



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Impact du dossier informatique en visite à domicile sur le suivi du patient – point de vue de médecins généralistes de la Côte d’Opale

Présentée et soutenue publiquement le 18 janvier 2018
au Pôle Recherche de la faculté de médecine Henri Warembourg à Lille
Par Hélène Taine

JURY

Président :

Monsieur le Professeur MAURAGE Claude-Alain

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BOULANGER Eric

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Monsieur le Docteur BEUSCART Jean-Baptiste

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur KNOCKAERT François-René

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

AcBUS	Accord du Bon Usage des Soins
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS	Carte de Professionnel de Santé
DMP	Dossier Médical Personnel
EBM	<i>Evidence Based Medicine</i>
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication

Table des matières

Résumé	1
Introduction.....	2
I. Généralités	2
II. Histoire des visites à domicile.....	3
III. Perception des visites à domicile par les médecins généralistes.....	3
IV. Apport des visites à domicile	4
V. Politique de réduction du nombre de visites à domicile.....	5
VI. Informatisation des cabinets médicaux.....	6
VII. Dossier médical personnel (DMP).....	7
VIII. Dossier médical en visite à domicile	9
Matériels et méthodes.....	11
I. Type d'étude	11
II. Population étudiée	11
A. Critères d'inclusion	11
B. Critères d'exclusion	11
III. Méthode de recrutement.....	11
IV. Réalisation des entretiens	12
V. Analyse des données	12
VI. Ethique.....	13
Résultats	14
I. La population étudiée	14
II. La saturation des données	14
III. Le vécu de la visite à domicile	14
IV. L'utilisation de l'informatique au cabinet médical.....	19
V. Le dossier médical actuel en visite	20
A. Organisation du suivi difficile.....	21
B. Utilisation d'un dossier médical papier	22
C. Utilisation des nouvelles technologies.....	25
VI. L'amélioration du suivi grâce à l'informatique à domicile.....	26
VII. Les autres avantages de l'informatique.....	29
VIII. L'avenir avec l'informatique	30
A. A la recherche de la meilleure solution.....	30
B. Expérience du dossier informatique	31
IX. Les freins à l'informatique.....	32
A. Contrainte du support.....	32
B. Frein économique.....	32
C. Frein technologique.....	33
D. Impression des ordonnances	34
E. Doutes sur l'apport de l'informatique.....	35
Discussion	36
I. Choix de la méthode.....	36
A. Le type d'étude et la question de recherche	36

B.	L'entretien.....	36
C.	Le recueil de données.....	37
D.	La définition des catégories.....	37
E.	Les limites et les points forts de l'étude.....	37
II.	Discussion des résultats.....	40
A.	L'ambivalence envers la visite à domicile.....	40
B.	Le dossier médical informatisé au cabinet s'est démocratisé.....	41
C.	Le dossier médical actuel en visite est plus pauvre qu'au cabinet.....	42
1.	L'organisation du suivi est plus difficile.....	42
2.	L'utilisation d'un cahier est répandue.....	43
3.	Le début de l'informatisation à domicile.....	44
D.	L'informatique à domicile améliorerait le suivi du patient.....	46
E.	L'informatique à domicile a d'autres avantages.....	47
F.	L'informatique aura probablement sa place à l'avenir en visite.....	48
1.	A la recherche de la meilleure solution.....	48
2.	Certains ont déjà l'expérience de l'informatique à domicile et en sont satisfaits.....	49
3.	A propos du DMP.....	50
G.	Les freins à l'informatisation à domicile.....	50
	Conclusion.....	53
	Références bibliographiques.....	54
	Annexes.....	56
	Annexe 1 : Feuille des caractéristiques.....	56
	Annexe 2 : Critères de prise en charge des la visite à domicile.....	56
	Annexe 3 : Guide d'entretien 1 ^{ère} version.....	58
	Annexe 4 : Guide d'entretien 2 ^{ème} version.....	59
	Annexe 5 : caractéristiques de la médecine générale selon la Wonca.....	60

RESUME

Introduction : L'utilisation d'un dossier médical informatique s'est démocratisée dans les cabinets médicaux mais le dossier médical en visite à domicile semble délaissé. Pourtant, les patients vus à domicile sont fragiles et leur suivi est compliqué. Nous avons demandé l'avis de médecins généralistes concernant l'impact d'un dossier médical informatisé à domicile sur le suivi du patient.

Matériels et méthode : Une étude qualitative utilisant la théorie ancrée a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés. Cette étude a été conduite de décembre 2016 à août 2017 sur la Côte d'Opale. Onze entretiens ont été nécessaires pour obtenir une saturation des données.

Résultats : L'utilisation d'un dossier papier en visite à domicile était largement répandue et suffisait à certains médecins. D'autres pensaient pouvoir améliorer le suivi du patient grâce à un dossier informatisé mais un seul l'utilisait. Apporté au domicile grâce à un ordinateur portable ou à une tablette, il permettrait de mieux organiser le suivi du patient, notamment grâce à l'accès aux courriers et résultats d'examens complémentaires. Les antécédents et allergies des patients seraient de même plus facilement accessibles. Des oublis et erreurs de prescription seraient évités. Les constantes du patient, notées à chaque visite dans le dossier, permettraient un meilleur suivi de l'hypertension artérielle et du poids. La prévention serait facilitée.

Conclusion : Un dossier informatique à domicile améliorerait le suivi des patients mais pose le problème de la communication avec les autres soignants intervenant à domicile. L'utilisation d'un support écrit laissé chez le patient et d'un support informatique portable serait l'idéal mais plus chronophage pour le médecin.

INTRODUCTION

I. Généralités

La visite à domicile est une spécificité de la médecine générale. La France est notamment un pays où les médecins généralistes pratiquent beaucoup de visites à domicile, et la région du Nord-Pas-de-Calais est en tête de liste.

Depuis 2002, un Accord du Bon usage des Soins (AcBUS) a permis la diminution du nombre de visites à domicile grâce à une restriction de ses indications. Les visites à domicile restent une nécessité et ne semblent pas vouées à disparaître, notamment au regard du vieillissement de la population.

Les visites à domicile sont majoritairement perçues comme une contrainte. Elles sont plus longues qu'une consultation au cabinet et la tenue du dossier médical nécessite d'y consacrer encore plus de temps.

L'informatisation de la médecine générale a débutée dès les années 90 et s'est généralisée depuis l'obligation de télétransmettre les feuilles de soins en 1998. L'utilisation d'un dossier médical informatique s'est alors démocratisée dans les cabinets médicaux. Le support du dossier médical en visite à domicile est un sujet peu étudié. Pourtant les patients vus à domicile sont souvent les plus fragiles et aux dossiers plus compliqués.

Le développement des nouvelles technologies de l'information, de la communication et de la connaissance (NTICC) fait évoluer la médecine en général. Par exemple, l'utilisation des systèmes d'aide à la prescription permet de diminuer les erreurs de prescription.

Le gouvernement a essayé de développer un dossier médical personnel (DMP), accessible sur Internet par le patient et par le médecin. Mais ce projet n'a pas abouti.

