la thèse de Gautier³ affirmait être de toute manière dérangée par le paiement à l'acte et préférerait réfléchir en rémunération globale.

En ce qui concerne la communication et les explications aux patients, les médecins interrogés dans notre étude notent plutôt que les patients ont très bien intégrés les nouvelles normes de l'AcBUS, acceptant ainsi le nouveau contexte global.

Dans les thèses, le rapport à la VAD « type » est le médecin qui les fait par devoir et qui ne s'imagine pas faire autrement. Inaudi¹³ démarre de ce point de vue et tente d'apporter des changements au cadre légal existant. Elle propose d'encore mieux définir les critères de l'AcBUS pour éviter les VAD injustifiées, notamment par un critère d'âge du patient. Les patients sont en effet parfois pointés du doigt, notamment les jeunes et les bénéficiaires de la CMU¹⁵ (Couverture Médicale Universelle).

Les patients peuvent effectivement faire des requêtes qui ne rentrent pas dans le cadre, toutefois, selon Cardot¹⁶ les VAD injustifiées sont bien sanctionnées. C'était peut-être plus vrai en 2004 qu'aujourd'hui car il est possible que des médecins aient tenté d'appliquer la loi

puis l'abandonner ensuite, comme ça a été rapporté par un des médecins interrogés dans notre étude. On a aussi vu que parfois les médecins généralistes font preuve de compréhension envers les patients.

Donc les patients ne sont pas les seuls à avoir un comportement variable, les médecins généralistes ont aussi des variations notables dans leurs pratiques des VAD. C'est dans cette optique que Leroy¹⁷ a évalué et perfectionné EVALADOM (EVALuation A DOMicile), outil de travail qui permet de clarifier et d'objectiver, par le praticien lui-même, la VAD pour les personnes âgées.

La tentative de diminution des visites est en marche, un peu comme un médecin essaie de combattre une maladie. Mais à quel point peut-on considérer la visite injustifiée comme pathologique ? Après tout, Doas¹⁵ constate que les VAD injustifiées étaient présentes avant la réforme mais aussi après. Il est possible d'imaginer qu'un résidu de visites injustifiées puisse être parfaitement normal, du moins dans le contexte actuel.

D'autres thèses sont donc plus circonspectes face à cette démarche et notent des différences de pratiques liées au facteur humain des médecins généralistes (et non à leur âge ou sexe), c'est par exemple le cas de Cardot¹⁶ (p.118), dans sa thèse à base de questionnaire. Vialtel¹⁸, dans une étude qualitative récente, appuie cet aspect : « 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 ». Notre analyse le démontre aussi.

La récente thèse de Gautier³, dans un département voisin, est aussi un bon moyen de mettre en perspective nos résultats. Au moyen d'un focus group, elle recueille l'opinion de médecins au sujet des VAD. Leurs opinions sont proches : ils tiennent à la VAD même si c'est contraignant et ont peur de sa disparition, notamment du fait d'un changement de pratiques des jeunes (p.34). Notre étude s'est retrouvée une fois seulement, face à ce discours qui a été nuancé par un autre médecin interrogé. Rappelons tout de même cette inquiétude : « ... pas de jeune médecin dans ceux qui venaient en maison de retraite parce que, entre guillemets, ils disaient non... mais pas intéressé non plus, est-ce que c'est dire non parce que c'est justifié, qu'on est formé etc. et qu'ils sont plus rigoureux que nous, ou tout simplement ils veulent pas sortir du cabinet pour certains, je pense qu'il y en a certains qui ne veulent pas sortir du cabinet... » (D24).

Plus qu'une disparition, serait-il possible qu'il y ait une nouvelle organisation, qui fasse émerger des structures spécialisées dans la VAD ? Gautier recueille les avis des médecins au sujet d'SOS Médecins sur leur territoire. Chose intéressante, tout en critiquant

l'organisme unanimement, ils utilisent SOS Médecins lorsque leur emploi du temps est chargé. Ce fait peut laisser penser qu'il existe tout du moins une place pour un organisme extérieur qui gèrerait les VAD, mais d'une façon totalement différente.

Pour résumer, la rationalisation de la VAD est recherchée par une grande partie des thèses de médecine générale. Pourtant, à moins de transformer la relation médecin-patient en mode binaire, il existera toujours une part résiduelle de VAD injustifiées qui résulte de l'intersubjectivité médecin-patient.

Qui plus est, il est difficile d'être partie prenante et proposer des solutions de diminution des VAD car cette posture nécessite une vision embrassant l'ensemble des contextes globaux, environnementaux et relationnels. La rationalisation est parfois recherchée du côté du contexte global en se focalisant sur la rémunération, parfois sur le contexte intermédiaire en observant les organismes des différents secteurs et souvent du côté du patient, qui reste à éduquer. Le médecin n'est quand même pas oublié puisqu'il lui ait proposé d'utiliser EVALADOM ou encore de mieux réfléchir à sa trousse de médecin. Très peu d'éléments relationnels ressortent car cela nécessite des investigations de terrains poussées.

Les visites injustifiées encore pointées du doigt

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France écrit dans son rapport intitulé « La visite à domicile est-elle justifiée ? »¹⁹ qu'il « est important de souligner que le nombre de visites injustifiées augmente simultanément avec le nombre de visites effectuées. Moins le médecin fait de visites injustifiées, moins il fait de visites à domicile » (p.20). Ces chiffres sont présentés et commentés dans leur valeur absolue, donc évidemment, un praticien qui fait 20 VAD pour 5 injustifiées, aura plus de VAD injustifiées en valeur absolue qu'un collègue qui fait 5 VAD pour 1 injustifiée. Qui plus est, notre étude montre que les médecins généralistes ont une vague idée de ce qu'est une VAD injustifiée. Donc laisser déterminer le praticien sur le nombre de VAD injustifié est un autre biais de recherche. Les médecins généralistes faisant un grand nombre de VAD sont donc pointés du doigt, pourtant, ces praticiens peuvent aussi bien sélectionner les demandes que leurs collègues qui en font moins. Enfin, les praticiens qui font plus de VAD peuvent aussi avoir développé des pratiques gériatriques ou d'HAD que leurs collègues évitent.

Le fait de faire beaucoup VAD ne démontre pas forcément des tendances de pratiques médicamenteuses abusives, mais c'est plutôt le nombre d'actes total qui importe. « Ce marqueur d'activité [le total d'actes par jours] a été reconstitué à partir du nombre journalier

moyen de consultations (actes cotés en C) réalisé par le MG (Médecin Généraliste) et par le poids que représentent les visites (actes cotés en V) dans son activité annuelle. A ce propos, nous avons pu constater qu'il s'agissait bien ici d'un effet volume d'activité et non d'un effet structure qui opposeraient les MG qui visitent beaucoup leurs patients aux autres. En contrôlant simultanément par les deux composantes de l'activité quotidienne, nous avons observé l'influence positive à la fois du nombre quotidien d'actes en C et de la proportion d'actes en V dans l'activité totale. Pour raisonner en termes de rapports de chance, on peut considérer que, dans une séance de référence et pour des caractéristiques médecin de référence, un MG qui réalise 10 actes de plus par jour qu'un autre a 12% de chances supplémentaires de prescrire un antibiotique à un patient souffrant d'une rhinopharyngite aiguë » (p.75)²⁰. Les médecins qui font plus de VAD que la moyenne ne sont pas forcément dans une pratique qui laisse le patient « abuser ». C'est pourquoi il est permis de douter d'autant plus d'un éventuel lien causal « beaucoup de VAD = beaucoup de VAD injustifiées ». Si l'on suit jusqu'au bout la logique, il est même possible que certains médecins qui font beaucoup de VAD par goût et spécialisation (gériatrie, HAD, etc.), réduisent ainsi leur nombre d'actes, et pourraient avoir des VAD particulièrement justifiées. Ce serait une hypothèse à vérifier.

Pour finir sur ce point, rappelons que certains praticiens prennent les patients en VAD que leurs collègues ne veulent plus faire. Un raisonnement simpliste à partir de chiffre ne fait que masquer la complexité des VAD et notamment des VAD injustifiées. Comme le résume cet exemple : « *De temps en temps après on pèse le pour et le contre, on se dit c'est peut-être bon, c'est peut-être justifié mais là c'est autre chose* » (D18).

Une rationalisation actuelle plutôt adaptée

La pratique de la VAD a été en partie encadrée et a été bien accueillie par les médecins généralistes car l'AcBUS laisse une marge de manœuvre au praticien et accompagne un mouvement lui préexistant. On peut faire là un parallèle avec l'analyse sur la rationalisation en cancérologie de Castel et Merle²¹ (p.340) : « De plus, ces règles générales nécessitant une déclinaison locale et n'étant pas trop précises, les médecins locaux peuvent les adapter en fonction de leurs enjeux et des relations qu'ils entretiennent entre eux, se les approprier et apprendre éventuellement à y voir des avantages qu'ils n'avaient pas perçus au premier abord. Cette possibilité de mise en forme locale des règles est, selon nous, une des raisons fondamentales qui expliquent que les médecins y adhèrent ». En effet, une rationalisation trop

poussée est impossible car, comme le note Strauss⁹ pour l'hôpital, mais le constat est identique pour la VAD, la « rationalisation est entravée par nombre de facteurs affectant la production médicale » (p.193).

Ainsi, les médecins adhèrent à une rationalisation de leur pratique de la VAD par l'AcBUS car ils peuvent s'adapter aux différents contextes perturbants les schémas préétablis.

Comprendre la variété des pratiques de la VAD

Les différents statuts du cheminement professionnel ont été abordés en lien avec la VAD. Nous avons vu le cheminement des SASPAS jusqu'aux successeurs, en passant par les remplaçants. La variation quantitative et qualitative n'est pas toujours évidente à gérer entre le remplaçant-remplacé, le successeur-succédé et entre le SASPAS et le maître de stage. Au sujet de ce dernier, la thèse de Pompey²² affirme que les internes en SASPAS s'améliorent au niveau du relationnel de la VAD, mais sont livrés un peu trop à eux-mêmes, statut plutôt « praticien-dépendant ». Ils jugent aussi être en accord avec la perception des praticiens vis-à-vis des VAD. C'est à mettre en relation avec les données récoltées par notre étude, où les maîtres de stage n'hésitent pas à privilégier l'activité du SASPAS au cabinet et faire eux-mêmes les VAD. Actuellement, l'apprentissage de la visite ne peut être en fait qu'une notion acquise par expérience, en lien avec les doutes et les contraintes d'un moment, de la connaissance d'un lieu et/ou d'une personne. La visite se découvre, se vit mais ne s'apprend pas vraiment.

En regard de ce manque de technicité ressenti, lors de leurs apprentissage, une thèse sur la trousse des médecins relève que nombre de médecins n'ont pas les outils adéquats pour répondre aux besoins des VAD, peut-être par manque de goût pour la pratique avance cette thèse²³.

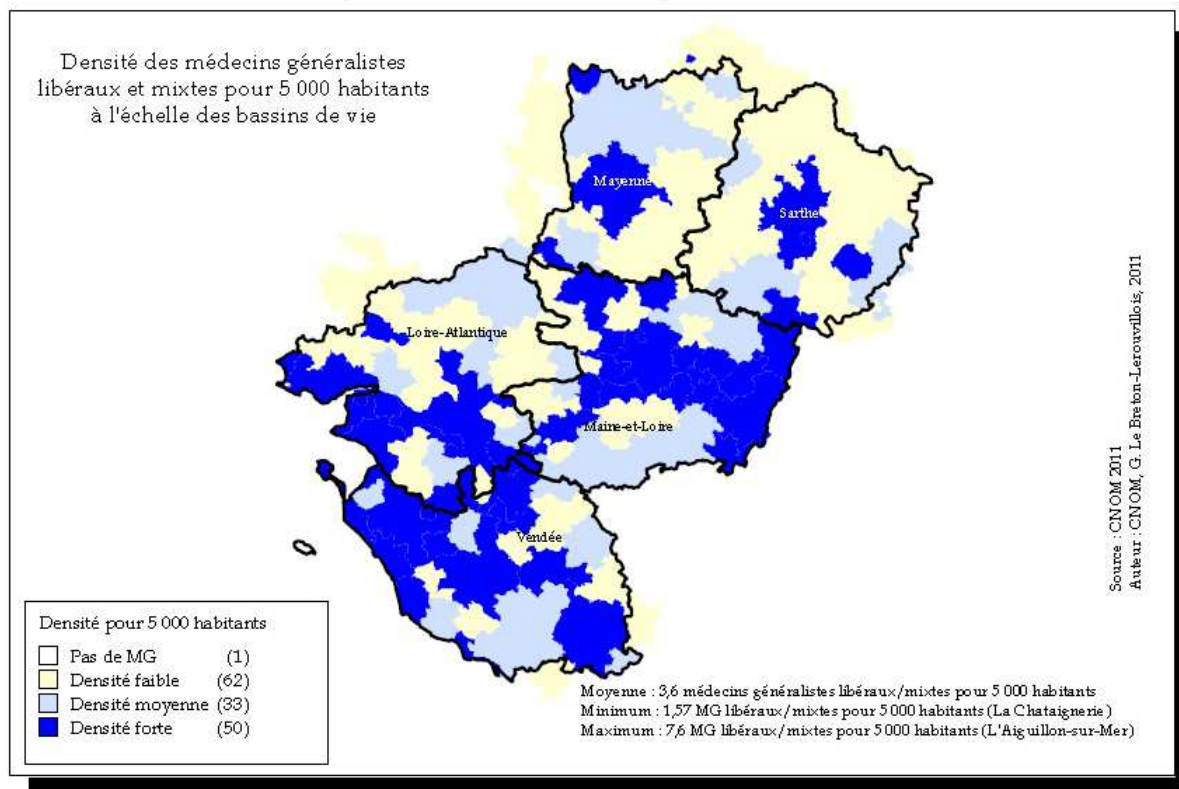
Au-delà des statuts, les styles de pratiques ont une influence importante sur la prise de décision de faire ou non une VAD. Notre analyse a distingué deux types de styles de pratiques, les MG aux tendances « sociales » et ceux aux pratiques plus « médicales pures ». Il serait envisageable d'étudier l'ensemble des données par le prisme des différentes pratiques. Ces catégories semblent se rapprocher de celles de Pennec²⁴. En effet, elle distingue 3 types de gestion des maladies chroniques dans lesquelles les VAD varient :

- Une pratique de médecin de famille polarisée sur le patient : homme, zone rurale, VAD plus nombreuses.

- L'activité du généraliste en appui sur les services de proximité : femmes, plus jeunes, très bonne connaissance de l'environnement, gérontologie.
- L'exercice de la médecine générale comme profession savante : plutôt urbain, peu de VAD.

Nos observations étayaient son propos et pourraient donc permettre de confirmer ces formes de pratiques constatées par Pennec. Il convient toutefois de bien distinguer la pratique rurale de la pratique urbaine. Nous avons choisi de partir de l'auto-étiquetage du praticien mais force est de constater que cela ne correspond pas toujours à la réalité. Par ailleurs, il existe différents types de ruralités et le Maine-et-Loire comprend une belle densité en dehors de l'agglomération d'Angers (cf. figure 1 ci-dessous)²⁵.

Carte n°8 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie



Raisonnement en séparant « rural » et « urbain » est plutôt une représentation de terrain qu'il faut déconstruire à partir de la densité des MG, des organismes présents, de l'intégration des normes nationales, etc. ce que fait par exemple Barbat-Bussière²⁶. Elle affirme qu'« il n'y a pas de solution type [à un taux plus ou moins fort de visites] et seule une analyse à niveau fin peut expliquer un comportement plutôt qu'un autre ; ainsi le Cantal et la Haute-Loire, départements ruraux, connaissent des situations opposées » (p.300).

Cette opposition est aussi frappante au niveau régional. Une praticienne de notre échantillon rapporte à quel point la ruralité qu'elle vit actuellement est fort différente de celle qu'elle a connu auparavant, avec un impact non négligeable sur les VAD. Il faut donc bien prendre en compte cette conclusion de Bouchayer en termes généraux : « Actuellement, la culture de la salle d'attente (et de « la pression de la salle d'attente ») et du cabinet de consultation prime largement pour les généralistes sur celle des visites à domicile (sauf pour ceux exerçant en milieu rural) » (p.46)²⁷. Notre étude montre plutôt des médecins urbains qui font plus de VAD que les ruraux. Est-ce le hasard de l'échantillon ? Une caractéristique locale du Maine-et-Loire ? Ou alors une représentation qu'il convient de faire évoluer ? Il est proposé en annexe 5, un portrait de l'état actuel de la VAD dessiné par Bouchayer, portrait qu'il serait intéressant d'affiner par des recherches ultérieures.

Et il n'y a pas que la question urbain-rural qui pourrait y gagner mais l'ensemble des facteurs d'influence. Une autre praticienne (Docteur 1) voyait surtout une différence régionale lors des VAD en institutions. Cette perspective comparative est fort riche pour le praticien et pour l'analyste afin de mieux percevoir l'influence d'un contexte.

CONCLUSION

Prendre une décision est un acte fréquent dans la pratique de la médecine générale telle que nous la connaissons. Nous avons, au travers de cette étude, tenté de comprendre au mieux ce qui pousse les médecins à partir en visite à domicile. Parce qu'il existe : « *des patients faciles à traiter, y a des patients sympathiques, des patients désagréables, des patients... (inspiration-souffle) moi je ne choisis pas, enfin je ne pense pas, enfin je ne le conçois pas de juger quelqu'un sur des critères de disponibilité et tout* » (D18).

Au travers du discours de ces médecins, transparaissent trois niveaux d'appuis à la prise de décision : les facteurs d'influence généraux, environnementaux et directs. L'arrivée de nouveaux facteurs d'influence engendre de nouveaux ordres négociés entre le patient et le médecin.

Bien que la politique de santé publique ait permis d'amorcer et d'accompagner la diminution des VAD, il semble que pour le moment, il soit impossible d'envisager la fin de ce type d'exercice. Les visites injustifiées constitueront toujours une faible part des visites du fait de la difficile évaluation et interprétation des différents contextes. En effet, par exemple, « *c'est plus simple quand on connaît nos patients. Voilà, quand on ne le connaît pas, on se déplace et il est déjà arrivé qu'on se dise que c'était pas très justifié mais bon. Quand on ne les connaît pas, on ne peut pas...* » (D13). Et la praticienne ne parle là, que du contexte direct.

Ces difficultés amènent quelques médecins généralistes à souhaiter l'arrêt des VAD et qui délègueraient volontiers à un organisme extérieur. On peut toutefois douter de l'ampleur du phénomène décrit par Docteur 23 : « *après l'avenir je ne sais pas comment on fera, a priori y a plein de médecins qui veulent plus faire de domicile* ». Même si les médecins généralistes libéraux qui ne font pas du tout de visites en Maine-et-Loire ne semblent pas exister, il est permis de se demander s'il n'y aura pas des « médecins de cabinet » et des « médecins de visites » ? L'avenir le dira ?

Par comparaison, à tous les niveaux, des recherches ultérieures pourraient aider à cerner l'avenir des visites à domicile. Nous pensons en effet que par leurs pratiques actuelles, l'écoute de leurs perceptions, de leurs souhaits, les médecins généralistes ont beaucoup à dire sur l'avenir de la VAD, contrairement à ce qu'avance une étude⁶ conduite en Allemagne qui affirme que les médecins généralistes ont peu de visions de l'avenir des visites. D'ailleurs, ne serait-il pas possible d'imaginer d'autres perspectives en nous comparant à d'autres pays qui diffèrent par leurs pratiques de la visite à domicile ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Canguilhem G., La connaissance de la vie, Paris, Vrin, 1965.
- 2) Stewart P., Stewart R., Home visits: why do rates vary so much?, Irish Medical Journal, Mar;105(3):83-4, 2012.
- 3) Gautier E., La visite à domicile en médecine générale : opinion de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group, Thèse de médecine, Université de Nantes, 2012.
- 4) Zirni A., Visite à domicile des médecins généralistes : opinion des patients et des médecins. A propos d'une étude qualitative, Thèse de médecine, Université de Strasbourg, 2012.
- 5) Vega A., Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français, Rapport final : CERMES, http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf, 2011
- 6) Theile G., Kruschinski C., Buck M., A Müller C., Hummers-Pradier, Home visits – central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study, BioMed Central Family Practice, pp.12-24, 2011.
- 7) Jakoubovitch S., Bournot M-C, Cercier E., Tuffreau F., L'emploi du temps des médecins généralistes, DREES, Etudes et Résultats, n°797, 2012.
- 8) Agence Régionale de Soins des Pays de la Loire, Projet Régional de Santé. Mis à jour en 2013 : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Projet-regional-de-sante.107789.0.html> (consulté le 28/05/13).
- 9) Strauss A., La trame de la négociation, Paris, L'Harmattan, 1992.

- 10) Baszanger I., Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, Volume 27, revue 27-1, pp. 3-27, 1986.
- 11) Day J., Day R., A review of the current state of negotiated order theories: an appreciation and a critique, *The sociological quarterly* 18 (winter), pp. 126-142, 1977.
- 12) Besançon S., Visite à domicile des médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Etat des lieux. Comparaison des pratiques dans les zones fragilisées et non fragilisées en terme de densité médicale, Thèse de médecine, Université de Marseille, 2011.
- 13) Inaudi H., Les visites à domicile en médecine générale : sont-elles indispensables ?, Thèse de médecine, Université de Rouen, 2010.
- 14) Migaud C., Description et justification de la visite à domicile à partir de l'exemple du stage chez trois médecins généralistes du Cher, Thèse de médecine, Université de Tours, 2002.
- 15) Doas M., Analyse de l'activité des médecins généralistes Aquitains après la réforme de la visite à domicile d'octobre 2002. Thèse de médecine, Université Bordeaux 2, 2004.
- 16) Cardot F., Suites données aux demandes de visites à domicile en médecine générale : analyse à partir d'une enquête réalisée auprès de médecins généraliste lorrains en mars 2004, Thèse de médecine, Université de Nancy, 2004.
- 17) Leroy N., Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : contribution à la validation d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM, Thèse de médecine, Université de Grenoble, 2010.
- 18) Vialtel S-E., La visite à domicile : Perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir, Thèse de médecine, Université de Lorraine, 2012.

- 19) L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France, La visite à domicile est-elle justifiée ? http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060317.pdf, 2005.
- 20) Mousquès J., Renaud T., Scemama O., Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë, CREDES, rapport n°520, août 2003.
- 21) Castel P., Merle I., Quand les normes et pratiques deviennent une ressource pour les médecins, Sociologie du travail, pp. 337-355, 2002.
- 22) Pompey D., L'apprentissage de la visite à domicile : quels enjeux pédagogiques en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ?, Thèse de médecine, Université de Saint-Etienne, 2010.
- 23) Dontenville E., La trousse de visite du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ?, Thèse de médecine, Université de Paris Diderot, 2011.
- 24) Pennec S., La médecine générale, une « profession consultante » entre profession savante et prestation de service, in Singuliers généralistes, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 207-220, 2010.
- 25) Romestaing P. (dir.), Le Breton-Lerouvillois G., La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Pays-de-la-Loire. Situation au 1^{er} juin 2011. Ordre national des Médecins, Conseil National de l'Ordre, 2011.
- 26) Barbat-Bussière S., L'offre de soins en milieu rural. L'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne, Presses Universitaires Blaise Pascal Clermont-Ferrand, 2009.
- 27) Bouchayer F., Les pratiques et les attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral Médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes. Approche sociologique de la fonction soignante de proximité. SHADYC, Contrat GIS Vieillesse et longévité, CNRS, INSERM, multigraphié : <http://centre-norbert-elias.ehess.fr/docannexe.php?id=665> (consulté le 28/05/13), 2008.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 (p.85) : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	8
PLAN	9
INTRODUCTION.....	10
MATERIEL ET METHODE	11
Choix de la méthode.....	11
La méthode qualitative	11
La grille d’entretiens	11
Matériel	12
Population de l’étude.....	12
Réalisation des entretiens	12
Méthode de retranscription et d’analyse des entretiens.....	13
RESULTATS	14
1) Contexte général : dans l’histoire et son époque, dans sa législation, dans sa spatialité .	14
Contexte historique : l’époque actuelle est plus favorable pour le cadrage des VAD	14
La disparition du médecin de village	16
Contexte légal : l’AcBUS, accompagnateur et déclencheur	17
Les visites « sociales » sont-elles justifiées ?.....	18
Un impact financier	19
Contexte spatial : urbain/rural et contraintes matérielles	22
Les médecins généralistes urbains	23
Les médecins généralistes semi-urbains	25
Les médecins généralistes ruraux.....	26
Représentations des pratiques urbaines et rurales de la VAD.....	28
2) Contexte environnemental : le secteur et le cabinet.....	30
Coordinations avec les organismes du secteur	30
Les maisons de retraite	30
L’hôpital et ses Urgences	31

Le SAMU, solution de support, de repli ou de facilité	32
Les CAPS assurent la continuité des soins pour les médecins généralistes.....	34
La pensée des médecins généralistes sur le SMUGA et SOS Médecins	35
Coordination et divergences de pratiques entre collègues	37
Les collègues du secteur.....	37
Les collègues du cabinet : activité de groupe encouragée.....	39
Uniformisation des discours quelles que soient les pratiques	41
Les écarts à la norme	42
Infrastructure et matériel du cabinet.....	43
Les structures d'accueil	43
Les secrétariats : intermédiaires efficaces et confortables	46
3) Contexte direct : les médecins, les patients et leurs échanges.....	50
Les médecins généralistes : des appréciations différentes	50
Une appréciation positive pour la VAD liée à une pratique plus « sociale ».....	50
Une appréciation négative pour la VAD par les médecins liée à une pratique « médicale pure »	53
Entre le « social » et « le médical pur », des médecins en position intermédiaire.....	55
Les médecins généralistes : des différences de plusieurs ordres.....	56
Des différences de genres et de générations.....	56
Evolution de la pratique et cheminement professionnel	57
Les patients vus par les médecins généralistes.....	62
Evaluation de la mobilité : critères d'appréciation.....	63
L'âge des patients : critère incitatif mais pas toujours	65
Les nouveaux patients	65
Le vécu et la relation médecin-patient comme atout.....	68
Les échanges médecin-patient.....	71
Moment de la négociation	71
La négociation proprement dite.....	73
DISCUSSION	76
Analyse critique de la méthode	76

Principaux résultats : de multiples facteurs et des ordres négociés.....	76
Plusieurs ordres négociés	79
Quel cadre aux visites à domicile ?	80
Les visites injustifiées encore pointées du doigt	82
Une rationalisation actuelle plutôt adaptée	83
Comprendre la variété des pratiques de la VAD	84
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	88
LISTE DES FIGURES	91
TABLE DES MATIERES	92
ANNEXES	95
RESUME / ABSTRACT	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Le Médecin et la Visite à domicile	Questions
<p>Le médecin</p> <p>Sa pratique quotidienne</p> <p>Sa structure organisationnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Urbain/rural ou semi-rural - Age ? - Installation depuis ? - Quantité de visites à domicile par semaine ? (visites EHPAD non quantifié) - Plage horaire de visite ? - Secrétariat physique ou virtuel
<p>La visite à domicile</p> <p>Mise en situation pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Racontez-moi votre dernière Visite à domicile Motif et formulation de la demande Age du patient Sa pathologie Son relationnel affectif Pourquoi cette réponse positive ? - Racontez-moi votre dernier refus de Visite à domicile Motif et formulation de la demande Age du patient Sa pathologie Son relationnel affectif Pourquoi cette réponse négative ? - Racontez- moi votre dernière visite injustifiée

<p>Relation Médecin –Malade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle évolution avez-vous vu depuis le début de votre exercice ? - Que pensez-vous des visites à domicile ? Appréciation ? Dépréciation ? Etat du patient grabataire Praticité financière Praticité affective Praticité médicale - A quoi avez-vous dis « NON » pour la dernière fois ?
<p>CONCLUSION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont pour vous en 3 mots les déterminants d'une visite à domicile ? - Une remarque ?

Annexe 2 : les médecins de cette étude.

D	Se xe	Tranch e Age	Maître de stage	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Réception des appels	Visites / semaines
1	F	45/50	Non	Seule	Urbain	Télésecrétariat	20 à 30
2	M	30/35	Oui	Groupe	Semi-rural	Secrétariat	2
3	M	60/65	Oui	Seul	Semi-rural	Sans secrétariat	5-6
4	M	60/65	Non	Groupe	Semi-rural	Secrétariat	2-3
5	M	30/35	Non	Groupe	Semi-rural	Secrétariat	2
6	F	45/50	Non	Groupe	Urbain	Secrétariat	10
7	M	45/50	Non	Groupe	Urbain	Secrétariat	20
8	M	60/65	Oui	Seul puis groupe	Rural	Secrétariat	7-10
9	M	50-55	Non	Seul puis groupe	Rural	Secrétariat	5-6
10	F	35-40	Non	Groupe	Rural	Secrétariat	2
11	M	55-60	Non	Groupe	Rural	Secrétariat	10
12	M	40-45	Non	Groupe	Rural	Secrétariat	4
13	F	30-35	Non	Seule	Rural	Sans secrétariat	5-7
14	F	40-45	Non	Seule	Semi-rural	Sans secrétariat	5
15	F	50-55	Non	Groupe	Urbain	Secrétariat	6-8
16	F	50-55	Oui	Groupe	Urbain	Secrétariat	5-6
17	F	35-40	Non	Groupe	Semi-rural	Secrétariat tps partiel	0,5
18	M	55-60	Oui	Seul	Rural	Secrétariat tps partiel	5-10
19	F	50-55	Oui	Groupe	Urbain	Secrétariat	10-12
20	F	50-55	Non	Groupe	Rural	Secrétariat	2-3
21	M	50-55	Non	Seul	Rural	Télésecrétariat	3-4
22	M	55-60	Non	Seul	Urbain	Sans secrétariat	4-5
23	F	40-45	Non	Groupe	Semi-rural	Secrétariat	2-3
24	M	55-60	Non	Seul	Rural	Sans secrétariat	10
25	M	50-55	Non	Groupe	Semi-urbain	Secrétariat	30
26	F	35-40	Non	Groupe	Urbain	Secrétariat	6-8
27	M	40-45	Non	Groupe	Urbain	Secrétariat	5-6
28	F	40-45	Non	Groupe	Urbain	Secrétariat	10-12
29	M	35-40	Non	Groupe	Rural	Secrétariat	2-3
30	F	40-45	Non	Groupe	Semi-rural	Secrétariat	0,5

Annexe 3 : quelques entretiens bruts de notre échantillon. Les autres seront sur support dématérialisé du fait du volume puisqu'il reste environ 160 pages.

DOCTEUR 1

Sexe : féminin

Tranche d'âge : 45-50

Mode d'exercice : seule

Lieu d'exercice : urbain

Organisation : télé secrétariat

Nombre de VAD/ semaine : 20-30/ semaine

MOI : ma thèse est surtout portée sur les déterminants ce n'est pas s'il est nécessaire ou pas de faire des visites à domicile... j'en discuterai pas ça a été pas mal de temps étudié par contre en fait c'est plutôt les déterminants ce qui pousse les MG maintenant à faire des VAD que ce soit en rural urbain (...) donc vous vous êtes en secteur urbain vous êtes installée depuis...

Docteur 1 : alors à plein temps depuis le 1^{er} janvier 2009 et j'ai exercé à mi-temps avec mon confrère pendant 5 ans auparavant avec 3 ans de médecin collaborateur. 2 ans en tant que remplaçante 3 ans en tant que médecin collaborateur et au premier janvier 2009 j'ai racheté sa clientèle

MOI : A peu près une dizaine d'années...

DOCTEUR 1 : je fais du libéral depuis 15 ans avec un statut de médecin remplaçant en travaillant comme un médecin collaborateur au sein de cabinet de groupe, j'ai exercé en Sologne en milieu rural vraiment rural, on faisait des VAD des gardes de week-end, de nuit... je travaillais 3 jours par semaine plus toutes les vacances scolaires plus un week-end de garde sur 3. Donc là j'suis arrivé dans la région où je travaille de la même façon dans un cabinet aussi de 3 médecins installés... mon confrère m'a contactée et ça m'intéressait le projet était prêt moi aussi...

Moi : du coup sur Angers...

DOCTEUR 1 : sur Angers par rapport à ma vie personnelle, j'ai décidé de visser ma plaque en milieu urbain pour pouvoir gérer ma vie personnelle la vie de famille, les enfants...

MOI : Vous faites combien de visites ? Vous avez un planning de visites tous les...

DOCTEUR 1 : tous les mardi matin. J'ai été médecin coordinatrice d'une maison de retraite tant que j'étais remplaçante j'ai fait ça pendant 5 ans et puis le cabinet médical prenant de l'ampleur je me suis rendu compte ce qui m'intéressait c'était plus le maintien à domicile que la maison de retraite donc j'ai laissé le poste de médecin coordinateur, le temps que je donnais à la coordination je l'ai donné à la visite, moi ce qui m'intéresse c'est le maintien à domicile des gens. J'ai une capacité gériatrie je m'intéresse pas mal aux personnes âgées afin qu'elles restent à domicile le plus longtemps possible. Voilà... mardi matin de 8h à 13h mercredi matin de 8h à 13 je fais des VAD au domicile des gens d'une part et j'ai une plage horaire de visites le lundi et jeudi en cas d'urgences. Je peux faire deux visites le lundi ou le jeudi ou sinon je fais de l'administratif.

MOI : bien, dans le milieu urbain c'est difficile d'avoir des plages pour les VAD...

DOCTEUR 1 : on peut faire en sorte. On a la chance d'exercer un métier libéral on peut faire ce qu'on veut voilà on fait ce qu'on veut donc après c'est en fonction de ce qu'on a envie de faire ce qu'on aime faire on peut organiser son planning comme on veut

MOI : et justement je vois que vous avez un secrétariat...

DOCTEUR 1 : c'est un secrétariat téléphonique donc ce sont des secrétaires médicales qui sont basées rue Unetelle à Angers on connaît bien le lieu la ville elles sont secrétaires médicales elles sont 5 elles ne gèrent pas que moi évidemment... elles ont 50 clients donc j'ai un agenda en ligne et donc pour demain matin je sais que j'ai des visites au cours de la journée elles me mettent des mémos avec des mémos prioritaires ou pas et donc au cours des consultations je vois s'il y a des mémos sinon elles m'appellent et le matin je pars faire des visites et elle m'appellent sur le portable en fonction de ce qui se passe, les visites sont en jaunes ... et donc par exemple mardi j'ai fait 2 visites de plus que ce qui était marqué sur le planning donc j'ai fait 2-4-6-8-9 11 visites mardi matin pour l'instant il n'y a que 4 pour demain mais en générale je fais une dizaine de visites.

MOI : est-ce que je peux vous demander de me raconter votre dernier visite ce que vous avez faite pourquoi pour qui ?

DOCTEUR 1 : alors comment j'ai fait mon tour... la dernière fois... j'ai fini par Mme hum donc en fait j'ai été la voir car sa fille m'a appelée c'est une dame à domicile qui est toute seule qui a 80 ans donc je soigne son époux qui a la maladie d'Alzheimer que j'ai fait rentrer en médecin de retraite Unetelle il y a 2 ans, maladie d'Alzheimer stade 3, elle, elle est cardiaque et BPCO... donc elle était épuisée par l'état de santé de son mari... et donc là sa fille qui m'a contactée et qui m'a dit j'aimerais que vous passiez voir ma maman parce qu'elle est fatiguée et qu'elle a des vertiges et en fait quand je suis arrivée je lui ai trouvé une

hypertension, elle prenait son traitement pour la tension le midi et pas le matin et les infirmières prennent quelquefois la tension, l'infirmière passe tous les matins pour aide à la toilette, préparation du traitement la distribution non car elle est capable de prendre ses traitements dans la journée mais elle avait changé son traitement antihypertenseur elle le prenait le midi et non le matin donc elle avait 22 de tension, y avait ça et y avait une visite chez le cardiologue prévue début décembre donc j'ai fait un petit mot pour le cardiologue et puis on a remis en place l'antihypertenseur et puis voilà...et depuis elle m'a rappelée et puis ça va... et j'ai fait une prescription pour l'infirmière pour qu'elle contrôle la tension pendant 8 jours et qu'elle le note pour le cardiologue et si c'était plus bien qu'elle rappelle...