La visite à domicile est un atout de l'offre de soin français qu'il est important de préserver en la limitant et en la reconsidérant positivement.(1) La tenue du dossier médical me paraît essentielle pour des soins de qualité. Alors que les médecins s'appuient beaucoup sur le dossier médical en cabinet pour prendre des décisions, le dossier médical en visite à domicile semble délaissé. Dans la perception de l'avenir de la visite à domicile par les médecins généralistes, les technologies modernes

apparaissent dans le champ de l'exercice médical mais sans toujours convaincre de leur utilité. (2)

Ce travail de thèse d'exercice de médecine générale est une étude qualitative chez des médecins généralistes de la Côte d'Opale. Quel serait l'impact d'un dossier médical informatique en visite à domicile sur le suivi du patient? Nous chercherons aussi à en savoir plus sur les freins de l'informatisation du dossier médical au domicile des patients.

II. Histoire des visites à domicile

En France comme à l'étranger, la visite à domicile connaît une diminution constante depuis les années 1930.(1) Les nombreuses raisons de ce déclin ont été bien expliquées et incluent l'inefficacité, le manque de soutien au diagnostic, la rémunération insuffisante, la complexité déconcertante des patients, la rencontre de la misère, les mauvaises manières, le risque de s'égarer et même, la crainte d'être attaqué.

Aujourd'hui, dans la majorité des pays européens et aux Etats-Unis, les visites à domicile sont une exception et ne sont plus la méthode standard pour délivrer les soins.(2) Dans chaque système, il y a des supporters et des adversaires de la visite à domicile. Aux Etats-Unis, les visites à domicile sont effectuées par des « house call ». En Allemagne, les visites à domicile sont peu remboursées et celles non médicalement indiquées sont évitées. En 2001, la France figurait en tête du peloton européen en nombre de visites à domicile. (3) La visite représentait alors près d'un acte sur quatre (23,5%). En comparaison, elle ne représentait que 9% des actes en Allemagne et 11% en Italie. De plus, la culture de la visite était disparate selon les régions : elle constituait plus de 33% des actes dans le Nord, contre 14% dans la région Rhône-Alpes.

III. Perception des visites à domicile par les médecins généralistes

D'une manière générale, les visites sont perçues par les médecins généralistes comme contribuant fortement aux difficultés rencontrées dans la maîtrise de leurs horaires et de leur temps de travail. (4) Une thèse qualitative de 2012 distinguait différentes représentations de la visite à domicile par les médecins généralistes : (5)

- Contrainte temporelle : visite chronophage pour une grande majorité de médecins
- Inconfort matériel : domiciles sales, absence du confort matériel de leur cabinet
- Inadéquation entre la visite, sa cotation et les moyens associés.
- Mise en danger
- La visite plaisir : élément de rupture dans le rythme de travail, une occasion de prendre l'air.

Les médecins se déplacent tout en ayant le sentiment de faire, en visite, une moins bonne médecine qu'en consultation, notamment par l'absence de dossier médical. En effet les soins en cabinet semblent apporter une meilleure garantie de qualité au patient. Le médecin y dispose de tout son matériel et de la documentation professionnelle nécessaire. (3) De plus, le temps total moyen d'une visite à domicile est de 41 minutes d'après une étude de 2005 chez les médecins d'Ile-de-France ; le même résultat était retrouvé en Auvergne en 2001. Ce temps comprend : la préparation de la visite, le déplacement, le temps passé auprès du patient et la mise à jour du dossier après la visite. En comparaison, une consultation dure en moyenne 18 minutes. 38,1% des médecins disposent du dossier médical lors de la visite à domicile, contre 90% en consultation.

IV. Apport des visites à domicile

La connaissance du domicile du patient apporte une approche environnementale médicalement utile. (5) Elle donne accès à des informations précieuses, qui peuvent améliorer la qualité des soins. (2)

Dans une thèse qualitative de 2012 explorant l'opinion de médecins généralistes concernant la visite à domicile, les médecins exprimaient l'importance de l'évaluation de l'environnement du patient. (6) Pour ces médecins, la prise en compte de tout cet environnement permet une optimisation de la prise en charge globale du patient en articulant les aides autour de lui. La visite à domicile est un outil parfait et précieux pour apprécier l'autonomie réelle des patients. Tous les médecins du groupe ont jugé la visite indispensable à l'exercice de leur profession. D'ailleurs, chaque médecin a fait part d'une expérience personnelle où il a observé les problèmes d'inobservance et d'erreur dans les prises médicamenteuses, pouvant

avoir des conséquences graves. L'observation de la vie quotidienne peut apporter des éléments d'explication à des problèmes médicaux.

Les patients âgés avec différentes pathologies aiguës traités à domicile plutôt qu'à l'hôpital seraient moins susceptibles de développer des complications gériatriques comme la confusion, des problèmes digestifs ou urinaires. (2)

V. Politique de réduction du nombre de visites à domicile

La nécessité de diminuer le nombre de visites à domicile s'explique par la diminution du nombre de médecins généralistes sur le territoire et l'augmentation de la population. (6) Pour des raisons d'efficacité, afin de voir plus de patients par jour, il a fallu réduire le nombre de visites à domicile qui étaient trop chronophages ; et recentrer la visite sur sa vocation première : soigner les patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet du médecin.(7) En effet le système libéral a été aisément « détourné » dans les années 80 pour boucler les fins de mois difficiles, situation fréquente chez les jeunes médecins généralistes libéraux dans un milieu professionnel très concurrentiel. Recentrer l'indication de la visite à domicile sur l'intérêt médical a permis une « éducation » des patients vers une attitude moins consumériste des soins. (5)

Un accord du bon usage des soins (AcBUS) relatif à la consultation hors cabinet a été mis en place le 1er octobre 2002. (8) Il prévoit l'application de nouvelles tarifications selon que le patient est, ou non, en difficulté ou incapacité de se déplacer. L'objectif pour la caisse d'assurance maladie (CPAM) était de réduire de 5% les visites à domicile suite à une campagne de communication. Suite à la mise en place de l'AcBUS, les visites à domicile représentaient en France 16,8% de l'activité d'un médecin généraliste en 2003. En 2010, les visites ne représentent que 12% du nombre total d'actes.(9) Les médecins détiennent le pouvoir de cautionner ou pas (facturation d'un dépassement d'honoraires, DE) cette consommation de soins dans des situations sociales très inégales. (5) La majorité de déplacement est justifiée pour les patients présentant des critères médico-administratifs, cliniques et sociaux : (10)(8)

1. Critères cliniques :

- Incapacité concernant la locomotion :
 - par atteinte ostéo-articulaire ou neurologique,
 - en raison d'une affection cardio-vasculaire ou respiratoire chronique grave,
 - en cas de soins palliatifs ou d'état grabataire,
- Période post opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement,
- Dépendance psychique avec incapacité de communication,
- Démence ou état sénile.

2. Critères médico-administratifs :

- Exonération du ticket modérateur pour les affections longue durée suivantes : accident vasculaire cérébral invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques,
- Etre bénéficiaire de l'allocation tierce personne ou titulaire de l'allocation personnalisée d'autonomie,
- Hospitalisation à domicile.