MOI : ce que vous privilégiez c'est le maintien à domicile

DOCTEUR 1 : oui parce qu'elle est bien elle a sa petite maison de plain-pied elle a un jardin sa fille habite sur Angers son petit fils est aussi sur Angers quand j'suis arrivée mardi je suis arrivée à l'heure du repas (voyez le nombre de visites et y en avait 2 de plus !) son petit fils était là à déjeuner, il vient au moins une fois par semaine et sa fille vient au moins une fois par semaine et elle a une autre fille qui est dans TelleRégion qu'elle a au téléphone tous les jours donc on arrive à faire du maintien à domicile avec personne sur place. J'ai un couple qui est maintenant en structure qui était au dessus du cabinet et il y avait un fils à TelleVilledUneAutreRégion une fille à TelleVilledUneAutreRégion2 et l'autre à TelleVilledUneAutreRégion3; j'avais le fils de TelleVilledUneAutreRégion3 régulièrement au téléphone pour lui dire ben voilà ça va ça va pas...et du maintien à domicile avec des infirmières, des aides ménagères... ça se fait très bien...

MOI : on est d'accord on privilégie l'autonomie.

DOCTEUR 1 : ça coûte moins cher à la société les gens sont mieux chez eux ils ont leurs repères...

MOI : Après j'vais plutôt vous parler d'un sujet que sont les non-visites est-ce que ça vous est déjà arrivé de répondre non à une demande de VAD ?

DOCTEUR 1 : alors oui... Quand j'estimais que c'était abusif... chez les gens de plus de 70 ans je dis rarement non... après ça dépend de la charge de travail... les gens de moins de 70 ans je leur dis qu'il y a une conduite à tenir alors attendez la charge de travail je ne vais pas pouvoir me déplacer vous prenez 1g de paracétamol et puis je vous prends entre deux mais vous venez car moi je n'ai pas le temps de passer vous voir matériellement ce n'est pas possible vous prenez du paracétamol et votre mari vous amène j'vous prendrai entre deux et donc du coup ils savent que je fonctionne comme ça donc ça se passe bien...et je n'ai jamais de problème. Non le problème qu'on a maintenant c'est que mes confrères refusent les visites

à domicile, refusent... des dossiers trop difficiles aussi... donc notamment la dame qui vient de sortir quand vous êtes arrivée, elle m'a dit je vous remercie de me prendre en charge parce que j'ai eu 5 confrères avant vous qui refusent de me prendre en charge parce que je suis hypertendue diabétique obèse et j'ai l'apnée du sommeil donc quand ils ont vu le dossier les confrères ils ont dit non... là pour moi on ne veut pas la prendre c'est un problème maintenant ...là je passe un peu mon coup de gueule voilà... donc cette dame-là, je ne la vois pas à domicile car ça se passe bien mais je trouve que là je me demande pourquoi les gens ont fait médecine quand même ! et puis j'ai des appels de gens que je ne connais pas qui savent que je vois leurs parents là c'était mardi... un coup de fil d'une dame qui demande : est ce que vous acceptez de prendre ma maman en charge elle habite TelleLieu je lui dis que ce n'est pas forcément mon quartier oui mais elle sort de gériatrie les médecins du CHU ont demandé qu'elle soit vu par un médecin à domicile je lui ai dit de voir un médecin autour, ils ont refusé...je lui est demandé est-ce que je vous connais vous au moins ? Ah ben non...ben je lui ai dit vous essayez de me l'amener en consultation le plus longtemps et après on verra pour les visites à domicile mais hélas possible... ça c'est mon 2ème coup de gueule voilà... C'est quand même un peu navrant quoi et je trouve que la municipalité nous aide pas non plus pour faire les visites parce que maintenant on est obligé de payer le parcmètre donc...voyez le nombre de visites... il faut s'assurer qu'on ait bien toujours de la monnaie sur soi et payer après la carte qu'ils nous proposent la carte de stationnement qui est de 5 € par mois mais qu'il faut aller chercher et puis c'est pas facile, y a des travaux régulièrement... c'est mon coup de gueule aussi car y a des travaux partout de pouvoir se garer hier soir j'ai un confrère qui m'a dit : « j'me suis garé sur le bas côté sur le trottoir et puis les motards sont arrivés et voulaient me mettre une contravention je leur ai dit : dites donc j'ai une visite avec un SAMU donnez-moi votre nom, vous mettez la contravention mais moi je ne bouge pas du coup ils n'ont pas mis la contravention enfin ça montre qu'on est pas tellement respecté là-dessus donc quoi... une tolérance quoi...

MOI : déjà c'est bien de faire autant de visites parce que c'est vrai que comme vous disiez y a beaucoup de refus de médecins

DOCTEUR 1 : oui mais je trouve que à la visite la visite on apprend beaucoup de choses beaucoup de choses c'est intéressant une visite

MOI : justement qu'est ce qui est intéressant justement pour vous dans la VAD ?

DOCTEUR 1 : vous voyez les gens dans leurs environnements quand ils viennent chez les médecin ils vont chez la coiffeuse la veille ils prennent la douche ils s'habillent parce qu'il a le docteur... quand vous allez chez eux ils sont avec des pantoufles des tapis au bord du lit

donc ils glissent, ils tombent, vous arrivez à l'heure du repas vous les voyez manger « tiens vous ne mangez pas de viande le midi » « ben non je ne mange jamais de viande »... il y a plein de petits trucs on les voit à ce moment là... ah y a un voisin qui sonne... tient vous êtes aidés y a un entourage ? Vous êtes seul y a pas d'enfant il y a un voisinage qui est vigilant si les volets sont pas ouverts... quand vous êtes en consultation y a pas ces informations là, vous arrivez j'pense à une dame qui a été hospitalisée hier et qui m'a appelée ce matin elle m'a dit j'suis au 3^{ème} étage sans ascenseur et elle ne sort plus de chez elle son médecin traitant l'a abandonnée car il ne voulait pas faire de visite et elle est née en 21, voilà ! 91 ans voilà ! Je la prends en charge depuis novembre 2011 ça fait des années des années qu'elle était suivie par le confrère il ne veut pas faire de visites donc débrouillez-vous. Moi ça me choque un peu...

MOI : ben oui !

DOCTEUR 1 : cette dame je me serais pas rendu compte qu'elle vivait au 3^{ème} étage sans ascenseur qu'elle ne peut pas sortir de chez elle donc elle reste cloîtrée elle a un fils à TelleVilleDépartementVoisin, une fille en TelleRégionVoisine un petit fils qui vient une fois par semaine manger avec elle le midi mais sinon personne voilà donc elle a une aide ménagère qui vient 3 fois par semaine qui fait les courses le ménage elle est toute seule ! Mais un isolement euuuh la visite du médecin c'est une fois par mois mais c'est y a enfin quelqu'un qui vient me rendre visite et qui s'intéresse à moi et ça c'est dramatique quoi mais bon voilà...

MOI : y a eu la réforme de la visite à domicile est-ce que vous considérez que les confrères font moins de visites à domicile depuis cette réforme ou est-ce que vous trouvez que c'est juste un prétexte ou que ça leur a permis de dire non.

DOCTEUR 1 : ouais ouais les gens font moins de visites depuis la réforme mais c'est bien ! c'était bien aussi car ça a permis de dire au gens là attendez ça justifie pas une visite là... moi je trouve ça c'est très bien ça recadre les gens, par contre le comment dire le côté négatif, c'est que du coup les médecins ont pris l'habitude à ne plus faire du tout de visites et entre guillemets ils deviennent fainéants et ne vont plus sortir la voiture quoi... entre guillemets quoi... ils ont pris tellement l'habitude d'un confort de vie à ce que les gens viennent toujours au cabinet que ils ont plus du tout envie de faire de visites seulement on ne peut pas... hein voilà ou ils vont en structure et les structures ça coûte très cher hein... voilà c'est minimum 1200-1500 € par mois vous interrogez les patients demandez leur combien ils gagnent en retraite voilà hein donc il faut voir la réalité on a la chance d'exercer je pense le plus beau métier du monde ça nous permet de garder les pieds sur terre là où les gens nous disent : attendez docteur moi j'ai que 800 € de retraite par mois bon ben d'accord en effet ; docteur

mettez-moi des médicaments remboursés parce que j'ai que 500 € ah bon... comment vous faites le loyer et tout donc voilà... Y a plein de petites choses, notre métier permet de connaître tout ça et de comprendre je pense que la réforme des visites était bien mais il ne faut pas oublier qu'il y a des gens on ne peut pas faire autrement quand même...

MOI : y a aussi beaucoup de dévalorisation de la VAD par rapport au paiement à l'acte en fait par rapport aux consultations

DOCTEUR 1 : les visites c'est 10 € de plus là j'ai appris hier soir c'était une réunion que désormais le IK allait être payé, moi je ne comptais jamais mes IK, je me baladais comme une andouille c'était toujours 10 € même si je faisais 15km... Moi des fois j'vais en campagne aussi... parce que j'ai du mal à quitter les patients dont je me suis occupé donc du coup voilà on payait pas mes IK maintenant il paraît que la sécu rembourse les IK. donc on va pouvoir demander des IK ; vous avez la VL la visite longue et ben mardi justement j'ai fait une VL et j'l'ai pas cotée VL je l'ai cotée C car dans la même maison de retraite j'ai vu d'autres patients donc le premier il a eu le droit à son MD son 10 € et puis les autres ils ont tous été à C donc bon c'est pas grave en fait la visite longue c'est une visite où on échange avec le personnel ou avec la famille ce qui nous permet de coter un peu plus c'est bien, c'est nouveau on peut la prendre presque aussi souvent qu'on veut... pas à chaque fois on fait pas de la coordination à chaque fois mais quand on fait des maintiens à domicile on a souvent l'infirmière au téléphone ou présente sur place on s'arrange pour se retrouver à la même heure chez le patient on a souvent les enfants on a souvent le conjoint donc en fait cette VL qui est maintenant à 56€, ça apporte quelque chose mais j'oublie de la coter... le souci c'est que la sécu ne nous informe pas de ce qu'on peut coter moi je me suis installée et la sécu elle m'a pas dit à part le C et le V... et puis les majorations le dimanche et le week-end et c'est tout ce que je savais je savais pas qu'il y a des choses qui se faisaient différemment donc hier soir on a fait une FMC sur la cotation et j'ai découvert plein de choses que je ne savais pas j'ai jamais été formée là-dessus. Ca c'est scandaleux donc s'ils veulent que les médecins fassent des visites elles sont pas forcément dévalorisées ces visites c'est pas vrai... il faut qu'eux aussi ils communiquent là-dessus et puis ce qu'il faudrait aussi moi c'est aussi un coup de gueule moi quand j'étais en AutreDépartement quand j'arrivais en maison de retraite, les infirmières m'accompagnaient ou l'aide soignante et on allait voir le résident tous ensemble voilà moi j'suis arrivée ici en Anjou et j'ai trouvé ça nulle part dans aucune maison de retraite, les infirmières on a l'impression qu'elles nous fuient pourtant j'ai un bon contact avec elles, là il faut que je dise « j'ai besoin de vous on va voir le patient ensemble » et bon... elles ont l'air débordées j'sais pas si elles sont plus débordées qu'en AutreDépartement pourtant là-bas c'est le désert

médical ! Moi j'avais l'impression qu'on travaillait ensemble et quand j'étais au pied du lit que l'aide soignante aidait à déshabiller le patient pendant que j'échangeais avec l'infirmière... comme si c'était la famille voilà et là c'était intéressant c'était valorisant pour tout le monde tout le monde y gagnait quoi !

MOI : surtout pour le patient !

DOCTEUR 1 : pour le patient mais aussi pour l'aide soignante et du coup la fois d'après pour le même problème ils n'allaient pas nous appeler on faisait de la formation... et pourtant j'ai fait médecin coordinateur voilà et je n'ai pas réussi ici voilà à ce que les infirmières accompagnent les médecins qu'ils soient là voilà et ça je trouve que c'est dommage...

MOI : et en fait et après je ne vous embête plus il y a une thèse qui est sortie en début d'année sur les VAD avec un focus group je sais pas si vous connaissez c'est 5/6 médecins qui se regroupent autour d'un thème ils parlent pendant 1h et c'est des Nantais et ils parlaient de visites de confort effectuées par SOS médecins ; en fait voilà ils disaient qu'il y avait différents avis et je voudrais savoir un p'tit peu ce que vous en pensez par rapport à des visites pas à des visites d'urgence mais en fait des visites de confort pour des patients chroniques par exemple faites pas des personnes d'SOS ?

DOCTEUR 1 : j'en sais rien... car ça ne me concerne pas, j'ai pas d'avis j'ai pas une clientèle qui n'appelle pas tellement... soit c'est un respect c'est mon prédécesseur qui a institué un respect de l'un et de l'autre ce que je ressens énormément avec ma clientèle donc ma patientèle... j'ai pas l'impression qu'il y est de l'abus... des fois je leur dis attendez là oh ! faut pas abuser on dit bien dans le serment d'hippocrate non...pas dans le serment dans les contrats de remplacement on dit qu'on s'occupe de la clientèle de nos confrères comme un bon père de famille moi j'avais rayé dans mes contrats de remplacement comme une bonne mère de famille on doit leur dire comme un peu à nos enfants... là vous abusez un peu là hein d'accord vous avez vu comment on travaille ? Il faut recadrer un peu et puis ça se passe très bien en bonne intelligence et les gens... j'ai pas eu de retours comme ça

MOI : est-ce que vous pouvez me donner trois mots qui représentent la visite à domicile pour vous ?

DOCTEUR 1 : 3 mots pour définir une visite à domicile

MOI : Quels sont les déterminants à vous des visites à domicile ?

DOCTEUR 1 : maintien à domicile, une qualité de bien vieillir, ça c'est très important voilà et puis, ben on est médecin de famille quoi on n'est pas des hospitaliers ou dans des structures, on est médecin de famille ! Voilà

MOI : je vous remercie beaucoup

DOCTEUR 1 : non ben de rien

Docteur 18

Sexe : masculin

Tranche d'âge : 55-60

Mode d'exercice : seul

Lieu d'exercice : rural

Organisation : secrétariat

Maitre de stage : oui

Nombre de VAD/semaine : 5-10 / semaine

Planning de visites : début d'après-midi

MOI : merci déjà de me recevoir

DOCTEUR 18 : ben je vous en prie, je vous en prie ! Alors... alors, alors, alors. Racontez-moi tout

MOI : donc c'est une thèse de médecine générale sur les visites à domicile, c'est pas l'intérêt des visites à domicile, c'est une étude qualitative, c'est des entretiens qualitatifs pour savoir un petit peu comment les médecins généralistes perçoivent la visite à domicile et également en fait quels sont les déterminants qui les poussent à partir en visite à domicile de nos jours.

DOCTEUR 18 : je vous écoute...

MOI : donc c'est anonymé en fait, y a juste un enregistrement que je retranscrirai

DOCTEUR 18 : pas de problème

MOI : j'vais juste vous demander une tranche d'âge

DOCTEUR 18 : euh 58 ans

MOI : et votre pratique en fait, depuis quand vous êtes installé ?

DOCTEUR 18 : depuis euh 30 ans, 30... 32 ans oui

MOI : et du coup toujours ici...

DOCTEUR 18 : ici, depuis 32 ans, je suis installé en médecine rurale, seul, dans un village de quinze cents habitants et j'ai 58 ans. Voilà !

MOI : vous êtes un des seuls maintenant qui êtes médecin un petit peu...

DOCTEUR 18 : oh non, oh non, y en a encore, y en a encore plein, oui oui

MOI : et un secrétariat du coup ?

DOCTEUR 18 : j'ai une secrétaire, alors aujourd'hui elle n'est pas là, une personne qui fait le ménage, le secrétariat à mi-temps

MOI : et sinon c'est vous qui gérez les coups de téléphone

DOCTEUR 18 : sinon ben oui, c'est moi qui gère le téléphone, le matin les gens appellent avant 9h normalement et puis l'après-midi normalement y a quelqu'un mais nous sommes mercredi, aujourd'hui elle n'est pas là, exceptionnellement, d'habitude y a quelqu'un en début d'après-midi jusqu'à 5h, de 1h30 à 5h.

MOI : et au niveau des visites à domicile, vous en faites euh...

DOCTEUR 18 : le moins possible, mais oui bien sûr j'en fais oui.

MOI : à peu près combien par semaine ?

DOCTEUR 18 : écoutez, peu, en moyenne entre une et deux par jour. 5 à 10 par semaine à 99,9% des personnes âgées et à 95%, 90% en institution, maison de retraite. Beaucoup, beaucoup.

MOI : vous faites beaucoup de visites en maison de retraite.

DOCTEUR 18 : je fais pas beaucoup de visites mais le peu de visites que je fais sont très très souvent en maison de retraite.

MOI : et à domicile du coup par semaine

DOCTEUR 18 : ça arrive mais très peu, essentiellement des personnes âgées. Parfois j'ai un couple de jeunes gens qui sont paraplégiques, ils n'ont pas de voiture, donc je les vois, globalement c'est surtout ça

MOI : est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière visite à domicile ? Comment ça s'est passé, c'était pour quel motif, enfin...

DOCTEUR 18 : euh la dernièremais dernière visite à domicile, c'était euh, ben c'était hier, j'ai fait 3 visites à domicile, ce qui était beaucoup euh ma dernière visite c'était, la dernière-dernière, c'était une dame âgée, c'était à son domicile. Ah oui hier donc j'ai vu 3 personnes, à domicile... alors c'était une dame âgée qui vit toute seule à côté de chez ses enfants, qui a une pathologie cardiaque de fibrillation ventriculaire bien équilibrée mais qui a un début d'Alzheimer et que je vais voir tous les 3 mois pour le renouvellement

MOI : c'est pour un renouvellement

DOCTEUR 18 : c'est pour un renouvellement après c'est pas... la plupart du temps c'est ça. Les pathologies aiguës... alors sauf chez ces gens-là que je vois habituellement, là j vais voir, mais sinon pratiquement tout le temps ils viennent

MOI : oui vous arrivez à faire...

DOCTEUR 18 : ah oui, oui, oui, oui ben oui hein on n'a pas le temps d'aller. Les visites, c'est pas du tout moi j'en cherche pas... si je pouvais ne pas en avoir du tout moi j'serais content hein ça prend du temps, on est pas bien installé, on n'a pas nos instruments, on n'a pas le Vidal, on n'a pas Internet, on n'a rien de tout ça, donc c'est pas de la bonne médecine...

MOI : et est-ce que vous vous rappelez d'avoir refusé une visite à domicile ?

DOCTEUR 18 : oui, bien sûr. Oh oui ben refuser, refuser, j'sais pas si ça m'est arrivé, mais en général je les convaincs surtout de venir. J'ai une autre dame âgée, qui, ah, elle m'embête un peu « il fait froid et tout » j'ai dit il fait froid aussi pour moi, vous vous couvrez, vous venez et puis elle est venue hein ah oui, ça m'est arrivé de ne pas y aller, de dire « non écoutez je peux pas »... ils se sont débrouillés hein y a un autre médecin qui a dû y aller. C'est pas des choses qui étaient vitales hein c'était ... j'aurais pas fait ça pour des raisons vitales

MOI : et au niveau visites injustifiées, ça vous est déjà arrivé de pas forcément coter injustifié mais considérer une visite comme injustifiée et...

DOCTEUR 18 : le fait que la personne n'ait pas pu se déplacer ?

MOI : non le fait que vous ayez en fait, que vous vous étiez déplacé, que bah sur place, vous ayez...

DOCTEUR 18 : bah j'ai pas mal de consultations qui sont injustifiées aussi. De temps en temps, y a des gens qui viennent pour un rhume, on se dit « mais là, qu'est-ce que vous faites là ? » alors bon, ça peut arriver des visites injustifiées, oui, ça peut arriver, oh pff injustifiées. Je sais pas comme mes visites ne sont que pour des personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer, c'est parfois, oui on se dit « elle aurait pu se passer de moi » mais bon, on est passé parce qu'on ne sait jamais hein ouais si si ça arrive les...

MOI : et depuis le début de votre exercice, parce que du coup, c'est agréable d'avoir un médecin qui a de l'expérience du coup

DOCTEUR 18 : j'ai jamais fait beaucoup de visites, depuis le début, j'ai toujours, enfin au début je voyais les enfants quand même de temps en temps, là je ne vois plus jamais, pratiquement jamais d'enfants hein euh j'ai jamais fait beaucoup de visites, j'ai toujours insisté pour que les gens se déplacent quitte à déplacer, de faire un créneau, « là je vous prends tout de suite » mais j'ai toujours insisté pour que les gens se déplacent parce que oui on travaille mieux au cabinet qu'à la maison. Et donc y a quand même un peu moins mais j'ai moins de baisse de visites que mes confrères qui se déplaçaient facilement, qui ne savaient pas dire non mais moi j'ai toujours dit « venez », je vous reçois hein, je travaille sur rendez-

vous, on prend un créneau et tout, on s'arrange et donc j'ai eu moins de... j'ai eu une diminution du nombre de visites quand les visites sont... y a eu quelque chose...

MOI : oui en 2002...

DOCTEUR 18 : j'sais plus ce qu'il s'était passé, y a eu quelque chose mais voilà j'en ai peu j'en ai très peu... plus.

MOI : et par rapport à vos collègues, eux me disaient qu'au départ ils avaient des créneaux de visites qui étaient de l'ordre de la demi-journée, ils passaient leur matinée en visite, vous...

DOCTEUR 18 : ben moi mes créneaux de visite, c'est l'après-midi, c'est le début d'après-midi, c'est de... alors c'est compliqué parce que moi mon... j'ai des trous par exemple là j'ai 2 visites à faire, je recommence à 4h15, j'ai vu le délégué de l'assurance maladie tout à l'heure et je vous vois vous donc

MOI : ah c'est marrant, on se poursuit [par rapport méd. conseil !! déjà rencontré]

DOCTEUR 18 : non, non mais c'est pas grave j'ai, j'aurai le temps de les voir tout à l'heure mais bon, c'est de 2h à 4h c'est pas tous les jours parce que j'ai d'autres activités pour handicapés, etc. voilà, y a des créneaux, je réserve 1h30 en moyenne, 2h par jour.

MOI : et avant en fait quand vous avez commencé enfin y avait pas forcément de

DOCTEUR 18 : pfff c'était un peu plus long, c'était un peu plus long mais, mais c'était pas énormément plus long et comme j'étais un jeune médecin installé j'avais moins de travail donc du coup j'avais plus de temps

MOI : vous avez créé en fait ?

DOCTEUR 18 : oui, pratiquement, j'avais pris à quelqu'un qui était en fin d'activité donc quasiment une création, oui, oui.

MOI : et en terme, justement dans la pratique c'est un peu, est-ce que vous avez-vous en 2002, est-ce que vous vous êtes senti un petit peu plus en capacité de dire « non » aux visites entre guillemets, enfin...

DOCTEUR 18 : non ça n'a rien modifié à mon fonctionnement, je l'avais déjà fait depuis longtemps.

MOI : et vous considérez que ça c'est lié à vous ou c'est quelque chose qu'on vous a...

DOCTEUR 18 : je sais que mes confrères étaient très contents de cette modification de la législation car ça leur a permis de faire moins de visites moi ça n'a presque pas modifié mon mode de fonctionnement car je l'avais déjà intégré dans mon mode de relation avec mes patients auparavant. Ca fait longtemps.

MOI : oui c'est ça, parce que moi, dans la thèse, on voit un petit peu la différence entre le côté un peu éducatif qu'on a eu nous, jeunes sortant, enfin, j'ai des collègues que j'interrogeais

entre 35 et 40 ans qui ont été éduqués entre guillemets par la faculté à dire plus facilement non et c'est vrai que...

DOCTEUR 18 : oui, oui, oui, j'sais pas. Je sais pas, y a les habitudes aussi, on n'a pas d'SOS médecins, bon, c'est très très modeste hein dans les villes, les gens ils sonnent le médecin vient hein

MOI : oui enfin oui, y en a pas à Angers

DOCTEUR 18 : y a pas d'SOS médecins, mais à Nantes et tout, à Nantes et tout, par exemple, euh bon. Ben nous ça ne fonctionne pas comme ça, moi j'vois des gens même en vacances qui sont très surpris en leur disant que je ne viens pas, « vous venez », « ah bon ? » « oui, oui, oui, vous pouvez vous déplacer, enfin sauf si vraiment vous ne pouvez pas hein » ça peut arriver hein mais c'est quand même exceptionnel

MOI : oui y a une consœur en fait qui me disait qui travaille sur Angers même, elle me disait les médecins d'Angers ne veulent plus accepter de patients quand ils sont en visites à domicile, des personnes âgées en perte d'autonomie

DOCTEUR 18 : bon ben moi, c'est pas ma philosophie, mais bon. Non, on n'aime pas les visites mais il faut en faire hein moi j'ai des patients qui sont... ça peut très bien m'arriver... j'ai géré un nouveau patient y a pas longtemps qui est un monsieur qui a eu une greffe de foie, une greffe de rein, une greffe de cœur, il est dans l'incapacité de se déplacer bien sûr je vais le voir hein y a pas de problème et j'vais le voir, c'est évident qu'il ne peut pas se déplacer. Mais bon.

MOI : mais c'est le côté justement rural, peut-être des gens...

DOCTEUR 18 : oui, ben non, non, dans notre métier y a des patients faciles à traiter, y a des patients sympathiques, des patients désagréables, des patients... (respiration-souffle) moi je ne choisis pas, enfin je ne pense pas, enfin je ne le conçois pas de juger quelqu'un sur des critères de disponibilité et tout. Si c'était pour des raisons personnelles, c'est-à-dire il ne peut pas se déplacer, il n'en est même pas question, mais si elle n'est pas capable, si vous n'êtes pas capable de vous déplacer, ça va être difficile de voir ces gens.

MOI : non mais c'est important, c'est... après est-ce que je peux vous demander enfin dans votre exercice de tous les jours, est-ce que facilement vous refusez enfin, un certificat, un avenant, ou...

DOCTEUR 18 : je refuse, alors d'abord on m'en demande peu. Ca m'arrive de refuser bien sûr, facilement quand c'est parfaitement injustifié oui. Oui ça ne me pose pas de problème.

MOI : votre patientèle vous connaît aussi

DOCTEUR 18 : oui, oui, les gens d'ici, en campagne, ils me connaissent hein c'est rare qu'il y ait des demandes totalement injustifiées hein euh non non, j'ai fait cela une fois y a 25-30 ans j'avais accepté un certificat de complaisance et ben j'y pense encore, donc... c'était un étudiant diabétique qui n'avait pas pu se présenter... jamais plus je ne recommencerais. De temps en temps après on pèse le pour et le contre, on se dit c'est peut-être bon, c'est peut-être justifié mais là c'est autre chose, c'est pas des choses qui sont totalement injustifiées hein je me rappelle une visite, y a 30 ans aussi, en garde, auprès de quelqu'un qui allait très bien qui était en fête avec ses amis, qui dit « oui j'veux un certificat médical parce que demain je ne veux pas retourner au boulot », ça s'est mal passé olala ça s'est très très mal passé, mais oui, bon, ça j'dis non. Mais non seulement je n'ai pas fait d'acte de soin, non seulement je lui ai fait payer le maximum, j'lui ai pas donné de certificat et puis c'est terminé

MOI : et est-ce que je peux vous demander, en 3 mots, est-ce que vous pouvez me définir un petit peu ce qui vous pousserait, les déterminants des visites à domicile pour vous.

DOCTEUR 18 : ah la seule raison pour laquelle je fais des visites à domicile c'est pour l'incapacité des gens de se déplacer. Y a pas d'autres raisons.

MOI : enfin peut-être l'urgence aussi, enfin, oui

DOCTEUR 18 : oui, l'urgence on est d'accord, ok mais ça c'est... y en a moins maintenant avec le système de SMUGA, machin SAMU, oh oui, ben oui, et encore hein l'urgence, si, si y a un OAP, c'est évident, mais sinon les urgences de blessure, je leur dis que ça ne sert à rien que je vienne, vous venez, ou alors s'ils ne peuvent pas venir... c'est vrai ça fait longtemps que j'ai pas été sur des urgences comme ça. Ben oui quelqu'un qui tombe dans la rue, j'vais intervenir. Oui, c'est l'incapacité de se déplacer hein j'dirais même l'urgence, si les gens marchent, etc. ils peuvent venir hein dans les, souvent les entreprises, les usines appellent en disant « faut venir y a quelqu'un qui a mal au dos », « non venez », maintenant je ne me déplace plus pour ça, c'est ridicule, c'est pas justifié médicalement, ça prend trop de temps, ça bloque tout, ça perturbe les consultations, les gens viennent je les prends entre deux mais ils viennent.

MOI : oui ben oui, je rebondis un petit peu sur ce que vous disiez tout à l'heure, vous disiez les visites à domicile, on n'aime pas. Justement, est-ce que vous avez changé un peu depuis le départ lorsque vous avez commencé ? Non a priori, vous avez la même ligne de conduite. Qu'est-ce que vous ressentez par rapport aux visites, vous n'êtes pas à l'aise, vous enfin, c'est...

DOCTEUR 18 : ben j'ai l'impression de faire de la moins bonne médecine voilà, c'est plus compliqué de déshabiller les gens, c'est plus compliqué de les examiner correctement,

l'éclairage n'est pas bon, y a du bruit, y a du machin. On n'est pas à l'aise, on n'a pas son environnement habituel pour travailler, c'est vrai on a souvent besoin des p'tites euh, où sont passées les lampes, les machins et tout, voilà. Donc je fais pas la même médecine, de la moins bonne médecine j'en suis certain, à domicile, j'en suis sûr, sûr et certain. Les gens, c'est différent, c'est nous qui allons vers eux donc c'est très différent voilà, c'est la raison pour laquelle...

MOI : comme on est en campagne du coup, ça fait penser à, j'ai rencontré un médecin qui me disait : « ah j'aime bien aussi cette dame parce que j'ai le petit café, le petit calva chez le » enfin

DOCTEUR 18 : oui, moi, c'est vrai, le p'tit calva, y avait intérêt à refuser au début hein parce que sinon ça ferait des... oui, mais non, y avait des choses, y avait des aspects sympathiques de la visite à domicile et en particulier qu'on a plus, c'est ce que je disais à ma femme l'autre jour, on ne reconnaît plus, on savait où habitait les gens, dans quel milieu ils étaient, etc. y en avait un peu plus, j'y allais de temps en temps hein et là maintenant y a de très très nombreuses maisons de mes patients dans lesquelles je ne suis jamais rentré, la majorité et c'est vrai que ça me manque un peu de temps en temps de savoir comment vivent les gens et tout et tout ça donne des renseignements et puis ça permet de connaître la commune mais c'était le côté sympa alors oui de temps en temps vous avez une p'tite grand-mère qui vous offrait en visite à domicile, vous offrait les tomates du jardin ou j'sais pas quoi mais bon, ok, c'est perdu, c'est la partie, dommage, hein c'est vrai la partie mais bon. Le problème c'est qu'on n'a pas le temps, on a trop, des journées un peu speed en permanence. On a un planning, on a... il faut faire rentrer un certain nombre de choses dans un certains nombres de trucs et c'est pas facile de les caser quoi. Les visites à domicile, c'est très chronophage

MOI : y en a qui me disaient ben oui faire la voiture j'aime bien parce que du coup ça me coupe et après je reviens au boulot enfin...

DOCTEUR 18 : moi pas, moi les visites j'aime mieux m'en débarrasser parce que ça me casse les pieds. C'est personnel hein. Peut-être que de ne pas être dans son milieu de travail c'est pas sécurisant, j'en sais rien. Je n'ai pas peur mais, bon non et puis j'ai jamais eu d'agression de choses comme ça hein non non mais...

MOI : j'en ai pas rencontré qui m'ait dit ça pour l'instant

DOCTEUR 18 : ça peut arriver mais...

MOI : et je rebondis, la dernière chose, c'est, y a en fait SOS à Nantes comme vous le disiez très bien et ben j'vois un peu, qu'est-ce que la médecine dans 10 ans, la médecine générale notamment, qu'est-ce que les visites, parce que la population va en vieillissant, les retraités

sont soi-disant moins payés que ceux qu'il y a en ce moment entre guillemets. Comment nous entre guillemets on va percevoir les visites à domicile dans 10 ans ?

DOCTEUR 18 : moi j'ai pas l'impression que ça va changer beaucoup j'dois dire, j'ai l'impression qu'on est arrivé pratiquement... enfin j'vois chez moi je suis arrivé à peu près à un point bas, très très difficilement, alors si, le seul moyen de baisser le nombre de visites à domicile c'est de faire un système de d'accompagnement des gens. Y a beaucoup de gens qui viennent hein donc voilà qui avant seraient pas venus, ils prennent parfois un taxi, ça arrive parfois. Une voisine, un système d'aide pour venir mais ça pour moi c'est pas une raison, s'ils peuvent le faire, il faut le faire hein y a pas de raison que ce soit moi qui paye ou la sécu qui paye le transport que les gens refusent de payer quoi. Non moi c'est quand les gens physiquement ne peuvent pas, ils sont vraiment âgés, etc. euh j'pense que les gens vieillissent mais ils vieillissent de mieux en mieux donc ils peuvent bouger de plus en plus longtemps et les personnes qui sont dépendantes sont en institution ou autres et là il faudra continuer à les voir à domicile parce que ça on n'a pas le choix...

MOI : non parce que du coup, y a eu un focus group, je ne sais pas si vous connaissez à Nantes qui disait qu'éventuellement il y aurait, dans l'absolu hein, un SOS entre guillemets qui serait pour les visites à domicile des patients chroniques avec un dossier entre guillemet à jour enfin entre les médecins qui feraient que des visites à domicile chez les patients chroniques. Qu'est-ce que vous en pensez ?

DOCTEUR 18 : non c'est n'importe quoi, je sais pas. Je déteste SOS médecin comme système qui est un système qui pousse à une consommation, une inflation sans aucun contrôle des délais de soins puisqu'ils sont servis et que justement les efforts qui ont été faits en médecin de ville pour dire au gens de se déplacer, ce système là et ben il va exactement à l'envers parce que les médecins eux, ce sont des gens qui plus ils travaillent plus ils gagnent leur vie et plus ils gagnent de l'argent et plus ils veulent le faire, ils acceptent tout. Vous pouvez me dire ce que vous voulez mais de toute façon ils acceptent tout. Un certificat de sport, ils vont le faire à domicile, etc. c'est bien payé. Donc ce système est à mon avis totalement inadmissible et scandaleux mais il est vachement bien pour les patients parce qu'à la maison ils n'ont qu'à claquer des doigts. Il est beaucoup moins bien pour les finances publiques générales des gens et je trouve tout à fait inadmissible, alors que les médecins qui tournent là-dedans, qui sont là pour faire de l'argent hein Faire SOS médecins, c'est un moment intermédiaire de leur vie, ils ne sont pas encore installés, ils sont étudiants, ils ne veulent pas créer de rapports personnels avec le patient, etc. c'est leur problème, ils ont un système comme ça qui leur permet de vivre et de bien vivre et plus ils multiplient les actes,

plus ils gagnent leur vie donc ils le font. J'sais pas hein y a peut-être des médecins installés qui font pareil hein ça doit exister aussi hein mais j'pense que SOS médecins est particulièrement... euh c'est inconnu, c'est un médecin inconnu chez un patient inconnu, on se voit aujourd'hui, on ne se reverra plus.

MOI : oui c'est vrai que l'entretien précédent, elle me disait, enfin c'est surtout en ville lorsqu'ils ont SOS en fait, quand elle allait remplacer elle me disait « ben de toute façon si vous n'êtes pas contente, j'appelle les pompiers, si vous ne venez pas tout de suite j'appelle les pompiers »

DOCTEUR 18 : ouais ben il faut qu'ils appellent SOS médecins mais le jour où les pompiers ou SOS médecins leur diront non, ça calmera les choses. Nous en campagne on n'a pas de problème parce qu'on s'entend bien, etc. parce que c'est vrai qu'il y a aussi sans doute qu'il n'y a pas de concurrence sauvage hein parce que je ne dis pas que ce serait la même chose s'il y avait 8 médecins et que chacun avait besoin de gagner sa vie, etc. bon, là c'est pas le problème, on n'est pas dans cette dynamique-là du tout, on est pas du tout dans ce problème-là donc aujourd'hui, on est bien capable de dire ben non, vous viendrez plus tard ou vous ne viendrez pas ou vous viendrez par vos propres moyens, s'ils peuvent hein si les gens disent je ne peux pas me déplacer, c'est pas la peine de les brusquer hein mais les gens qui ont 40 et qui viennent au cabinet c'est tous les jours hein avant, au début je me rappelle « j'ai de la fièvre et tout », je leur dis oui, et alors ? Prenez un doliprane et vous venez » voilà, non mais des visites pour des visites chroniques non, c'est encore un machin pour augmenter les finances... c'est n'importe quoi. Les patients des visites à domicile sont exactement comme les autres patients, la seule différence c'est que le lieu d'examen n'est pas le même parce qu'ils sont à la maison de retraite ou parce qu'ils sont à domicile, âgés, ils ne peuvent pas se déplacer. C'est tout.