3. Sociaux et environnementaux :

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

VI. Informatisation des cabinets médicaux

La démocratisation de l'outil informatique, en marche depuis la fin des années 90, s'est accélérée depuis 1998.(11) Cette évolution est en partie expliquée par le devoir pour les médecins de télétransmettre à la CPAM les feuilles de soins électroniques. Cette obligation s'est appliquée à l'ensemble des médecins libéraux à partir du 31 décembre 1998. La commission européenne a publié en 2008 les résultats d'une enquête réalisée à l'échelon européen. En France, 83% des médecins généralistes étaient équipés d'un ordinateur et 74% stockaient des données médicales des patients.

L'adoption et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) sont de plus en plus vues comme des outils de support et d'amélioration de la délivrance des soins, notamment des soins primaires.(12) Les

technologies d'information de la santé ont démontré leur contribution à une meilleure efficacité des services de soins primaires. En particulier, elles peuvent :

- Faciliter l'adhésion à des recommandations dans la pratique clinique et réduire les erreurs médicales avec une meilleure gestion des connaissances et des prises de décisions basées sur les preuves (EBM).
- Contribuer à l'intégration et la continuité des soins avec une amélioration de la communication entre les médecins généralistes, les patients et les spécialistes.
- Permettre un gain de temps et d'argent.

Une étude a évalué l'utilisation des TIC de base en soins primaires de 31 pays Européens (France exclue) en utilisant les données de l'étude QUALICOPC de 2012 (Quality and Costs of Primary Care in Europe). 96% des médecins généralistes dans les pays européens de l'étude utilisaient un ordinateur (contre 40% en 1993), principalement pour la recherche d'information médicale sur internet (82%) et pour délivrer les ordonnances de médicaments (81%). 70,5% utilisaient un ordinateur pour « envoyer des lettres aux spécialistes », 31% envoyaient les ordonnances aux pharmaciens (dont 100% en Islande et Suède), 75,5% stockaient les résultats des examens et les compte rendus de consultation. Le Danemark, l'Islande, la Hollande, la Norvège et la Suède étaient les champions en terme d'adoption et d'utilisation des TIC appropriées en soins primaires.

Au cours de la période 2014-2020, la recherche et l'innovation seront soutenues à la Commission Européenne au titre de volet « Santé, évolution démographique et bien-être » d'Horizon 2020 notamment dans le domaine scientifique et d'ingénierie en matière de TIC et de calcul pour une médecine numérique, personnalisée et préventive.(13) Le premier plan de la santé en ligne (qui désigne l'utilisation des TIC dans les produits, services et processus de santé) a été adoptée en 2004.

VII. Dossier médical personnel (DMP)

Initialement, le projet est un dossier médical partagé pour une coordination entre les soignants. Celui-ci est devenu, en août 2004, dossier médical personnel avec un recueil des informations du patient et une possibilité pour celui-ci des les masquer. Le dossier médical personnel a été institué par la loi pour faciliter le partage des informations entre professionnels de santé, éviter les actes redondants

et agir contre les interactions médicamenteuses.(14) Le DMP contient les informations et les documents utiles à la prise en charge du patient : antécédents, allergies, prescriptions et traitements, compte-rendu de radiologie, analyses de laboratoire, résultats d'examens complémentaires. Il ne remplace pas le dossier professionnel. Il est accessible soit par un logiciel métier DMP-compatible, soit sur le site du DMP. Il garantit le respect du secret professionnel et la sécurité des données. Le patient peut y ajouter une information ou masquer un document. En 2016, le Nord-Pas-de-Calais en comptait moins de 20.000.

Une étude de 2007 regroupait les avis de médecins généralistes concernant le DMP. (15) Pour 74% d'entre eux, le DMP pouvait améliorer la qualité de la prise en charge médicale des malades et la communication des informations de santé. Les trois principaux obstacles liés à l'utilisation du DMP étaient l'incompatibilité avec le dossier métier, l'absence de temps et l'absence de rémunération prévue. La peur d'accès frauduleux au DMP est vue par les médecins comme l'inconvénient majeur. La création d'un DMP demande beaucoup de temps au médecin pour un intérêt très limité.(16) En 2004, le gouvernement avait annoncé des économies futures réalisées grâce au DMP, mais à ce jour, il a coûté cher. Un rapport de la CNIL d'avril 2007 pointait de multiples dysfonctionnements lors des expérimentations de 2006. En 2008, une mission de relance du DMP a été menée, avec un financement pérenne important.

Une thèse qualitative de 2008 s'intéressait à la vision d'avenir du dossier médical informatique chez des médecins utilisant un dossier médical partagé informatisé dans le cadre d'un réseau de santé. (11) Le partage des données médicales d'un patient était ressenti pour la plupart des médecins comme étant très positif voire indispensable à l'avenir.

Il existe des projets similaires dans tous les pays occidentaux. Aux Etats-Unis, Google et Microsoft ont lancé des initiatives de dossiers médicaux en ligne (HealthVault® pour Microsoft depuis octobre 2007, GoogleHealth® pour Google depuis mai 2008).(11) Ils contiennent des dossiers patients en ligne, accessibles par une connexion sécurisée et partageable par les patients avec les soignants de leur choix.

VIII. Dossier médical en visite à domicile

La qualité globale de la prise en charge médicale à domicile est moins bonne qu'en cabinet avec une tenue de dossier moins bonne. (6) Les médecins essaient de pallier à ce défaut en utilisant un dossier papier qui est emmené lors des visites ou qui est laissé au domicile du patient, mais ce moyen de substitution est moins satisfaisant que le dossier informatique, car les courriers et biologies récents peuvent y manquer. L'utilisation d'un ordinateur portable a semblé être pour certains, un moyen d'améliorer ce suivi.

Une thèse quantitative de 2011 s'intéressait spécifiquement à la tenue du dossier médical au cours des visites à domicile.(7) Différents types de support sont utilisés par les médecins en visite :

- 25% des praticiens conservent le dossier médical au cabinet et l'emmènent à chaque visite
- 42% utilisent un support écrit laissé en permanence au domicile du patient (cahier, classeur, carnet de santé)
- 21% retranscrivent les données dans le dossier au cabinet mais ne disposent pas de celles-ci au cours de la visite
- 12% ne disposent d'aucune donnée au cours de la visite et ne retranscrivent rien dans le dossier au cabinet

Mais c'est en fait la disponibilité des données médicales au cours de la visite qui est importante. 78% des praticiens disposent des données médicales au cours de la visite à domicile (provenant du dossier que le médecin conserve au cabinet et qu'il emmène en visite, ou d'un support laissé en permanence chez le patient). Les limites du dossier papier ont été analysées : ils sont souvent mal structurés, difficiles à lire, parfois introuvables. Les dossiers papiers posent des problèmes de classement, de dégradation des supports et d'archivage. Or l'informatisation du dossier médical peut théoriquement résoudre la plupart de ces problèmes. Concernant l'utilisation de l'informatique en visite à domicile, la littérature ne donne pas de réponse en France comme au niveau international. L'informatisation du dossier médical au cabinet s'est faite au détriment du dossier médical à domicile (le dossier papier est incomplet et la plupart des données sont sur le support informatique). Dans cette étude, 68% des praticiens pensent qu'un outil informatique permettrait une meilleure tenue du dossier médical des patients suivis à domicile mais seulement 5% des médecins de

l'échantillon utilisent un logiciel informatique portable. L'outil informatique permet de pallier aux obstacles mis en avant précédemment : il n'implique pas de perte de temps lié à la recherche et à la préparation des dossiers, il est garant d'une exhaustivité des informations et il évite la mixité papier/informatique du dossier à domicile. Le seul écueil est l'impossibilité de partager les données avec les autres professionnels de santé intervenant à domicile.