MOI : et bien c'est gentil d'avoir répondu.

DOCTEUR 18 : et ben y a pas de quoi ! Bon courage hein vous êtes à Angers où ?

MOI : j'suis à Segré

DOCTEUR 18 : non mais votre fac ?

MOI : A Angers, Angers. Ah oui parce que vous, vous êtes entre Nantes et Angers...

DOCTEUR 22

Sexe : masculin

Tranche d'âge : 55-60 (56)

Mode d'exercice : seul

Lieu d'exercice : Urbain

Organisation : pas de secrétariat

Nombre de VAD/semaine : 4-5/semaine (sans maison de retraite sinon le double)

DOCTEUR 22 : bonjour

MOI : bonjour, c'est enregistré mais anonymé, en fait après...

DOCTEUR 22 : oui, oui

MOI : euh, c'est une thèse en fait qui porte sur les visites à domicile, c'est une étude qualitative savoir un peu comment les médecins généralistes perçoivent la visite à domicile et qu'est-ce qui les détermine à partir en visite à domicile. Donc j'aurais besoin, un petit peu de savoir, votre âge si c'est possible et votre pratique. Hum bon, si je peux me permettre.

DOCTEUR 22 : 56 là, oui, et la pratique c'est-à-dire...

MOI : euh, c'est un exercice qui est plutôt urbain, je pense, ou semi-urbain

DOCTEUR 22 : oui, c'est urbain, oui, une banlieue

MOI : vous avez commencé directement dans un cabinet, dans ce cabinet-là, ou...

DOCTEUR 22 : ça fait 20 ans, 21 ans que je suis là

MOI : d'accord

DOCTEUR 22 : j'ai remplacé très longtemps avant, huit ans. J'ai remplacé 5 ans ici, 6 ans même ici avant ; c'est ma première installation, bon, ce n'est pas moi qui ait créé le cabinet

MOI : euh, oui après vous avez pris sa patientèle.

DOCTEUR 22 : oui

MOI : et vous faites à peu près combien de visites à domicile par semaine, sans compter les, les maisons de retraite

DOCTEUR 22 : sans compter les maisons de retraites, alors euh peanuts, pas grand-chose, euh... sans compter les maisons de retraites je dois faire, euh, 4-5 c'est tout.

MOI : euh, et en comptant les maisons de retraite, globalement

DOCTEUR 22 : bah ça double le chiffre, parce que j'en fais, j'en fais très peu en fait, les maisons de retraites, c'est souvent dans la même semaine je veux dire, donc euh, ben aujourd'hui j'en ai pas fait par exemple, hier j'en ai fait, oui oui c'est ça, ça fait pas beaucoup

MOI : euh ben oui, et vous en faites euh, enfin c'est des créneaux qui sont définis par...

DOCTEUR 22 : oui, en début d'après-midi

MOI : et, vous avez vu un peu de modification là depuis 20 ans que vous êtes installé

DOCTEUR 22 : ah ben c'est net oui

MOI : avant vous aviez des créneaux différents

DOCTEUR 22 : non non, pour les créneaux horaires ça j'ai toujours été comme ça oui, pour les demandes y a pratiquement plus de demandes de visite à domicile sauf des cas très particuliers, les gens qui peuvent pas se déplacer, euh, personnes âgées souvent, les personnes handicapées, en fauteuil roulant, quoique ils peuvent venir, les maisons de retraite, les autres visites j'en fais très très rarement, même pour les enfants, j'en fais pratiquement plus parce qu'on refuse ou on fait tout pour qu'ils viennent, je pense que mes collègues sont pareils.

MOI : oui

DOCTEUR 22 : bon y a des cas particuliers, ou quelquefois la mère avec 4-5 enfants et les enfants qu'elle garde, c'est sûr que là, ce n'est quand même pas très fréquent, et puis les gens le savent donc y a plus beaucoup de demande

MOI : oui, mais c'est vous qui prenez les appels

DOCTEUR 22 : oui, je gère tout, je connais les gens je sais comment ils fonctionnent, euh quand je reconnais pas la voix c'est que c'est quelqu'un que je reconnais pas, la plupart du temps, donc c'est, ça sent la visite abusive souvent, les gens qui font le tour des cabinets, donc si c'est vraiment justifié ok, si c'est pas justifié ou si c'est douteux, bah je leur dis de venir, s'ils veulent pas venir, c'est bon...

MOI : est-ce que je peux vous demander la dernière visite à domicile que vous ayez faite, si, enfin, vous pouvez me donner le motif ?

DOCTEUR 22 : hier, oui, c'est un couple personnes âgées qui habite dans le domaine de TelLieu pas très loin, lui est très handicapé par une artériolopathie cérébrale et des troubles de la marche, il se déplace très difficilement, il fait des chutes fréquentes, et elle, elle est, euh, elle très handicapée par des arthroses aux genoux aux hanches et un asthme elle faisait une infection bronchique ; donc que là c'est sûr c'est justifié en terme justifié

MOI : oui

DOCTEUR 22 : pas de souci...

MOI : est-ce que vous avez, est-ce que vous avez le souvenir d'avoir fait une visite que vous avez considérée comme injustifiée, pas forcément cotée injustifiée, mais...

DOCTEUR 22 : oui, ça arrive, de temps en temps, mais bon, c'est quand même pas très fréquent, peu fréquent

MOI : vous pourriez me dire un petit peu, enfin, la dernière, c'était quand ?

DOCTEUR 22 : pffou, une gastro-entérite virale, et puis les gens quand on va les voir, ben, ils tiennent debout, bon d'accord, ils disent toujours : « j'ai pas envie d'aller dans le cabinet, parce que j'ai envie de vomir, je vais avoir la diarrhée, de toute façon, s'ils téléphonent le matin moi je les vois en début d'après-midi, ils vont déjà un peu mieux, quoi ; la plupart du temps, est-ce que c'est justifié ou pas ?

MOI : oui, c'est

DOCTEUR 22 : quand j'ai le temps, c'est justifié, quand je n'ai pas le temps je trouve ça injustifié

MOI : (rire) ah oui !

DOCTEUR 22 : un peu comme ça. Bah les gens abusent pas, hein, les gens, euh, quand on les connaît ça va c'est, puis on fait la clientèle à son image, on dit toujours la même chose, donc euh voilà

MOI : et puis comme c'est vous qui répondait au téléphone c'est peut être aussi...

DOCTEUR 22 : oui, y a des choses qu'on résout au téléphone ouais ouais ouais...

MOI : c'est plus facile d'avoir le contact, alors qu'une secrétaire ou un secrétariat virtuel...

DOCTEUR 22 : c'est très difficile, déjà nous des fois ce n'est pas facile hein ; des fois je culpabilise parce que je fais venir les gens alors que je n'aurais pas dû, ça m'est arrivé récemment samedi dernier. Une patiente qui n'habite pas très loin là, bon elle vient toujours, puis là j'suis vraiment pas très bien, une diabétique, puis j'ai du mal à respirer euh, je lui ben euh, je lui ai proposé, d'aller chez elle, je viens voir ou vous venez, non je vais venir, bon euh œdème des poumons, fibrillation auriculaire, pas bien du tout quand même hein, euh bon bah oui bon, je lui avais posé la question quand même ; moi je sais que c'est quelqu'un qui, mais je la sentais pas très bien au téléphone, elle a voulu venir, elle a fait quoi, 20 mètres 30 mètres en fait, mais quand même...

MOI : euh oui c'est pas...

DOCTEUR 22 : il faut éviter ça, quand même, mais bon y a pas eu de problème mais c'est, mais bon c'est stressant...

MOI : mais vous avez déjà refusé de faire enfin, refusé des visites à domicile

DOCTEUR 22 : oui bien sûr oui, fin ...refusé euh, refu..

MOI : ou vous avait demandé de venir, quoi fin, vous négociez peut-être

DOCTEUR 22 : ah oui oui, je négocie moi, la visite à domicile le soir après vingt heures faut vraiment que ce soit, vraiment justifié, ça arrive très rarement mais ça peut arriver, mais euh, pfou... je leur dit ben vous venez le gamin en pyjama et puis voilà, et je pense qu'il y a des choses comme ça maintenant !

MOI : oui oui, c'est beaucoup plus, et par rapport à avant, quand vous avez commencé, enfin, c'est la mentalité des gens, c'est votre mentalité à vous en tant que médecin

DOCTEUR 22 : mais les deux hein, les deux, je pense qu'il y a un message qu'est quand même bien passé, comme quoi la visite fallait pas qu'elle soit automatique, comme les antibiotiques

MOI : (rires)

DOCTEUR 22 : et puis que tout le monde a le même discours je pense, donc ça conforte notre attitude quoi, puis euh, les gens le conçoivent très bien, je trouve, euh moi j'ai euh, j'ai un système de fonctionnement qui est un peu particulier, je prends sans rendez-vous le matin et sur rendez-vous l'après-midi, le soir, donc j'essaye quand même de respecter l'après-midi et le soir à peu près les horaires pour pas que les gens attendent 2h dans la salle d'attente quoi, c'est un respect vis-à-vis de moi aussi ; donc ils savent comment je fonctionne, donc si j'accepte de venir tard, c'est que je ne peux pas faire autrement puis, voilà, et si je leur refuse la visite c'est qu'ils savent bien que c'est allumé, qu'ils peuvent me voir tard le soir, que le soir, y a un moment où il faut que ça s'arrête ; y a ça, les visites du soir, parce qu'on a 39 de fièvre, je trouve ça un peu abusif...

MOI : oui

DOCTEUR 22 : alors après, je ne sais pas si j'ai répondu à la question, oui les mentalités des gens ont changé, la mentalité des médecins a changé, le rapport de force, entre guillemet, a complètement changé hein, parce qu'il y a 20 ou y a 30 ans, quand on s'installait, on ne savait pas si on allait pouvoir travailler, il y avait trop de médecins par rapport à la population, maintenant le rapport de force a complètement changé, je crois que c'est ça, le discours est rentré dans les mœurs...

MOI : oui en plus....

DOCTEUR 22 : puis là, les gens ont des moyens de déplacement, quand même, faut pas...

MOI : et puis, enfin je ne sais pas comment ça fonctionne VotreVille par rapport aux gardes en fait, vous dépendez du SMUGA

DOCTEUR 22 : oui du SMUGA...

MOI : alors du coup en fait enfin

DOCTEUR 22 : ce qui est un confort pour ne pas te dire...

MOI : (rires) donc ben après, j'ai vu des médecins d'Angers qui avaient le SMUGA aussi, donc euh, donc c'est vrai qu'ils me disent que par-contre, sur certaines visites, ils sont un petit peu acculés, justement les médecins d'Angers, ils me disent que des patients leurs disent « on va appeler celui de garde »...

DOCTEUR 22 : ils ont leur solution hein...

MOI : oui euh...

DOCTEUR 22 : oui mais leur solution en fait maintenant, si on leur dit d'aller à côté des urgences, enfin de l'hôpital, donc euh, quand c'est vraiment justifié, ils y vont hein d'ailleurs, quand c'est abusif, moi j'ai fait dix ans de SMUGA c'est complètement abusif les visites de nuit, bon, c'était un peu, faire marcher le SMUGA quoi, bon, c'était une période où c'était complètement différent ; ça, ça m'a dégouté des gardes du SMUGA et des visites d'ailleurs.

MOI : oui oui (rires)

DOCTEUR 22 : y a dix ans de ça...oui bon voilà

MOI : justement quand vous avez commencé fin, quel était votre ressenti par rapport aux visites à domicile est-ce que vous, est-ce que vous appréciez bien faire des visites à domicile...

DOCTEUR 22 : oui parce qu'on en fait pas beaucoup nous, oui parce que, pff, parce que c'est un service qu'on rend aux gens quand même hein, puis voilà, dans la mesure où c'est justifié, où y a pas d'autre solution et puis, moi je refuse jamais dans ces conditions-là ; par-contre, au niveau des horaires, moi j'impose mes horaires dans la mesure du possible s'il n'y a pas d'urgence

MOI : oui oui c'est logique

DOCTEUR 22 : parce que bon, voilà, et, donc euh la visite c'est plus quelque chose de pesant, non ; c'est plus, c'est quelque chose vu, a vu, vu le, le nombre de visites par rapport à l'activité euh, c'est très supportable hein, on ben non

MOI : c'est mieux qu'avant ?

DOCTEUR 22 : on est arrivé à un niveau minimum, on ne peut pas diminuer plus que ça sinon, ça deviendrait complètement, n'importe quoi, quoi, c'est

MOI : oui parce qu'avant vous faisiez beaucoup plus de visites ?

DOCTEUR 22 : oh oui, j'en ai jamais fait beaucoup moi, parce que je n'aimais pas trop ça, mais bon ça nous arrivait de faire beaucoup plus de visite, oui c'est sûr. La visite, toute façon, pour moi la visite c'est quoi ? C'est euh, s'il y en a beaucoup, c'est ne pas manger le midi comme plein de médecins, alors au bout d'un moment il faut que ça s'arrête aussi faut savoir

donner des limites. Parce que moi je vais faire entre euh, une heure et le début d'après-midi, parce que je commence à trois heures et demi et le temps n'est pas extensible quoi !

MOI : oui non mais c'est ça, ce n'est pas

DOCTEUR 22 : non non je, est-ce que c'est pénible ? non, non...

MOI : est-ce que des quelquefois vous...

DOCTEUR 22 : ceci dit, moi je refuse des visites, dès que ça dépasse la Maine déjà la Maine je trouve que c'est pas mal hé, si, j'ai un couple de patient j'y vais, parce que je les connais depuis très très longtemps et puis euh, voilà je vais pas leur faire ça... et puis, avant j'allais jusqu'aux TelLieu parce que, puis bon c'est vraiment exceptionnel, parce que aller là-bas et revenir c'est une heure de toute façon

MOI : oui, oui mais oui

DOCTEUR 22 : mais donc euh voilà, c'est euh et puis, puis je leur dis toujours en urgence qu'est-ce que vous faites ? Moi je pourrais pas venir, le temps que j'y vienne, et tout, c'est pas, c'est pas logique

MOI : c'est pas à côté de...

DOCTEUR 22 : ben voilà, après il faut être raisonnable et expliquer aux gens les, et leur faire comprendre dans la mesure du possible... je ne sais pas si je réponds à vos questions euh (rire)

Moi : (rire) si si, et justement vous parliez en fait, enfin de l'ACBUS qui est passé en 2002, et puis du euh, les antibiotiques c'est pas systématique, est-ce que enfin, ces campagnes de la Sécurité Sociale entre guillemets, ont permis en fait, à dire plus non en fait, aux patients et, est-ce que, maintenant...

DOCTEUR 22 : oui oui, on avait même des affiches, à une période pour les visites et tout ça, oui oui bien sûr, oui oui,

MOI : et c'est facile, enfin, vous ne vous sentez pas, enfin, mal de dire non à un patient de votre patientèle en fait, en consultation pour ...

DOCTEUR 22 : je leur dis pas non comme ça, j'essaye de savoir pourquoi et comment et tout ça, c'est jamais, brut de décoffrage, quand même, sans savoir pourquoi, parce que faut quand même, puis voilà, non non je culpabilise pas vis-à-vis de ça, on fait quand même attention à ce qu'on fait, dans la mesure du possible, non pas trop euh, c'est plutôt du genre : « est-ce que vous pouvez ? » et si on peut pas : « est-ce que vous avez une possibilité ? ». Alors dans ces cas-là, alors oui...

MOI : oui

DOCTEUR 22 : c'est, c'est, pff, ben oui, les personnes en fauteuil roulant, la plupart elles viennent puisque c'est facile...

MOI : oui, c'est accessible en fait

DOCTEUR 22 : euh, il y a même une personne, je pense qu'elle ne devrait pas venir, parce qu'elle a trop de difficulté, ben elle continue à venir. Alors je sais pas pourquoi, peut-être elle ne veut pas que j'aille chez elle ? Non, non c'est vrai euh (rires)

MOI : oui, mais après y a le côté social aussi de venir en cabinet, fin, enfin y a des gens qui trouvent une activité dans la journée de venir au cabinet médical je crois...

DOCTEUR 22 : Il y a mieux...

MOI : non mais, ce que j'ai entendu en faisant les entretiens, c'est que, quelques-fois y a le confort du patient de venir au cabinet, quelques-fois c'est le confort du médecin d'aller chez certains patients en fait, pour éviter trop d'attente, on va dire, au cabinet, enfin, si, si

DOCTEUR 22 : oui c'est vrai, ça peut être ça aussi oui, oh oui, des fois ça peut être plus facile d'aller chez eux ; moi je pense, mais ça ce n'est pas, ça dépend beaucoup des clientèles des patientèles...

MOI : oui c'est vrai c'est pas

DOCTEUR 22 : comment on fonctionne, c'est vrai que, moi j'ai connu en campagne, y avait des visites systématiques, la tournée des campagnes... ça c'était n'importe quoi, y'en qui fonctionnent peut-être comme ça encore !

MOI : oui c'est...

DOCTEUR 22 : dans un coin on fait toutes les visites du coin besoin ou pas besoin d'ailleurs, non, non moi j'ai jamais rien imposé au gens, les maisons de retraite c'est pareil, ils m'appellent, bon je m'impose pas euh, puis voilà, puis moi ch'ui pas, quand ça peut être des renouvellements prolongés je le fais, je prends

MOI : oui vous ne poussez pas au mensuel...

DOCTEUR 22 : non, non, je suis très étonné, d'ailleurs, mes remplaçantes, elles mettent trois mois, je me suis dit tiens, bon bon ben alors, ils fonctionnent comme ça,

MOI : est-ce que j peux vous demander, du coup, de dire en trois mots, enfin, trois qualificatifs en fait, les déterminants pour vous de, de la visite à domicile, qu'est-ce qui vous pousse...

DOCTEUR 22 : pour moi ou pour les gens ?

MOI : non, pour vous, qu'est-ce qui vous pousserait en fait, à partir en visite à domicile

DOCTEUR 22 : ben, c'est l'impossibilité de venir au cabinet, c'est ça le premier hein, euh pour euh x raisons, puis après euh, ben les gens ressentent comme un service quand même,

MOI : euh, y a le côté un peu social, en fait de la chose

DOCTEUR 22 : oui, je, je crois qu'il faut garder ça hein ? Surtout zéro visite, ça me semble pas possible en pratique et c'est pas, c'est pas ça non plus, quoi, mais je pense que la situation de ce point de vue-là est beaucoup plus simple qu'il y a, une trentaine d'années ou une vingtaine d'années, alors après c'est ça, oui bon, c'est quelque chose qu'il faut qu'on garde quand même hein ?!

MOI : y en a beaucoup qui, en ville, ils ont besoin d'avoir un minimum, mais c'est que, ils sont, ils sont un peu acculés par le nombre a priori, certaines, certains médecins que j'ai rencontrés qui m'ont dit que beaucoup de patients leur demandaient des visites à domicile et qu'ils étaient obligés de refuser les nouveaux patients en visite à domicile parce que, ils se sentaient un peu dans l'impossibilité vraiment, de répondre à la demande

DOCTEUR 22 : pour des raisons autres, c'est des raisons de déplacement de parking et de temps passé dans les embouteillages et tout ça, c'est, moi j'ai pas ce problème-là, moi quand je vais sur Angers, c'est entre midi et une heure et demi et deux heures et demi et après j'y vais plus quoi, euh donc je peux encore manger, maintenant j'ai pas très très loin heureusement, et c'est vrai qu'on peut perdre beaucoup beaucoup de temps pour une visite, alors, le temps pour le médecin, c'est quelque chose.... C'est pas possible, on pense énormément de temps ici ou ailleurs, enfin en visite, y a un moment il faut arrêter les frais quoi, c'est plus possible hein, euh, ben je connais quand même des médecins sur Angers qui refusent, parce qu'ils veulent plus non plus, passer leur temps dans leur voiture et puis s'énervent en attendant que le feu passe et que la file avance et puis après se retrouver avec une prune...

MOI : oui, oui c'est un peu le discours...

DOCTEUR 22 : mais par-contre, c'est vrai que pour les gens c'est un problème, ça c'est sur hein

MOI : oui c'est un peu le discours enfin, des Angevins que j'ai rencontrés parce que du coup, ils cherchaient un peu de solution, des solutions y en avaient pas forcément, parce que... je vois, à Nantes ils ont envisagé un service entre guillemets SOS pour des visites de chroniques, bon parce que, dans la situation c'est ingérable en ville de faire, autant de visite...

DOCTEUR 22 : mais comment cela pourrait se faire ça ?

MOI : ben enfin, c'était, c'était une proposition dans un groupe de médecins de la faculté de Nantes, a priori, et, ils envisageaient qu'il y ait un organisme, en fait, qui fasse les visites de certains médecins euh, dans le centre des chroniques... des médecins avec des logiciels adaptés, enfin, après c'est fin, je sais pas, après c'est, c'est critiqué par certains, oui mais la

continuité des soins est plus là quoi, donc après, c'est toujours un médecin différent, c'est pas forcément le même médecin qui fait que des visites, c'est pas la même rentabilité non plus, pour un même service...

DOCTEUR 22 : oui d'accord mais, quand je vois les dossiers des patients des fois, où c'est quand même, tout l'historique c'est vraiment énorme et d'ailleurs les remplaçants je ne sais pas comment ils se débrouillent, pour euh, ils peuvent pas, mais moi je, je pourrais pas fonctionner sans savoir : qu'est-ce qui y a eu avant, ou alors faire du symptomatique et renouveler une ordonnance comme ça va ça peut pas aller très loin...

MOI : ce n'est pas une prise en charge classique

DOCTEUR 22 : oui c'est ça,

MOI : ça peut pas être un...

DOCTEUR 22 : les chroniques y a une prise en charge qui est quand même plus poussée, il faut avoir une connaissance du tout, les antécédents, de tout ce qui s'est passé, des fois ce n'est pas simple

MOI : a oui, c'est pour ça que,... après y a le covoiturage qui...

DOCTEUR 22 : covoiturage ?

MOI : qui existe en rural, qui permet aussi de limiter le nombre de visites dans certaines zones rurales, des gens qui font, qui amènent que des personnes âgées en fait chez le médecin et euh, du coup, ils les ramènent après chez eux une fois qu'ils ont vu le médecin, c'est une solution aussi et...

DOCTEUR 22 : parce que c'est un problème ça, déjà

MOI : ben en rural, oui pour limiter...

DOCTEUR 22 : en rural d'accord, mais en ville ?

MOI : ben ça peut aussi, s'envisager, je pense en ville aussi, parce que du coup euh, parce que moi j'ai eu, le premier médecin que j'ai rencontré, m'a demandé de faire passer, entre guillemets, un message pendant ma thèse, je lui ai dit ben on va voir un petit peu, ces collègues aux alentours refusaient beaucoup les, fin, les nouveaux patients surtout en visite à domicile et elle se retrouvait acculée avec des visites à domicile alors qu'elle n'en faisait quasiment plus, à huit à dix par jour. Du coup cela lui faisait une activité qui était plus dense et chronophage...

DOCTEUR 22 : ah oui oui oui, qu'elle est la solution là ?

MOI : ben non y a pas forcément une solution pour l'instant envisagée

DOCTEUR 22 : y a un sacré problème en campagne, ça c'est clair hein, en ville probablement en centre-ville oui aussi, mais ici non, on n'a pas de problème d'espace, de stationnement non plus, euh si on peut se déplacer y a aucun souci quoi

MOI : ben oui oui

DOCTEUR 22 : c'est un confort phénoménal...

MOI : oui c'est vrai qu'on est à deux pas d'Angers, c'est agréable

DOCTEUR 22 : mais je comprends mes collègues d'Angers, ça alors là ça, on en parlait hier soir j'étais à une réunion, avec un collègue qui s'appelle NomdeCollègue, en face du TelEndroit, rien que pour sortir de son garage, des fois, ça lui met dix minutes un quart d'heure, c'est la montée de TelLieu, les gens ne vous laissent pas passer

MOI : ah d'accord, oui oui, c'est un peu...

DOCTEUR 22 : déjà ça, puis après il se paye tous les embouteillages et tout, donc euh, lui il refuse maintenant

MOI : oui ben de toute façon je pense, on dirait que c'est un peu difficile qu'on soit dans le centre, dès qu'on passe un peu La Maine,

DOCTEUR 22 : alors comment faire ?

MOI : après, ce sera le sujet d'une autre étude éventuellement

DOCTEUR 22 : je ne sais pas... ben voilà, est-ce que vous d'autres questions

MOI : ben euh, non, si vous avez des remarques, si vous voulez que je passe un message à la fac

DOCTEUR 22 : les médecins sont sur certains propos très financiers est-ce qu'ils trouvent normal d'être payés dix euros par visite ou pas, est-ce que c'est demandé ?

MOI : y en a oui oui, y en a qu'en parle, après c'est un sujet, il y en a, ils n'aiment pas forcément parlé de ça au premier abord, enfin, j'en ai certains qui m'en ont parlé, notamment avec l'histoire de la visite plus longue VL, pour certains chroniques, qu'on a le droit de coter un peu plus, enfin depuis peu, qu'ils me disaient qu'ils ne l'ont jamais fait, mais que c'est possible maintenant, mais c'est vrai qu'euheueheueh, ben oui ils m'en parlent, ils disent que financièrement bon ben, c'est vrai que c'est pas rémunéré au même titre qu'une consultation quand il y a le déplacement et tout ça donc que, c'est... mais ils ne disent pas grand-chose de plus.

DOCTEUR 22 : ah bon !!

MOI : (rire) donc que, après y en a beaucoup qui trouvent, enfin j'en ai vu qui trouvaient, surtout en campagne, mais qui trouvaient confortable de partir du cabinet de couper un peu du cabinet

DOCTEUR 22 : oui oui, c'est vrai ça, moi j'ai remplacé des gens en pleine campagne, c'était leur bouffée d'oxygène, là...parce que bon, fallait voir l'activité aussi, y a des gens qu'attendaient le matin, ça arrêta pas, sortir un peu du huit-clos du cabinet ça faisait du bien

MOI : oui d'aller voir une grand-mère à côté

DOCTEUR 22 : oui oui puis y a un côté aussi très sympa, très agréable, bon ben ça a beaucoup changé parce que l'activité de ville, c'est pas la même chose, ici ce n'est pas la même chose mais alors en campagne, oui oui, c'est vrai que c'était... ça change, c'était une bouffée d'oxygène, je comprenais très très bien là

MOI : oui là on le sent bien

DOCTEUR 22 : oui mais ça c'est en campagne, c'est pas en ville !

MOI : ben on, on sent bien que, prendre la voiture en campagne et prendre la voiture en ville c'est pas du tout la même chose en fait, on sent bien que la bouffée d'oxygène n'est pas forcément..., mais il y a des médecins en rural, qui commencent à ressentir un peu la même chose qu'en urbain, parce qu'ils ont tellement des restrictions d'horaires de visite à domicile, que, ils ont tellement à faire en peu de temps que, que du coup ils sont eux-même, sur la même optique que les urbains maintenant

DOCTEUR 22 : ah oui

MOI : ben, je vois, j'en ai rencontré qui en faisait cinq en l'espace de deux heures,

DOCTEUR 22 : il ne faut pas avoir beaucoup de déplacement hein

MOI : ben oui oui, c'est vrai qu'on arrivait à avoir des créneaux beaucoup plus limités, y a moins de médecins aussi en campagne y a ça aussi euh

DOCTEUR 22 : bon...

MOI : je vous remercie beaucoup de m'avoir reçue, merci beaucoup, bonne fin de journée

Docteur 29

Sexe : masculin

Tranche d'âge : 35-40

Mode d'exercice : cabinet de groupe

Lieu d'exercice : Rural

Organisation : secrétariat physique

Maitre de stage : non

Nombre de VAD/semaine : 2-3 / semaine

Planning de visites : début d'après-midi

MOI : c'est enregistré et anonymé, d'accord ?

DOCTEUR 29 : ça ne me dérange pas...

MOI : alors c'est une thèse de médecine générale

DOCTEUR 29 : ok

MOI : qui porte sur les visites à domicile

DOCTEUR 29 : oui

MOI : alors c'est une étude plutôt qualitative donc je rencontre des médecins généralistes du Maine et Loire

DOCTEUR 29 : ok

MOI : donc comment en fait ils ressentent les visites à domicile et ce qui les pousse en fait à partir en visite à domicile maintenant

DOCTEUR 29 : très bien.

MOI : j'ai besoin initialement de votre parcours médical

DOCTEUR 29 : ouais ben alors j'ai fait mes études à la faculté de médecine de TelleVilledelaRégionVoisine euh jusqu'en 6^{ème} année, j'ai passé l'internat de spécialité où j'ai été reçu en gynéco à Angers donc j'suis faire en fait 2 semestres de médecine de spécialité et j'ai fait mon premier semestre en urologie au TelleVilledelaDépartementVoisin et mon deuxième semestre de gynéco à TelleVilledelaDépartementVoisin et puis ça m'a pas plu donc euh, j'ai réintégré un cursus de médecine générale, que j'avais déjà commencé à TelleVille, j'vous dis des bêtises parce qu'en fait j'avais fait déjà 2 semestres, un semestre d'urgence et un semestre en, chez le praticien donc j'ai fait valider les 2 semestres, un d'uro et un de gynéco, il m'en restait deux à faire, j'ai fait un de pneumo et un de pédiatrie donc du coup après j'ai commencé les remplacements en médecine générale. J'ai fait 5 ans de remplacements, de 2004 à 2009 et j'me suis installé ici avec les collègues chez qui je remplaçais régulièrement depuis euh pas mal d'années, quelques années. Depuis 2009, 1^{er} janvier 2009, j'étais le cinquième associé.

MOI : donc création...

DOCTEUR 29 : oui, alors un peu des deux puisqu'en fait j'ai un collègue que je remplaçais à TelleVille, qui a lâché sa patientèle en 2009 au moment où je m'installais et en fait lui, il a donné beaucoup mon adresse à ses patients parce que j'le remplaçais très régulièrement et il m'avait proposé de lui succéder à TelleVille, c'est un village à côté mais en fait il était tout

seul et donc du coup j'ai préféré venir là mais c'est vrai que j'ai récupéré beaucoup de ses patients. Alors c'est une création au sein d'un cabinet médical où ils étaient déjà 5, j'étais le sixième moi, où ils étaient déjà 5 et du coup j'ai récupéré quand même pas mal de patients du collègue sans vraiment avoir racheté sa patientèle ni vraiment lui avoir vraiment succédé. Mais en fait dans l'esprit des gens ça s'est fait un peu comme ça. Voilà en gros. Mon cursus c'est ça.

MOI : ça s'est fait naturellement

DOCTEUR 29 : ouais mais autrement j'ai un diplôme de, j'ai une capacité de médecine du sport et puis un diplôme de traumatologie du sport, en plus. Voilà.

MOI : oui donc oui, complet.

DOCTEUR 29 : et puis j'ai 37 ans depuis le mois de janvier

MOI : c'est c'est que j voulais savoir dans la thèse, donc très bien. Et est-ce que vous avez à peu près en tête un nombre de visites à domicile que vous faites par semaine ?

DOCTEUR 29 : par semaine euh oui, c'est assez global mais euh en gros j'ai euh pas de visites programmées à la semaine, j'ai des visites programmées tous les 15 jours. Donc j'ai une après-midi tous les 15 jours qui est réservée aux visites. Et donc en gros ça doit être euh de programmées, à peu près, 5 tous les 15 jours. Donc ça fait pas beaucoup de visites.

MOI : d'accord ouais.

DOCTEUR 29 : euh j'essaie d'en faire le moins possible, parce que, on en rediscutera peut-être après, mais voilà, c'est pas trop mon truc et euh. Et les patients que je réserve en visite c'est les gens qui sont voilà, en difficulté à domicile, personnes âgées ou qui ont des difficultés pour se déplacer donc faut vraiment un motif. Après les visites programmées par 5 tous les 15 jours c'est pas forcément le nombre de visites que j fais parce que j'en ai forcément des fois un p'tit peu plus. Ce matin j'en ai eu une en urgence. En gros, ouais, j vais vous dire, allez euh, par semaine s'il faut donner un chiffre par semaine, j' dirais 2-3 par semaine. Pas plus.

MOI : et y a un créneau spécifique dans la... ?

DOCTEUR 29 : le début d'après-midi, en général, on est organisé comme ça tous à la maison médicale euh ici à VilleduCabinet. On a tous notre début d'après-midi, moi je reconsulte à partir de 15h en période d'épidémie, vous voyez moi j'ai remis mes consultations à 14h30 mais pour l'instant j'ai personne, mais j profite de ce créneau là pour faire les visites, qui ne sont pas forcément programmées et qu'on peut nous demander. Ca permet aussi de faire toute la paperasse, donc euh soit j'ai une demande de visite et j la fais et je repousse la paperasse à

plus tard soit j'en ai pas et puis j'profite pour avancer et pour faire tout ce qu'on a d'autre au cabinet, y a du travail, y a ce qu'il faut. Et en gros c'est ça.

MOI : et en ce moment...

DOCTEUR 29 : et mes collègues alors moi j'suis assez jeune comme médecin généraliste donc euh j'ai pas non plus énormément de visites donc euh mes collègues se réservent aussi le début de matinée pour les faire. On est organisé comme ça au cabinet.

MOI : est-ce que je peux justement vous demander de me raconter la dernière visite à domicile ?

DOCTEUR 29 : c'était ce matin, euh un patient euh qui est en fin de vie et qui vient d'être installé en HAD, chez lui et qui a fait une espèce d'état de détresse respiratoire donc euh elle m'a appelé à 9h30. J'ai fini les deux consultations. Une et puis j'ai pris celle d'après qui me restait. J'suis arrivé il devait être 10h15 chez lui. Donc il habite à 5 ou 6 km de chez moi. Ça commençait à aller mieux euh j'ai rien trouvé de particulier cliniquement, je parle sur le plan médical. J'lui ai fait euh y a l'infirmière de l'HAD qui est arrivée en même temps, j'en ai profité, on lui a fait une ampoule de solumedrol et une ampoule de lasilix parce qu'au niveau auscultatoire... il a en plus de lésions pleuro-parenchymateuses néoplasiques donc voilà on lui a fait ça, ça avait l'air d'être mieux, elle m'appelle dans la journée, mais là, c'était la visite d'urgence, voilà. Donc euh en gros c'était ça. Ça arrive aussi.

MOI : oui tout à fait. Et est-ce que ça vous arrive de refuser des visites à domicile ?

DOCTEUR 29 : oui, clairement !

MOI : est-ce que vous pouvez me raconter les...

DOCTEUR 29 : ben les visites qui ne nécessitent pas le déplacement du médecin parce que c'est des visites qui sont euh vraiment, comment dire, abusives. J'ai en tête euh une maman qui me demandait de passer pour sa gamine de 19 ans, qui avait de la fièvre et mal à la gorge. Donc clairement, c'est non. Euh ici à la maison médicale, on a un type d'organisation avec une salle d'urgence qui nous permet d'insister beaucoup auprès des gens qui sont, même lombalgiques qui ont éventuellement des douleurs abdominales, des choses comme ça, parce que moi, c'que j'leur dis c'est que mon planning, il est souvent bien chargé. J'vais pas pouvoir aller voir tout le monde à domicile. Mon discours c'est de dire « ben écoutez, est-ce que votre mari peut vous amener ? Prenez votre temps », s'il n'y a pas d'urgence vitale, il n'y a pas de nécessité à c'que j'me déplace rapidement comme pour quelqu'un qui a une hospitalisation à domicile ou quelqu'un de grabataire. Sinon, j'leur demande de s'faire aider et de venir. La plupart du temps, 9 fois sur 10, allez 8 fois sur 10, c'est possible et j'leur dis « si vous venez, vous venez quand vous voulez, vous prenez votre temps, dès que vous arrivez

vous signalez votre présence à la secrétaire et on vous installe dans la salle d'urgence ». Et j leur dis, « j vous verrai plus vite, j ferai mieux mon travail et j pourrai mieux vous prendre en charge » donc souvent, ça, ça porte son effet et les gens viennent donc euh, c'est rare que j me déplace en visite parce que je suis pas très à l'aise et que souvent en campagne on s paume un p'tit peu et je fais de la meilleure médecine au cabinet, j'ai plus mes habitudes et mes marques, mes repères tout ça et c'est vrai que j fais partie de la génération des jeunes médecins qui évitent au maximum les visites. Donc voilà ici, on a cette organisation là qui nous permet de faire venir les gens et y a plein de fois euh si vraiment, c'est une demande insistante ou qu'ils ne peuvent pas faire autrement, j'y vais mais alors j diffère sauf comme pour aujourd'hui, j suis obligé d'aller euh tout de suite chez les gens.