La thèse qualitative de 2008 précédemment citée retrouve cette préférence pour le dossier papier au pied du patient, d'ailleurs, aucun des médecins interrogés n'utilise l'outil informatique en visite. (11) L'outil informatique est parfois utilisé au retour de visite pour le suivi, le stockage des examens complémentaires et/ou la facturation.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Pour réaliser ce travail, une étude qualitative exploratoire utilisant le concept méthodologique de la théorisation ancrée a été entreprise. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés. L'intervieweur était un médecin généraliste, et la triangulation a été réalisée par un deuxième médecin généraliste.

Une revue de la littérature a été réalisée au préalable en utilisant les mots-clés suivants : visite à domicile, dossier médical, informatique, informatisation, médecine générale, nouvelles technologies de l'information de la communication et de la connaissance, qualité des soins, suivi du patient, support, impact.

II. Population étudiée

A. Critères d'inclusion

La population étudiée était composée de médecins généralistes libéraux, installés, exerçant sur la Côte d'Opale.

B. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les internes en médecine, les médecins remplaçants, les médecins d'une autre spécialité que la médecine générale.

III. Méthode de recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé selon la stratégie du recrutement orienté, entre décembre 2016 et juillet 2017.

Les participants ont été sélectionnés pour obtenir un échantillonnage à variation maximale sur : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, la zone rurale ou urbaine, le mode d'exercice (seul ou en groupe).

IV. Réalisation des entretiens

Un premier contact a été réalisé par contact direct ou par téléphone pour obtenir l'accord oral des participants. Puis un deuxième accord oral a été demandé lors du jour de l'entretien.

Les participants ont été informés du caractère enregistré de l'entretien, du respect de l'anonymat et de la finalité de l'étude. Les participants peuvent retirer leur interview jusqu'à la publication.

Le guide d'entretien a été mis au point suite au travail de recherche bibliographique. Il reprenait la liste des thèmes à aborder sous forme de questions ouvertes avec quelques sous-questions de relance si nécessaire. Le guide d'entretien a été réévalué et légèrement modifié à l'issue de l'analyse de trois entretiens pilotes (cf annexe 3 et 4).

Le recueil des entretiens a été réalisé soit au cabinet médical, soit au domicile du participant. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application Dictaphone® de l'iPhone® après consentement des participants.

V. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®, et anonymisés afin d'obtenir les verbatims. Le langage non verbal n'a pas été recueilli.

Le travail d'analyse et de codage des verbatims a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo11®. Les verbatims ont été codés, fragmentés et regroupés dans diverses catégories afin de mettre en évidence les thèmes principaux. L'hypothèse a été générée à partir des faits observés. L'analyse était concomitante au recueil de données. Un aller-retour permanent entre la conception de l'étude, le recueil et l'analyse des données a permis de construire l'hypothèse.

Ce travail a été réalisé avec la collaboration d'un deuxième chercheur pour la triangulation des méthodes de recueil. Le recueil des données a été réalisé

individuellement. Le codage était réalisé en ouvert séparément par l'intervieweur et le deuxième chercheur. Ce codage ouvert a été effectué après chaque entretien pour faire évoluer le guide d'entretien. Ensuite, une triangulation du codage était faite pour s'accorder sur des codes communs. Enfin, un codage axial de ces codes communs a permis de générer les résultats.

VI. Ethique

Une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL suivant la déclaration normale.

Lors du début de l'étude, la loi Jardé n'était pas encore en application. Donc il n'y a pas eu de demande auprès du comité de protection des personnes.

RESULTATS

I. La population étudiée

L'échantillon était composé de 11 médecins généralistes, 7 hommes et 4 femmes, âgés de 33 à 66 ans, avec une moyenne d'âge de 44 ans. (cf annexe 2). 4 travaillent individuellement contre 7 en cabinet de groupe ; 6 en zone semi-rurale, 4 en zone urbaine et 1 en zone rurale. Un seul utilisait un dossier informatique au domicile. L'un d'eux n'utilisait pas de logiciel-métier, un utilise Axisanté®, deux utilisent Médiclick® et sept utilisent Hellodoc®. Les trois-quarts des médecins réalisent entre 5 et 20 visites à domicile par semaine (8 médecins sur 11). Un médecin en fait moins de 5 par semaine et deux en font 40 ou plus par semaine.

II. La saturation des données

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon ne doit pas être préalablement déterminée par des règles de calcul. L'analyse des données s'effectue au fil des entretiens, jusqu'au moment où l'analyse de tout nouvel entretien n'apporte aucune nouvelle donnée, c'est la saturation des données. Elle a été considérée comme atteinte lors du 9^{ème} entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'assurer de l'absence d'émergence de nouvelles notions.

III. Le vécu de la visite à domicile

La visite à domicile est une consultation qui est réalisée au domicile du patient quand ce n'est pas possible de la faire au cabinet.

« la visite à domicile c'est la visite pour laquelle on peut pas faire autrement, pour laquelle le patient est impossible, enfin pour laquelle la visite au cabinet est impossible. La visite à domicile elle doit être normalement justifiée que si le déplacement est complètement médicalement difficile » M9

Les visites à domicile sont une habitude des anciens médecins généralistes.

« il les avait éduqués comme ça »M7

«bah ça dépend, il y a des patients qui ont été habitués depuis très longtemps à ce que ça tourne comme ça mais effectivement pour lesquels le déplacement au cabinet serait encore possible, sauf que voilà c'est parce que c'est des vieilles habitudes des anciens médecins généralistes et que ça a été engrené [...] et on continue à faire des visites à domicile pour des patients qui sont pas grabataires »M9

Le déplacement en visite à domicile est perçu à la fois comme une corvée et une détente selon les médecins.

« Pour moi c'est un peu une corvée les visites à domicile » M5

« Je me promène, ça me détend, c'est de la ballade » M6

La médecine qu'on y délivre ne semble pas forcément différente mais plus difficile que celle délivrée au cabinet.

« Médecine différente, non, mais plus difficile, plus difficile »M1

« plus sur le rapport humain après [...] qui est différent [...] parce que c'est chez eux, ils te proposent des fois un petit café, un petit machin. C'est plus accueillant à domicile que ici (ndlr : au cabinet)» M10.

L'ensemble des médecins interrogés s'accordent à dire que la visite à domicile est une nécessité en médecine générale pour les patients ne pouvant plus ou peu se déplacer.

« Je sais bien que c'est nécessaire »M5

« la visite à domicile pour moi elle doit se faire, elle doit se garder, parce qu'elle est obligatoire pour certains patients, forcément [...] Il faut, comment dirais-je, il faut qu'elle soit appliquée, enfin gardée pour quand le besoin est devenu nécessaire» M7

Le nombre de visites est à limiter en la réservant aux patients pour lesquels elle est réellement nécessaire et en privilégiant donc les consultations au cabinet.

« parce que moi je fais de la visite que chez les gens qui ne peuvent absolument pas faire autrement »M5

« je privilégie quand même les gens à venir à mon cabinet tant qu'ils peuvent, quelque soit l'âge, j'ai des gens qui ont 96 ans qui viennent au cabinet » M7

Les patients vus à domicile sont dans des situations souvent plus complexes.

« en effet c'est des patients qui sont plus compliqués, parfois du coup un pti peu isolés, et qu'on peut pas les examiner correctement »M5

Consulter à domicile pose des problèmes d'insalubrité et nécessite de s'adapter au domicile.

« on est obligé de s'adapter parce que c'est des personnes qui sont difficilement déplaçables et qu'on est obligé de faire au plus pressé dans la plupart des cas »M3
« tu vas dans des domiciles où t'oses pas poser ton sac »M5

L'examen clinique est perçu comme difficile par la majorité des médecins interrogés, par des conditions d'examen moins bonnes qu'au cabinet, à la fois parasité par l'environnement extérieur et plus difficile sur le plan technique.

« conditions d'examen sont nettement moins bonnes [...] on est dévié de son examen clinique par toute sorte de parasitage extérieur, que ce soit familial euh... problème pour examiner, pour allonger quelqu'un correctement, difficulté à mobiliser une personne qui est en fauteuil roulant et est qui trop lourde à déplacer toute seule » [...] ça limite l'examen clinique »M3
« probablement la partie la plus difficile de l'exercice, parce qu'on a moins d'outillage, les conditions d'examen des patients sont pas les mêmes que quand on peut les installer sur une table d'examen, euh on est souvent obligé de faire éteindre la télé, [...] d'éviter de se faire bouffer par le chien, hein c'est quand même beaucoup plus difficile » M8

D'autres reconnaissent que la visite est plus pratique pour les personnes qui ont beaucoup de difficultés à se déplacer.

« quoique, y'a des fois, finalement on dit ça prend plus de temps et machin c'est pas toujours si vrai que ça, bien sûr y'a la route mais la consultation du patient en elle-même, l'examen du patient et machin, des fois c'est aussi rapide sinon plus à domicile, [...] Donc pour les personnes âgées qui ont vraiment du mal à se déplacer, chez qui la visite est franchement médicalement tout à fait justifiée, bof c'est, c'est pas plus mal, c'est pas plus mal »M8

Le temps passé en visite à domicile est différemment perçu selon les médecins. Pour certains, la visite permet de consacrer plus de temps au patient qu'au cabinet. Pour d'autres, le temps passé à s'occuper du patient est moins important qu'au cabinet.

« moi je consacre plus de temps pendant ma visite »M6
« ce sont des visites où on a moins de temps pour travailler » M4
« oui il y en a c'est tous les 3 mois, on n'a pas eu le temps de se replonger dans le dossier... » M9

Le principal intérêt de la visite à domicile est de pouvoir voir le patient dans son milieu, et notamment voir des choses que l'on n'aurait pas vu au cabinet.

« Mais bon, y'a des avantages et des inconvénients. Il y a des choses que tu fais en visite à domicile que tu peux pas faire au cabinet »M6
«Mais ceci dit ça permet de voir le patient aussi dans son contexte, chez lui, de, de voir comment il prend ses traitements, si il les prend, de surveiller un petit peu, comment il se sent à domicile, étant donné que ce sont souvent des personnes qui sont en perte d'autonomie, donc voir aussi si l'habitat est adapté à leur état clinique [...] donc voilà ça revient à ça, c'est une manière de rentrer dans l'intimité du patient et c'est le petit plus que je dois reconnaître à la visite à domicile. C'est le point le plus intéressant, c'est de voir le patient dans son jus. Ca m'a permis notamment une fois de découvrir qu'un de mes patients ne prenaient plus ses traitements que je lui prescrivais depuis 2 ans, notamment un traitement anti-hypertenseur et anti-parkinsonien euh et il y avait dans ses tiroirs deux ans de traitement »M11

Elle permet aussi de casser l'isolement pour ces patients.

« en plus, c'est, bon moi je suis à la campagne, je peux pas parler de la ville je connais pas, mais ici c'est souvent des gens qui sont relativement isolés, qui voient pas beaucoup de monde, donc le docteur qui passe... »M8

Pour le patient, la visite du médecin traitant a aussi un intérêt psychologique.

« la visite, c'est presque sentimental [...] et en plus les gens chez qui tu vas comme ça de façon répétée, c'est des amis, c'est des gens que tu connais depuis 30 ans, tu connais toute la famille à chaque fois, mais c'est vrai que c'est assez peu médical et c'est beaucoup plus médicosocial [...] ça se passe beaucoup plus au niveau du, du psychologique quoi. j'aime bien aussi voir les gens dans leur milieu de vie, ça m'apporte alors plus au point de vue psychologique, et psychosocial que strictement médical» M6

La qualité des soins est moins bonne selon certains médecins interrogés.

« Si on leur demande de venir au cabinet c'est parce que je pense qu'on peut faire des meilleurs soins forcément au cabinet »M7

« C'est une visite qui est moins précise [...] forcément de moins bonne qualité vu qu'on n'a pas de dossier informatique»M4

En effet, ils ont des difficultés à organiser le suivi, mémoriser le dossier médical, et l'impression qu'il y a une perte de chance pour le patient.

« je trouve qu'il y a une perte de chance à domicile pour un polypathologique parce que on zappe, y'a des choses qui sont zappées, qui ne sont pas aussi nettes que dans le dossier informatisé [...] le suivi du patient est bien plus compliqué »M3

« Que ça soit en terme de... d'examen clinique, de prescription, de suivi, c'est clairement moins bon [...] on n'a pas du tout de suivi, ça c'est clair [...] c'est des patients qu'on oriente quand même assez plus fréquemment à l'hôpital »M5

Mais la visite à domicile n'est pas forcément source de problème.

« moi j'ai l'impression que c'est pas équivalent à ce que je pourrais faire au cabinet mais je suppose que je dois me tromper parce que j'ai pas plus de problème pour le maintien de mes patients à domicile que pour des thérapeutiques au cabinet.[...]

M11

IV. L'utilisation de l'informatique au cabinet médical

Le dossier médical est informatisé chez tous les médecins interrogés mais le contenu du dossier varie.