MOI : c'est l'organisation du cabinet de groupe un p'tit peu qui a permis...

DOCTEUR 29 : ouais, c'est vrai, c'est vrai.

MOI : parce que coup, vous auriez remplacé le fameux médecin de TelleVille, en fait, vous n'auriez pas pu...

DOCTEUR 29 : alors en même temps après c'est délicat parce que bon lui il avait une organisation un peu particulière, il pouvait fermer son cabinet euh oui si j'étais tout seul, il faudrait que je ferme mon cabinet à clé, que les gens ils restent dans la salle d'attente et puis que, c'est pas forcément mieux non plus. Mais c'est vrai que notre salle d'urgence, elle nous permet de recevoir des gens, de les gérer là-bas, moi ça m'arrive très fréquemment une fois qu'ils sont là-bas d'aller les voir, de revenir faire une consultation, de reprendre un peu la température si ils vont mieux, donner un traitement, de revenir ici. La dernière que j'ai en tête, une petite fille qui était tombée sur la tête euh qui était un peu vaseuse, j l'ai gardée 2h là-bas, j'ai continué mes consultations, j'allais la voir de temps en temps, ça permet de gérer les choses beaucoup mieux et on les a à l'œil pendant un temps un peu plus long que si on va les voir en visite et qu'on revient. Moi j suis très content de cette organisation là.

MOI : et des visites injustifiées, est-ce que vous est déjà arrivé ?

DOCTEUR 29 : oui, oui, oui parce que des fois on s fait un peu avoir. On a l'impression que les gens ils sont vraiment pas bien et puis quand on arrive on a l'impression de s'être fait un petit peu avoir. Donc euh oui ça arrive euh ça m'arrive aussi de leur dire que du coup le déplacement n'est pas pris en charge et que euh c'est 50 E et que parfois quand ils en ont pour 30 E de leur poche si j prends un dépassement ils y reviennent pas forcément. Mais oui ça arrive et puis ça arrive aussi des fois, on a bien compris que les gens ils avaient un peu paniqué et on, bon, on passe l'éponge et voilà, on ne sanctionne pas forcément tout de suite en râlant ou en prenant un dépassement mais c'est vrai que, je fais la réflexion parce que j leur

dis « j'peux pas me permettre d'aller voir tout le monde chez lui quoi, c'est pas possible » y a 10 ou... y a 20 ans ça s'faisait, les gens pour la grippe, ils appelaient le médecin, le médecin se déplaçait. Moi mon discours, c'est de dire que dans certains pays Européens, y a pas de visites hein en Allemagne, vous n'avez pas de visites, en Suisse vous n'avez pas de visite aux Etats-Unis y a même pas de SAMU donc les médecins ils ne sortent pas de l'hôpital. Donc voilà c'que j'leur dis hein euh le SAMU aux Etats-Unis, c'est un ambulancier qui va vous chercher parce que vous avez fait votre infarctus, qui vous met l'oxygène sur le nez, il fonce à l'hôpital. Les médecins, ils ne sortent pas de l'hôpital, c'est extrêmement rare. Ici, alors euh en France c'est organisé autrement, bon, les gens ont pris l'habitude mais, globalement, ils prennent le pli et euh ma collègue peut-être que vous allez voir tout à l'heure si vous avez le temps, si elle est dispo aussi, elle est un p'tit peu plus âgée que moi mais pour la faire sortir du cabinet, il faut que ce soit justifié aussi. Donc voilà, on a un p'tit peu la même réponse par rapport aux gens, qu'on donne au cabinet médical, on a la chance de ne pas avoir de concurrence parce que tous les médecins on est installé au même endroit à NotreVille. On joue aussi de notre force et on fait euh ça nous permet voilà d'imprimer un peu notre façon de faire.

MOI : c'est aussi l'ACBUS de 2002 qui a permis de, ben, aux gens aussi de changer leurs mentalités, j'pense. Enfin, aux médecins généralistes d'avoir un peu plus de foi entre guillemets dans c'qu'ils pouvaient dire non en fait enfin voilà... et euh c'est vrai que maintenant, enfin c'est ce que disent les vieux médecins généralistes. Ils disent « on a beaucoup moins de visites à domicile, on a été aidés par cette fameuse réforme de la sécu, qui nous a permis justement de réduire un p'tit peu le quota avec la fameuse visite injustifiée, qui pouvait être cotée » euh mais c'est que, ils gardent quand même quelques fois des visites de complaisance on va dire parce qu'ils aiment bien sortir du cabinet.

DOCTEUR 29 : alors ouais, pas moi, honnêtement non. Euh honnêtement non. Bon on a des locaux qui sont peut-être sympas aussi moi mon cabinet il a été refait à neuf avant que je m'installe, on a... voilà, c'est assez lumineux, c'est assez, voilà moi je suis très content de mes conditions de travail, ça ne me dérange pas de faire une semaine sans faire une visite. On va boire le café avec les collègues, ça nous distrait un p'tit peu, on discute un p'tit peu le coup, là-bas, euh je mange le midi avec ma femme, elle travaille à côté, donc voilà, honnêtement non ça ne me dérange pas du tout de faire, j'vous dis une semaine de consultations, que des consultations, euh après on a, on fait des choses aussi différentes en médecine générale donc même si la journée elle est dans le cabinet, on fait de la gynéco, de la pédiatrie, on met des stérilets, on fait des sutures, on a des p'tites urgences aussi. aujourd'hui

c'est mon jour d'urgences vous voyez, nous on s'organise comme ça, chaque médecin a son jour d'urgence donc moi je gère les urgences de tout le cabinet euh si mes collègues ne veulent pas prendre leurs patients parce qu'ils sont déjà débordés et qu'il y a des urgences qui se présentent en visite ou en consultation, c'est moi qui les gère. On a une organisation qui fait qu'on a une activité au cours de la journée, qui est assez variée et moi ça ne me dérange pas parce que, allez faire une visite à domicile c'est pas vraiment mon truc et je trouve que je fais de la moins bonne médecine en visite, j'ai fait de la meilleure médecine au cabinet, j'ai mon dossier informatique, j'ai mes repères, ça va vite, c'est, c'est euh organisé, c'est...

MOI : plus fluide...

DOCTEUR 29 : ouais j'trouve que ça, ça, c'est vraiment euh un fluide plus rapide et puis on est j'trouve plus efficace.

MOI : et est-ce que dans le terme de la visite à domicile, est-ce qu'on peut donner éventuellement 3 déterminants, 3 mots, 3 qualificatifs qui pourraient vous pousser à y aller.

DOCTEUR 29 : ben l'urgence. L'urgence, ouais, donc ça, ok. L'impossibilité pour les gens de venir se présenter au cabinet, parce que ça peut être un problème médical hein ça m'est arrivé avant les vacances d'être allé, alors ça c'est plutôt dans le cadre de l'urgence mais, l'urgence médicale occasionnait une impossibilité de se déplacer. C'est une dame qui faisait un choc septique donc elle avait 40 de fièvre, elle était au niveau fonctions supérieures en train de raconter des âneries à son mari, des patients que j'connais très bien, qui viennent me voir en consultation très régulièrement. Effectivement quand j'suis arrivé elle était à 8/4 de tension, des deux bras, le SAMU est venu. Voilà, là c'était une visite que j'ai bien aimée parce que c'était justifié et en plus j'étais super content, j'ai posé une perf, ça m'arrive pas souvent et ça a bien marché donc quand le SAMU est arrivé, j'avais vraiment fait mon boulot de médecine générale en visite. La perf était posée euh les constantes étaient données, les pompiers sont arrivés on a mis l'oxygène et tout ça, donc là, j'ai vraiment eu l'impression de jouer mon rôle.

MOI : une utilité en fait...

DOCTEUR 29 : exactement ! Donc l'urgence, l'impossibilité de se déplacer, pff le troisième qualificatif euh que j'pourrais donner euh ben après ouais, faut qu'il y ait la possibilité d'y aller aussi, le temps d'y aller, je serai peut-être plus conciliant si on m'appelle que j'ai vraiment un trou dans mon créneau, que les gens me donnent éventuellement un argument, bon j'me dis « bon, moi j'peux faire un effort aussi », c'est beaucoup plus difficile lorsqu'on a un planning extrêmement chargé et qu'on sait qu'on va prendre une heure de retard dans le jour quoi. Donc ouais ça c'est un argument aussi qui est...

MOI : c'est justement, c'est un collègue à peu près de votre âge en fait, il m'avait dit « on a un curseur, quelques-fois il est là, quelques-fois il est là

DOCTEUR 29 : c'est vrai.

MOI : « et ben moi une fois mon collègue et moi j'étais là et du coup j'ai dit oui à une visite et puis du coup, il a dit ben mince il a dit oui et du coup son curseur, il est redescendu » enfin c'est une image mais...

DOCTEUR 29 : par rapport à l'habitude qu'avaient prise les gens. Alors moi j pense que les gens savent, d'ailleurs c'est ce que disaient les gens, j'ai des gens qui m'ont rapporté ça, comme quoi je ne faisais pas de visites. Alors j leur dis « non, c'est pas vrai » par contre j les réserve. Si quelqu'un dit « une angine à 39 alors que j'ai 2h de temps », j'vais pas y aller hein ça c'est non. Par contre, quelqu'un qui me dit « oui ben », j'vais vous donner un exemple concret, quelqu'un qui m'dit « ben voilà mon mari il est plié en deux, il a très mal au ventre, il a arrêté pas de vomir, il est vraiment pas bien, il s'est levé, il a fait un p'tit malaise » si j suis blindé de boulot, j'vais lui dire « écoutez vous prenez votre temps, y a pas l'air d'avoir d'urgence vitale, vous venez quand vous pouvez parce que moi j suis débordé j'vais pas pouvoir venir ou alors ce sera dans 3 ou 4 heures » ça c'est clair. Si maintenant, j'ai pas de boulot j'vais dire « ben écoutez, mettez-le un p'tit peu au chaud et puis j viens dans une heure parce que mon créneau me le permet » voilà c'est là-dessus que mon curseur va jouer. Par contre, j'vais pas aller voir un gamin qui a 39 de fièvre à la maison, ça c'est non. Parce que j'aurai bien mieux ici à faire au cabinet, vous voyez, j'ai tout ça à ranger, c'est un bordel et donc j'vais prendre mon temps pour faire ça plutôt que d'aller me balader pour des choses qui sont vraiment totalement injustifiées. Après, la justification médicale, le curseur il joue là-dessus, c'est-à-dire, si vraiment j suis débordé, j'vais insister et puis si vraiment elle me dit que c'est pas possible, j'vais y aller. Vous voyez, le choc septique, il m'a dit « non non docteur, elle ne se lève pas, elle est en train de me raconter des bêtises » « ok bon j m'en occupe » mais j pense que mon curseur il ne bouge pas beaucoup... (rires). On essaye d'être cohérents, après, c'est effectivement, je trouve pas logique si vous demandez à quelqu'un qui est vraisemblablement en train de faire un malaise de venir et puis que le lendemain, vous allez voir un gamin qui a 38, c'est totalement illogique quoi donc j'essaye de garder une certaine logique, c'est pas facile parfois mais on essaye.

MOI : surtout que l'ancienne génération, je sais pas l'âge de vos collègues mais c'est vrai que l'ancienne génération, avait... parmi les entretiens, j'en ai eu, ils me disaient « ben au départ, y avait beaucoup de médecins dans le Maine-et-Loire, il y avait du clientélisme et...

DOCTEUR 29 : et oui, forcément, forcément, et oui

MOI : et ben il fallait quelques-fois...

DOCTEUR 29 : faire son trou et puis...

MOI : et c'était bête mais quelques-fois en période de grippe on s'arrêtait au numéro 1, au numéro 3, au numéro 5, au numéro 7, enfin...

DOCTEUR 29 : c'est ce que me racontaient mes collègues maintenant ils ne le font plus du tout parce que ils ont pris le pli et que, mais avant ça s'était fait, oui oui, avant ça s'était fait. Mais alors mes collègues ils ont, donc moi j'ai 37, j'ai une jeune collègue un peu plus jeune, elle doit avoir 35 et puis après ça doit être 40, 45, 55 et 63. Donc mes collègues de 55, 63, ont fait beaucoup beaucoup de visites qu'ils ne font quasiment plus. Ils en font plus que nous forcément parce qu'ils ont des patientes plus âgées et que ils ont pris l'habitude d'en faire plus, donc ils y vont plus mais ça reste dans des créneaux euh comment dire euh de semaine, avec euh j'ai un collègue qui fait une après-midi de visite, le reste du temps c'est en consulte. Donc après on essaye, même les visites semi-urgentes, on essaye de les caler sur ce créneau là. Mais oui ça, on voit bien que les gens sont habitués à ce qu'on leur demande de venir. Donc même au cabinet où y a des médecins un peu plus anciens, les gens commencent à prendre l'habitude de venir.

MOI : oui justement c'est...

DOCTEUR 29 : moi j'trouve que c'est mieux.

MOI : et on parlait un p'tit peu de l'ACBUS 2002 de tout à l'heure, juste en parlant aussi « les antibiotiques c'est pas automatique » par exemple, est-ce que ça vous gêne pas, de dire non à un patient, alors pas forcément en visite à domicile mais en consultation ou pour une demande...

DOCTEUR 29 : oui oui oui. Oui c'est toujours euh c'est toujours délicat, moi j'explique mais ça m'arrive de dire « moi je pense que c'est pas justifié ». J leur explique, les arrêts maladies, c'est pareil ou on cherche un compromis, je leur dis « ben écoutez moi j'veux bien faire un effort parce que vous êtes venus, vous n'avez l'air pas bien aujourd'hui, mais j'peux pas vous faire un arrêt pour une semaine c'est pas possible » donc ça, y a pas de problème. Pour les gens qui demandent de faire aussi des arrêts antidatés, « c'est illégal donc je n'peux pas vous le faire ». Non non mais ça j'explique bien après les gens ils comprennent ou ils ne comprennent pas, s'ils ne comprennent pas, ça ne me gêne pas qu'ils changent de médecin parce que j'aime bien être droit dans mes bottes et qu'les gens, j'aime bien avoir un contact assez de franchise avec mes patients et voilà, j'ai pas envie d'être pris non plus pour un con et que d'être utilisé vraiment juste pour un scribe qui leur écrit ce qu'ils ont envie quoi donc euh non, moi non, je leur donne un conseil, après ils sont libres de le prendre ou pas ce conseil

mais j'suis responsable de ma prescription et quand y a quelque chose qui me gêne je leur dis. Donc voilà, sans être trop braque, j'pense que j'suis assez souple. J'explique, on discute, on trouve des compromis mais quand c'est pas justifié je l'dis. J'essaye, c'est vrai que c'est pas simple hein mais on a l'avantage de ne plus être en clientélisme parce que ils peuvent toujours aller voir ailleurs s'ils veulent, en même temps on ne court pas après le patient, c'est plutôt l'inverse. Donc voilà, on est aussi dans une autre dynamique et on peut avoir beaucoup plus de poids et être beaucoup plus écouté parce que, « moi j'fais comme ça, si ça ne vous plaît pas, vous pouvez toujours aller voir ailleurs ».

MOI : et à mon premier entretien, donc ça revient à début novembre, j'ai une jeune médecin en fait d'Angers qui travaille seule en urbain qui me disait « ben j'comprends pas, moi, j'aime faire les visites à domicile et j'comprends pas les médecins maintenant » c'est peut-être une caractéristique de la ville, mais ils refusent tout nouveau patient en fait avec visite à domicile donc qui nécessite de façon justifiée une visite à domicile. Et qu'est-ce que, comment ça fonctionne chez vous ?

DOCTEUR 29 : nous alors euh on a un cas un p'tit peu récent qui peut s'apparenter à ça. On a un collègue à TelleVille, c'est à 6 kilomètres vers Angers, qui vient de s'arrêter, qui avait l'âge de la retraite, 65 ans et qui s'en va. Donc euh moi le discours que j'ai, c'est quand les gens me demandent d'aller les voir en visites parce que c'est leur habitude ou parce que c'est des gens à domicile parce qu'ils sont suivis comme ça ou qu'ils ne peuvent pas se déplacer malheureusement j'dis « non » parce que j'peux pas. Par contre, les gens que j'prends en charge qui viennent faire l'effort de venir me voir, j'leur dis « les visites à domicile, s'il y a besoin un jour en urgence d'aller vous voir parce que y a besoin », j'vais pas refuser. Parce que faut être logique aussi un p'tit peu à un moment donné. Si j'les prends en charge et que j'suis leur médecin et qu'ils me demandent que j'me déplace et que j'ai la possibilité de l'faire, j'y vais parce que j'assume mes patients. Maintenant, aller suivre des patients en plus de mon travail à domicile à TelleVille où il n'y a que des domiciles, j'leur dis « non ». Parce que euh parce que j'ai pas envie de me rajouter des visites systématiques en plus là-bas. Par contre, les gens qui viennent me voir qui sont domiciliés à TelleVille, que j'vais suivre et qui viennent en consultation si un jour ils ont besoin d'une visite, en urgence, j'irai me déplacer parce que j'trouve que aussi c'est mon rôle et que quand j'accepte de les prendre au cabinet j'accepte aussi de les voir parce que sinon ce serait trop facile quoi. Il y a un seul couple de patients qui vient me voir et j'leur ai dis d'entrée de jeu que je n'viendrai pas les voir à domicile quoi qu'il arrive, c'est des patients qui viennent me voir de TelleAutreVille, c'est à 35 kilomètres. Donc là j'leur ai dit, « c'est pas possible, je pourrai pas ». Matériellement c'est

pas possible donc ils en sont conscients, ça a été clair dès le début. J'leur ai dis « moi, que vous veniez me voir au cabinet, y a aucun problème, y a pas de souci, par contre que vous me demandiez de venir vous voir en visite à 35 ou 40 km de LaVilledemonCabinet, je n'pourrai pas. Donc après faudra peut-être que vous vous trouviez, si c'est une urgence, un médecin du coin qui viendra vous voir mais sinon que vous veniez me voir en consultation, que j'fasse votre suivi en consultation, y a pas de problème ». Mais voilà, j'essaie d'être assez cohérent et assez clair. Maintenant effectivement, c'est un p'tit peu dégueulasse pour les patients de TelleVille qui sont suivis à domicile parce que sûrement c'est des gens qui ont besoin d'être suivis par un médecin peut-être plus que ceux qui peuvent se déplacer en consultation. Voilà, à un moment donné il faut faire un choix, moi j'peux pas gérer aussi tous les patients du coin donc je prends en consultation ceux qui veulent venir me voir, s'il y a besoin un jour d'aller les voir, j'accepte, mais maintenant, ceux qui me demandent d'entrée de jeu des visites et qui ne fonctionnent qu'en visite, c'est pas possible. Je refuse.

MOI : c'est un peu le problème qu'il y a en ville a priori, c'est que, il n'y a plus assez de médecins entre guillemets pour assurer les visites et du coup la solution on l'a pas pour l'instant.

DOCTEUR 29 : j'pense aussi que les médecins de ville pour avoir un p'tit peu l'expérience du rapport qu'on peut avoir avec eux, ils se déchargent aussi beaucoup sur le SMUGA.

MOI : oui un p'tit peu ouais...

DOCTEUR 29 : du coup on a l'impression que les week-ends et le soir, c'est le SMUGA, puisque les médecins de ville ne font pas de garde en ville, que ils font des gardes éventuellement au SMUGA ou en régule quand ils veulent bien parce que y en a qui ne veulent pas du tout alors que nous en campagne on est tenu de faire des gardes même si maintenant c'est bien organisé mais ça s'passe pas mal. Et euh, j'pense que le SMUGA intervient aussi en journée !?

MOI : euh oui euh

DOCTEUR 29 : j'pense qu'il y a aussi une espèce de euh de lâché aussi, où du coup ils lâchent un peu la visite quand elle est justifiée ou pas, au SMUGA et que ils se contentent de faire de la consultation pure. J'avais un peu cette notion là.

MOI : je sais pas trop parce que c'est vrai que, enfin c'est bête c'que j'vais vous dire mais par rapport on va dire aux 20 premières analyses que j'ai faites, ceux qui font le plus de visites, c'est les médecins de ville.

DOCTEUR 29 : d'accord, d'accord.

MOI : ils font quasiment, enfin j'en ai une, elle fait 10 visites par jour.

DOCTEUR 29 : d'accord ok.

MOI : et pourtant ils ne peuvent pas en faire plus.

DOCTEUR 29 : ben non, non.

MOI : et euh et le fameux argument SMUGA en fait, ils nous disent hein, ils disent les patients, quand ils veulent nous mettre la pression ben ils disent ben on va appeler le SAMU, les urgences, le SMUGA, enfin, et voilà.

DOCTEUR 29 : Appelez...oui oui. Mais j'sais pas ouais, alors après c'est pas un motif, moi j'leur dis, après si c'est pour de la fièvre ben j'leur dis « ben écoutez appelez, allez aux urgences si vous voulez, vous attendrez 4 heures. Donc y a pas de problème, allez-y, vous verrez et puis vous verrez que si vous venez, écoutez c'que j'vous dis et puis venez ici, vous attendrez moins longtemps, c'est comme vous voulez ». Après j'leur dis « moi voilà euh que j'ai un patient de plus ou un patient de moins euh j'suis débordé de boulot donc euh j'vous cours pas après donc euh voilà ». On a la chance aussi de pouvoir avoir ce discours là. Maintenant, ouais ouais euh... alors en ville, moi j'ai remplacé un peu en ville euh assez peu j'dois dire, c'est vrai. Je faisais pas beaucoup plus de visites parce que c'était pas trop mon truc et peut-être que les gens sollicitent moins les remplaçants aussi euh quand ils sont en remplacement. Maintenant, j pense qu'il y a beaucoup plus de concurrence en ville, aussi, que en campagne. Donc peut-être que si ils ont pas, ça va être le collègue qui va y aller quoi. Le concurrent de la rue d'en face quoi. Mais c'est vrai qu'nous, ce côté-là on a... les gens sont plutôt contents d'avoir un médecin, d'avoir une structure qui les accueille. Donc j'leur dis hein « regardez, vous avez de la chance d'avoir une maison médicale comme on a ici, vous avez de la chance d'avoir 6 médecins, voilà, tirez pas sur la corde parce que, on a des jeunes qui s'installent voilà c'est bien tant mieux maintenant il faut aussi savoir respecter un p'tit peu le travail et l'organisation parce que si on déstructure l'organisation à tout bout de champ en faisant des visites pour tout et n'importe quoi, on n'y arrivera pas ».

MOI : ah ben j'crois qu'c'est bien, sauf si vous avez des remarques, s'il y a des doléances à...

DOCTEUR 29 : par rapport aux visites euh non moi j'trouve que effectivement, j'trouve que les gens se sensibilisent, en tout cas dans ma pratique personnelle, les gens se sensibilisent bien par rapport à ça. Y a certains grincheux comme toujours qui sont pas contents et personnellement j'me gêne pas pour leur faire la réflexion et puis les remettre un p'tit peu à leur place. Mais c'est vrai que globalement, j'vais pas me plaindre d'une euh comment dire d'une euh insistance malintentionnée des patients. La plupart du temps, peut-être parce que mes collègues ont bien fait leur boulot aussi, j'arrive moi et y a plus grand-chose à faire, c'est possible aussi, mais euh globalement euh ils sont pas trop demandeurs et ils comprennent bien

qu'on, qu'on leur demande de venir. Le fait aussi peut-être qu'avec l'organisation spécifique de cette salle d'urgence leur permet de se rendre compte qu'ils sont pris en charge aussi et qu'ils sont pas soit tous seuls chez eux soit dans la salle d'attente pendant des heures avant que leur tour vienne, peut-être que c'est ça mais globalement euh on a, ça s' passe plutôt pas mal.

MOI : c'est la secrétaire, ça peut jouer aussi...

DOCTEUR 29 : oui, oui oui oui, elles sont bien briefées. Le système de, les patients peuvent nous joindre directement sur notre portable de garde quand il y a une urgence. Sur le secrétariat quand vous appelez, avant de tomber sur la secrétaire, y a un message qui vous dit « en cas d'urgence vous pouvez taper 1 » pour être en contact avec le médecin, directement. Ca tombe là-dessus, moi j'décroche. Donc euh ils peuvent m'avoir directement. Jeudi dernier j'ai eu une autre visite en urgence, tentative de suicide, le patient m'a appelé directement là-dessus, je comprenais rien de ce qu'il me disait tellement il était paniqué, ça hurlait dans tous les sens, je lui ai demandé de se calmer pour qu'il m'explique où il habitait, mais il m'a eu directement sans passer par le secrétariat. Donc voilà, j'ai la chance d'avoir profité de l'organisation très astucieuse et très intelligente de mes collègues. Voilà, j'en suis conscient.

MOI : j'veis vous laisser continuer de travailler.

DOCTEUR 29 : ouais ok très bien.

MOI : merci de m'avoir reçue

DOCTEUR 29 : ben ravi !

MOI : c'était très gentil

DOCTEUR 29 : et puis bonne continuation ! Vous la faites quand votre thèse là ?

MOI : ben j'veis faire fin juin-début juillet.

DOCTEUR 29 : ouais bon.

Annexe 4 : AcBUS national

JORF du 30 août 2002 page 14424
texte n° 23

ARRETE

Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins

NOR: SANS0222796A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-17 et L. 162-15,
Arrête :

Article 1

Est approuvé l'accord de bon usage des soins conclu le 1er juillet 2002, annexé au présent arrêté, entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Article 2

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

Article Annexe

A N N E X E

ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS

Entre, d'une part,

M. Pierre Costes, président de la Fédération française des médecins généralistes MG France,

Et, d'autre part,

M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Mme Jeannette Gros, présidente du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

M. Gérard Quevillon, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes ;

Considérant l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, qui définit les AcBUS, l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale, qui précise « que les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état », l'article n°3 de l'avenant n°10 à la convention nationale des médecins généralistes, qui prévoit que les partenaires conventionnels signeront un AcBUS avant le 1er juillet 2002, il est convenu de ce qui suit :

Préambule

La France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet. Les parties signataires entendent favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. En effet, sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.

Article 1er
Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des médecins généralistes conventionnés, concernant la bonne utilisation des visites à domicile.

Les parties signataires conviennent que les soins hors cabinet justifiés peuvent à ce titre bénéficier d'une majoration (intitulée MMD puis MD à compter du 1er octobre) dans les conditions fixées par la NGAP. Actuellement et sur l'exercice 2002, elles estiment que 30 % des déplacements pourraient bénéficier de cette majoration.

Article 2
Etat des lieux
Article 2-1 : au niveau national

En 2001, 65 millions de visites (V) ont été remboursées par l'assurance maladie.
Le taux de V sur l'ensemble des actes cliniques :

$$\frac{V + C}{V} = 23,5 \%$$

= 23,5 %

$$V + C$$

Le nombre de V pour 1 000 habitants est de 1 100.

Article 2-2 : au niveau régional

Au niveau régional, l'état des lieux donne les informations consignées ci-dessus :

Omnipraticiens libéraux
Visites : variations régionales

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n°202 du 30/08/2002 page 14424 à 14426

Les parties signataires constatent les fortes disparités régionales existant actuellement et qui ne sont pas systématiquement justifiées par des critères d'ordre médical (par exemple : la proportion des personnes en ALD, toutes personnes âgées) ou d'ordre environnemental (par exemple : la ruralité).

Article 3
Objectif médicalisé d'évolution des pratiques
Article 3-1 : au niveau national

Pour la première année d'application de l'accord, le nombre de soins hors cabinet, avec majoration de déplacement ou non, doit diminuer de 5 %.

Article 3-2 : au niveau régional

Les parties signataires souhaitent une réduction des disparités entre les régions. A cet effet, des AcBUS déclineront au niveau de chaque région les actions et les moyens mis en oeuvre afin de permettre le respect de l'objectif national cité à l'article précédent.

Ces AcBUS seront transmis aux caisses nationales et centrale dans les délais permettant leur application dès le 1er octobre 2002.

Article 4

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics d'étendre l'application de la MMD aux personnes en ALD, quel que soit l'âge, pour les ALD suivantes :

Accident vasculaire cérébral invalidant ;

Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie) ;

Maladie de Parkinson ;

Mucoviscidose ;

Paraplégie ;

Sclérose en plaques.

Article 5

Référentiel de bon usage des soins à domicile

Article 5-1 : majoration pour critères médicaux

Les parties signataires demandent que les cas ouvrant droit à la facturation par le médecin de la majoration de déplacement qui seront définis par la NGAP soient identiques à ceux ouvrant droit à la facturation de la MMD, après prise en compte des modifications demandées à l'article 4 ci-dessus.

Elles demandent en outre que, dans les cas visés au paragraphe ci-dessus, la NGAP prévoie que le médecin ne peut percevoir la MD qu'à la condition que l'état de dépendance du patient soit conforme aux critères définis par le référentiel médical annexé au présent accord.

Les parties signataires décident d'évaluer la pertinence de ce dispositif en confiant aux instances conventionnelles régionales une mission de suivi et d'évaluation de l'application de cette majoration dans leur région. Durant cette phase d'évaluation, le médecin pourra, à titre exceptionnel, percevoir une majoration de déplacement en cas de soins à domicile pour une personne qui ne relève pas du premier paragraphe mais dont l'état de dépendance est manifestement conforme aux critères définis par le référentiel médical annexé au présent accord. Le médecin, dans ce cas, doit pouvoir communiquer le motif de la facturation de la MD. Les résultats de cette évaluation transmis aux parties signataires nationales permettront, le cas échéant, une actualisation des critères ouvrant droit à la perception de cette majoration.

Article 5-2 : majoration pour critères d'environnement

Les parties signataires demandent que la NGAP prévoie que le médecin peut exceptionnellement facturer une MD pour les soins dispensés au domicile des personnes dont les difficultés d'accès à des soins non programmés sont liées à l'insuffisance d'une offre de proximité cumulée à une situation personnelle qui entrave leur mobilité conformément aux critères ci-après définis et repris en annexe au présent AcBUS.

A cet effet, elles s'accordent à prendre en compte au niveau national des critères à la fois géographiques et médico-sociaux, qui seront précisés dans le cadre des déclinaisons régionales du présent accord.

Au titre des critères géographiques, les AcBUS régionaux fixent les zones où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Ces zones doivent être cohérentes avec le zonage fixé par le préfet de région en application de l'article 39 de la LFSS pour 2002.

Les situations personnelles susceptibles d'être retenues dans les accords régionaux pour ouvrir droit à la facturation par le médecin de la MD pour les soins non programmés dans les zones géographiques précitées tiendront compte de l'âge des patients, en particulier de plus de quatre-vingts ans, et de la composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

En fonction de leurs spécificités, les régions fixent et justifient une proportion de MD pour critères environnementaux.

La traçabilité et le suivi des visites bénéficiant d'une MD au titre des critères d'environnement seront assurés par les instances conventionnelles régionales prévues par l'article 3-6 de l'avenant n°8.

Le médecin doit être en mesure de communiquer le motif justifiant la MD.

Article 6
Actions mises en oeuvre

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en place un programme de communication afin de modifier les comportements.

A court terme, une information tactique sur le bon usage de la visite sera programmée.

Sur 2003-2004, ce programme de communication sera inscrit dans les campagnes de l'assurance maladie.

Les accords régionaux devront relayer ce programme national de communication en développant notamment des actions les mieux adaptées aux contextes locaux.

Ils devront aussi formaliser la volonté des praticiens d'organiser leur cabinet de manière à favoriser l'accueil des consultations non programmées.

Article 7
Suivi de l'accord

Les parties signataires conviennent de faire des bilans réguliers de l'application de l'accord, en tout état de cause, au minimum avant la fin du mois de février de l'année n pour chaque année n - 1.

Cet accord fera l'objet d'un avenant annuel en vue de déterminer le taux annuel de baisse attendu pour l'année.

Compte tenu du bilan réalisé par les parties signataires et des propositions formulées au niveau des régions, des extensions pour l'application de la MMD à de nouvelles situations pourront être prévues.

Au niveau régional, les instances conventionnelles régionales créées par l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins généralistes seront chargées du suivi des accords régionaux.

Article 8
Résiliation de l'accord

L'accord peut être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- violation grave et répétée des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Fait à Paris le 1^{er} juillet 2002.

P. Costes,
président de la Fédération française
des médecins généralistes MG-France
J.-M. Spaeth,
président du conseil d'administration
de la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés
J. Gros,
président du conseil d'administration
de la Caisse centrale
de mutualité sociale agricole
G. Quevillon,
président du conseil d'administration
de la Caisse nationale
d'assurance maladie des professions indépendantes

A N N E X E
RÉFÉRENTIEL D'AIDE À LA JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT
DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DOMICILE DU PATIENT

1. Référentiels médicaux : ils décrivent des situations cliniques ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile :

- incapacité concernant la locomotion par :
- atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
- atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ;
- atteinte respiratoire chronique grave ;
- atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée ;
- trouble de l'équilibre ;
- état de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- état sénile ;
- soins palliatifs ou état grabataire ;
- période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;
- altération majeure de l'état général.

2. Référentiels « environnementaux » : ils décrivent des situations environnementales ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile dans les zones géographiques où ont été constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, notamment :

- personnes âgées de plus de quatre-vingts ans ;
- composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

Fait à Paris, le 26 août 2002.

Jean-François Mattei

Annexe 5 : long extrait qui brosse un portrait d'ensemble des VAD (Bouchayer, p.49-50)²⁷

« La question des visites à domicile se présente de manière particulière pour les médecins généralistes. Jusque vers le milieu des années 1980, les visites constituaient une part non négligeable de leur activité. D'après les témoignages des praticiens rencontrés, le début de cette décennie a été marqué par une forte inflation de demandes de visites souvent non justifiées qui occasionnaient une perte de temps, un surplus de fatigue et une forme d'allégeance aux patients souvent mal vécue. « Heureusement la médecine pizza, c'est fini maintenant » signale avec soulagement un généraliste qui parlera longuement du caractère « exécrable » des habitudes prises à une époque par les patients qui exigeaient de leur médecin des services « de confort » et des déplacements totalement injustifiés. La tendance à la diminution de cette forme d'intervention s'est trouvée confortée par l'accord sur le bon usage des visites conclu en Juin 2002 entre les caisses d'assurance maladie et les représentants de la profession. Entre 2002 et 2004, ce type d'actes a connu une baisse de plus de 40% et tend désormais à se concentrer sur les personnes âgées malades ou vivant en institution. Un généraliste exerçant dans une petite ville indique qu'il ne prend plus de nouveaux patients âgés en charge, car il n'a absolument pas le temps, ni l'envie, de faire davantage de visites. Un autre, installé en périphérie d'une grande ville, dit appréhender d'avoir à faire dans l'avenir davantage de visites du fait du vieillissement de la population. D'une manière générale, les visites sont perçues par les généralistes comme contribuant fortement aux difficultés rencontrées dans la maîtrise de leurs horaires et de leur temps de travail. Seuls ceux installés en milieu rural considèrent les déplacements et les visites comme une constante intégrée à leur activité ; il en est de même pour certains praticiens exerçant dans des banlieues défavorisées, mal desservies par les transports collectifs et dont les habitants ne peuvent pas toujours se déplacer aisément. Parmi les praticiens installés en ville, quelques uns toutefois, notamment parmi les plus jeunes, disent apprécier de « découvrir les patients dans leur cadre de vie ».