« moi au cabinet c'est 100%[...] ici je suis entièrement informatisé au cabinet du coup en visite j'ai plus rien »M5

« c'est plutôt bien, moi j'aime bien, j'aime bien pour le suivi, d'ailleurs le, voilà c'est à peu près la référence que j'utilises pour mes cahiers à domicile. »M11

L'utilisation de l'informatique nécessite de bien connaître le logiciel-métier utilisé afin de gagner du temps et de la rigueur dans le suivi du patient

« une fois que t'as pris le pli finalement c'est complètement indispensable [...] Il faut savoir bien manipuler et bien connaître son logiciel pour que ça soit bénéfique [...] Si le logiciel il est mal employé, mal utilisé, finalement, on perd du bénéfice et ça sert à rien» M9

« toute ma biologie qui arrive, et tout mon courrier je le scanne dans chaque dossier patient, quand même, ça c'est énorme par ce que moi ça me fait gagner beaucoup...de la rigueur dans la consultation quand même , parce que quand tu veux remonter quand est-ce qu'il a vu le cardiologue, hop c'est marqué « Cardio », tac j'ai la dernière lettre, euh voilà. » M7

Pour la visite à domicile, les médecins ne prennent pas le temps de préparer la visite grâce au dossier médical informatique disponible au cabinet, sauf parfois pour les patients complexes.

« parce que souvent c'est en urgence et du coup t'as pas le temps de repasser pour te replonger dans le dossier du patient [...] quand je sais que j'ai des dossiers compliqués, que j'ai pas vu depuis longtemps, bah regarder dans Hellodoc®. »M9

Le dossier médical n'est pas rempli en retour de visite, par manque de temps et par sentiment d'inefficacité à cause des informations perdues entre la visite et le retour au cabinet.

« parce que, bah parce que quand je revenais de visite, les visites je les rentrais à la main et je trouvais pas ça satisfaisant, »M8

Certains médecins culpabilisent de ne pas prendre le temps de réaliser ces étapes mais manquent de temps pour le faire car les visites à domicile prennent déjà en moyenne deux fois plus de temps qu'une consultation au cabinet, avec le déplacement.

« Et après les visites je ne, je n'ai pas le temps de [...] je ne prends pas le temps de...de noter les observations au retour de visite [...] Mea culpa »M1

«Je ne retranscris pas du coup mes consultations à domicile en informatique bien que avec l'expérience, j'ai eu une expérience où je devrais le faire »M11

Certains médecins impriment les ordonnances au cabinet, et les modifient de façon manuscrite si besoin une fois arrivés au domicile.

« quand j'ai des visites que j'ai prévues à l'avance, souvent j'imprime les ordonnances à l'avance au cabinet [...] ce qui m'empêche pas de les relire quand j'ai... quand je suis sur place. »M3

« Quand c'est pour du traitement chronique, bah les ordonnances tu les pré-imprimes avant de partir, c'est toujours modifiable à la main, ça c'est pas gênant »
M8

V. Le dossier médical actuel en visite

A. Organisation du suivi difficile

Le dossier médical est souvent manquant ou insuffisant à domicile.

« mais euh nan sinon y'a pas un vrai, un vrai beau dossier médical, ça c'est clair [...] comme j'en ai peu en fait, bah le support c'est ma tête, mais j'en ai peu des patients, j'en ai assez peu [...] du coup on n'a pas franchement de dossier médical. Et ça c'est très très emmerdant.»M5

« souvent le problème c'est qu'on a moins de référence de dossiers médicaux, des courriers de spécialistes, des choses comme ça »M7

De ce fait, le suivi du patient est difficile à organiser et la communication avec les autres intervenants à domicile est compliquée.

« Donc c'est pour ça que des fois un bon dossier médical bien en évidence, le médecin du SAMU il arrive, il lui faut pas 36 heures, il voit tout de suite la dernière biologie, la dernière lettre du spécialiste, c'est quand même important, voilà, et un traitement nettement marqué sur ce qu'ils prennent c'est toujours aussi important»M7

Le médecin a des difficultés à trouver les examens réalisés, les anciennes ordonnances et les courriers des confrères.

« mais on finit par se baser sur les ordonnances précédentes, et cetera, bon ils ont quand même un minimum de dossier et de résultats d'examens chez eux donc au début on est un peu paumé puis en discutant on raccroche »M6

« les comptes rendus médicaux ils sont pas non plus chez le patient et toute façon lui demander quelque chose c'est trop compliqué parce que lui même sait pas où il a rangé les trucs [...] Alors déjà, où est l'ordonnance, où est la dernière ordonnance [...] où est le dernier examen biologique, où sont les comptes rendus, j'ai plus les dossiers en tête [...] et tu dois courir partout pour retrouver la dernière ordonnance en date, le dernier bilan biologique parce que tu l'as pas en tête même si tu l'as reçu à ton cabinet de manière informatisé, tu l'as plus en tête, parce que souvent c'est en urgence et du coup t'as pas le temps de repasser »M9

Le suivi du patient est plus difficile à domicile.

« Parce que le dernier patient je l'ai hospitalisé et j'aurai pu être plus précis dans ses antécédents, pour mes confrères urgentistes »M4

« surtout sur les personnes qui ont des... qui sont polypathologiques [...] Les systèmes de rappel, les vaccins, les rendez-vous chez le cardiologue, chez le gastro-entérologue, le suivi, la mammo, le machin, le truc, tout ça c'est des choses qui parfois sautent et prennent du retard quand on est occupé avec une pathologie aigue chez un chronique. »M3

« avec le carnet on arrive à s'organiser mais c'est difficile de pas oublier chaque, chaque suivi et chaque chose »M3

Le suivi du patient peut se faire grâce à l'aide de la famille mais le médecin se trouve en difficulté lorsque le patient a des troubles cognitifs.

« Moi j'essaie de mettre en place, de dire à la famille que leur traitement soit collé sur le mur, que leur carte vitale soit là, que le dossier je sache aller le chercher, c'est dans ce tiroir là, voilà et que si c'est pas moi qui viens parce que je suis pas là, qu'un médecin qui a fait l'effort de venir chez eux puisse avoir ces informations rapidement quoi. (...) Alors c'est justement quand on tombe sur des personnes qui commencent à avoir une dégénérescence cérébrale, cognitive et tout ça et qu'on arrive et qu'ils sont seuls à la maison. Dans ce cas là on n'a pas de renseignement, c'est pas eux qui nous, l'interrogatoire il est impossible, on sait pas bien ce qui s'est passé, ou des choses comme ça, donc c'est, ça peut être justement la difficulté de la continuité des soins »M7

B. Utilisation d'un dossier médical papier

L'utilisation d'un cahier à domicile est retrouvée chez la moitié des médecins interrogés, soit chez tous les patients vus à domicile, soit réservée aux patients les plus complexes vus à domicile.

« j'ai un cahier pour écrire dessus en fait [...] que je laisse chez les patients en fait [...] c'est un cahier où sont marqués les antécédents, les traitements et à chaque visite je note un petit mot dessus »M2

« Chez les patients compliqués j'ai mis un cahier d'écolier en fait, comme un carnet de santé, comme le carnet de santé des enfants, où je note les traitements, les antécédents, les résultats d'examens »M10

Certains médecins n'ont pas remplacé l'ancien carnet de santé fourni par la Sécurité Sociale, et n'ont pas de support pour le dossier médical en visite à domicile, parce qu'ils n'en ressentent pas le besoin car ils connaissent leurs patients.

« et en fait on s'en servait y compris au domicile, et ça on a perdu un petit peu l'habitude parce que les gens n'ont plus de carnet de santé [...] au domicile bah on l'a pas remplacé par l'informatique» M1

Lorsqu'il n'y a pas de dossier médical, le médecin doit alors mémoriser toutes les informations et se baser sur les ordonnances précédentes, ce qui peut être source d'oubli et d'erreur.

« Bah c'est se souvenir du dossier médical, ça c'est l'obstacle principal, surtout quand tu vieillis (rires)» M6

Ce support papier reprend les items de l'ancien carnet de santé fourni par la Sécurité Sociale. Il permet de retrouver les antécédents, le traitement de fond, les allergies du patient et les observations à chaque passage du médecin, avec la tension artérielle et les changements.

«on n'utilise plus beaucoup les carnets de la Sécu,[...] après un carnet de liaison je te dis avec l'évolution de l'ulcère, le truc, dernière infection, dernier traitement antibiotique extra qu'il a pris aussi. »M7

«Alors c'est un carnet à la maison un petit carnet d'écolier dans lequel je fais une page antécédents, traitements actuels, que j'actualise au fur et à mesure et puis dans lequel je note une observation courte avec la tension et les examens prévus.
»M3

Cela permet de mieux organiser et d'améliorer le suivi du patient pour les médecins qui l'utilisent.

« je vois pas vraiment d'obstacle à leur suivi, étant donné que je laisse chez mes patients, un cahier, quand j'ai recommencé mon activité je leur ai demandé à tous d'avoir un cahier à la maison dans lequel je mets mes observations, mes constantes, et qui me permet de faire le lien avec les autres intervenants paramédicaux, notamment les infirmières essentiellement [...]» M11
« avoir référence à sa dernière tension »M7

Le dossier papier est le plus souvent conservé par le patient, sauf exception.

« c'est les patients qui gardent leur dossier médical »M4
« c'est ça, un cahier, que chaque patient garde chez lui » M11

Mais cela pose le problème de confidentialité avec rupture du secret médical car il est accessible aux visiteurs du patient.

«... pas de confidentialité. Le cahier est accessible à tout le monde ; après sur un plan strictement légal ça peut se discuter, sur un plan humain c'est très pratique, on a besoin de savoir ce que les gens ont, y'a pas de secret là dessus. »M6
« Parce que en général ça se passe bien, des fois je les garde moi quand il y a des problèmes avec le reste de la famille, comme ça a pu m'arriver, mais sinon en général, comme les parents sont les aidants ça pose pas de problème du point de vue du secret médical »M11

Selon les médecins interrogés, ce support papier suffit pour certains alors que d'autres n'en sont pas satisfaits.

« Nan moi j'pense que, qu'il faudrait presque les 2, que le médecin référent ait son support là et qu'il y ait un autre support à côté qui serait consultable par un autre confrère, voilà. »M7

Le support papier fait aussi le lien avec les paramédicaux qui interviennent au domicile (infirmières, kinésithérapeutes, aides soignantes). Il permet de partager les informations, recueillir leur avis, suivre l'évolution d'une pathologie, par exemple d'un

ulcère de jambe et de prévoir un rendez-vous commun pour discuter d'une prise en charge.

« Et d'ailleurs l'infirmière rajoutait un mot entre deux si il fallait quelque chose »M6

Le cas particulier des patients en EHPAD est retrouvé car le dossier médical y est à la fois en papier et informatisé. Certains médecins se mettent donc à l'informatique par nécessité. Le suivi semble plus facile en EHPAD qu'à domicile.

« Après y'a un quart des visites que je fait, c'est à la maison de retraite. Donc c'est du domicile mais c'est dans une structure où c'est informatisé [...] donc le suivi est un peu plus facile » M5

C. Utilisation des nouvelles technologies

Tous les médecins utilisent déjà en partie l'informatique à domicile, notamment pour les feuilles de soins électroniques avec un lecteur de carte vitale portable

« Non, jamais ; euh sauf le lecteur de carte vitale »M4

Plusieurs médecins utilisent leur smartphone avec l'application Vidal® pour les prescriptions thérapeutiques.

« euh je commence à utiliser juste mon portable (...) à prendre en photo les ordonnances des patients» M9

« mon smartphone pour le Vidal® [...] pour les traitements, les interactions, les changements de traitement » M3

Certains utilisent leur smartphone pour consulter le dossier informatisé via l'application TeamViewer®, qui permet d'avoir accès à distance à l'ordinateur du cabinet médical, mais cela ne permet pas de le remplir à distance.

« étant donné ma double activité j'suis obligé de pouvoir le consulter un peu à distance, ça j'y arrive, enfin ça je le fais »M5

Un seul médecin interrogé utilise un ordinateur portable avec le dossier informatique à domicile.

« y'aurait manqué des informations, ça c'est sûr, c'est sûr et certain, il aurait manqué des informations, et puis là on avait accès aux biologiques qui étaient rentrées toutes fraîches, que le patient ramène pas forcément toujours, qui peuvent avoir de l'importance, ou pas, mais là on y avait accès »M8

VI. L'amélioration du suivi grâce à l'informatique à domicile

Lorsqu'on leur demande ce qu'ils suggèrent pour améliorer le suivi du patient en visite à domicile, plusieurs médecins pensent au dossier informatisé.

« Bah d'avoir je sais pas, un support, une annexe d'Hellodoc® sur un Ipad®, ou sur un téléphone, sur un ordinateur portable »M9

« Ah bah je pense que l'idéal, mais à mon avis ça existe déjà, c'est que je suis pas très douée en informatique, c'est d'avoir le dossier informatique sur une tablette »
M10

Ce dossier informatisé, apporté au domicile grâce à un ordinateur portable ou une tablette permettrait de mieux organiser le suivi.

« le dossier médical ça sert à suivre »M8

Il évite les oublis et permet d'être plus rigoureux dans la prévention.

« j'veux dire si je me suis un peu informatisé ici c'est pour essayer d'être plus rigoureux dans la prévention, tu vois les choses comme ça, parce que à domicile ça on peut moins bien le suivre» M7

Le dossier médical est plus facilement accessible, avec notamment les antécédents et les allergies du patient.

« On a un outil qui qui améliore l'accessibilité aux données du patient »M1
« voilà c'est surtout, oui, surtout avoir les antécédents ou les variations de traitement ou des choses comme ça »M7

Avoir l'historique des traitements permet de mieux suivre le patient et de faire moins d'erreur de prescription.

« j pense c'est surtout sur le suivi du traitement, ça veut dire éviter de represcrire des trucs qu'on a déjà essayé, euh j'en sais rien, pour de l'hypertension, (...) des psychotropes des trucs comme ça, pour ça on a quand même un meilleur suivi. »M5
« moins d'erreur pour la prescription médicamenteuse, pour un meilleur suivi [...] Ca m'aurait permis d'avoir accès au Vidal® et de retrouver les interactions médicamenteuses pour la mise en place d'un traitement antidépresseur ; Que je n'ai pas mis du coup» M9

Les courriers des confrères et les résultats d'examens complémentaires, reçus par messagerie sécurisée ou par courrier puis scannés dans le dossier médical permettent de mieux suivre ce qui a été demandé et de ne pas répéter les examens inutilement.

« en plus, si je modifie quelque chose, si je rajoute si je prévois un examen même si je fais ma demande d'examen manuscrite je peux la rentrer déjà dans mon logiciel, savoir que je l'ai demandé »M8
« si c'est stupide de redemander un nouveau bilan parce que t'as déjà demandé la TSH il y a deux mois mais que tu t'en souviens plus. Il y a plus de rigueur en fait [...] l'idéal ce serait d'avoir le portable informatique, ça c'est sûr[...] je pense que si jamais t'avais les mêmes documents que à ton cabinet que maintenant avec la dernière lettre du cardio, les trucs euh ta biologie rangée aussi, ton suivi, voilà ça améliorerait certainement» M7

Les constantes du patient enregistrées permettent de mieux suivre l'hypertension artérielle et le poids.

« tu sais pas le poids qu'il faisait il y a 6 mois » M7
« avec euh c'est pareil, un relevé de l'hypertension artérielle »M9

Un médecin interrogé utilise un dossier informatisé à domicile et pense améliorer le suivi des ses patients.

« y'a pas de différence, entre un patient à domicile et un patient qui vient au cabinet, les problèmes sont les mêmes. » M8

Un suivi informatique permettrait d'améliorer la qualité de la visite à domicile, de la rendre plus facile et d'être plus efficace.

« Ça améliorerait la qualité des soins mais ça prendrait plus de temps. Mais ça améliorerait la qualité des soins. » M4

« c'est pour améliorer, en fait c'est surtout pour améliorer le, la qualité de la prise en charge » M5

VII. Les autres avantages de l'informatique

L'informatisation des visites à domicile permet aussi d'améliorer le lien avec nos confrères médecins, en étant plus précis dans la façon d'adresser les patients à l'hôpital ou chez les confrères spécialistes et même en facilitant une prise en charge par le SMUR.

« Parce que le dernier patient je l'ai hospitalisé et j'aurai pu être plus précis dans ses antécédents, pour mes confrères urgentistes. »M4

« mais si grand-père ou grand-mère il est embarqué par le SMUR à 03h du matin et que l'urgentiste il trouve une ordonnance comme ça, lisible, avec tout le traitement dessus ... »M8

Il permet de gagner du temps pour la rédaction des ordonnances.

« qui me permet de gagner quelques minutes de lignes quand les ordonnances sont trop longues »M3

Il permet de se protéger médico-légalement.

« pour se couvrir aussi médico-légalement parce que du coup il n'y a rien qui est repris et que je pense que ça peut porter à préjudice... voilà »M9

« justement pour conserver la trace avec moi de ce que j'ai fait à domicile »M11

Les médecins qui ne pensent pas améliorer le suivi de leurs patients grâce au dossier informatique à domicile s'accordent pour dire que cela aiderait surtout les remplaçants et internes en stage. En effet, Ils ne connaissent pas les patients et leurs antécédents.

« le remplaçant, le médecin remplaçant ou l'interne qui va voir une patiente ou un patient au domicile, lui ne connaît pas le patient (...) c'est surtout pour lui que le dossier serait très, beaucoup plus utile »M1

Enfin, il permet même de travailler de chez soi grâce à l'ordinateur portable.

« bah à mon avis ça doit être l'idéal, parce qu'à la limite tu peux même après travailler chez toi si tu veux aussi, je suppose» M7

VIII. L'avenir avec l'informatique

A. A la recherche de la meilleure solution

Globalement, les médecins interrogés croient en l'utilisation de l'informatique à domicile à l'avenir.

« oui, c'est l'avenir... »M2

« ça sera sans doute un un grand pas »M1

Ils savent que d'autres médecins l'utilisent déjà mais n'ont pas trouvé la bonne solution ou attendent une évolution.

« il faut se motiver à développer la version mobile du dossier informatisé (...) c'est pour ça que je fais pas de cahier, j'en ai acheté quelques uns puis après je me suis dit si je commence à acheter des cahiers, ça va jamais me forcer à m'informatiser à domicile » M5

Les logiciels-métier doivent alors évoluer et proposer une version mobile

« les logiciels qui le font, déjà si on n'est pas assez fou pour prendre Hellodoc®, qui le fait peut-être, je sais même pas, sinon Médiclick® le fait, Medistory® le fait, c'est sûr, les autres logiciels je sais pas mais la plupart des cadors, des gros logiciels, ceux qui ont pas mal de médecins clients doivent offrir un mode visite ou un mode nomade sans problème, c'est à peu près sûr ça. »M8

La faisabilité dépend du support utilisé.

« sur des tablettes c'est bien pour faire de la consultation mais pour, enfin pour consulter le dossier mais pour l'implémenter c'est quand même, c'est pas évident »
M5

« peut être que ça doit aussi se faire maintenant, avoir un fixe là (ndlr : au cabinet) et que y'a 'fin j'veux dire une connexion directe entre les deux ordinateurs (...) à mon avis ça doit être l'idéal » M7

Certains pensent qu'une tablette serait pratique, notamment pour le transport.

« maintenant y'a des tablettes qui sont plus faciles »M2
« le dossier en lui même est facile à trimballer, une tablette ça serait très pratique pour emmener un dossier. »M3

Utiliser le même ordinateur portable au cabinet et en visite semble la meilleure solution pour d'autres.

« parce qu'en fait au début je l'avais fait sur un ordi portable mais en fait tu fais les trucs deux fois, parce qu'il faut tout réécrire euh» M5

Certains sont convaincus qu'il n'y a pas de réel frein à l'informatique à domicile, sauf peut-être de ne pas avoir essayé.

« à mon avis parce qu'ils l'ont pas essayé »M8
« bah les freins finalement, vu tous les bénéfices, je pense qu'il n'y en a pas »M9

B. Expérience du dossier informatique

Le médecin interviewé qui utilise le dossier informatique a un ordinateur fixe au cabinet médical et un ordinateur portable en visite.

« donc j'utilise un portable, dans lequel j'ai tout mon dossier médical qui, qui est avec un logiciel qui a un mode « visites » et qui permet de partir en ayant vraiment tout le fichier, et quand on revient au cabinet, de réintégrer tout ce qu'on a saisi à l'extérieur [...] En fait le fait d'avoir un logiciel qui permet de fonctionner comme ça, ça crée en plus au niveau du cabinet lui-même un système à tolérance de panne »M8

Après quelques années d'expérience, avoir le dossier informatisé en visite à domicile lui semble indispensable.

« d'avoir le dossier sous la main, d'avoir les biologies sous la main, de savoir ce que j'ai demandé comme examen, c'est quand même indispensable quoi [...] oui, moi tenir un dossier à la main je sais plus faire, je sais plus faire [...] Le seul regret que j'ai en informatique c'est d'avoir commencé trop tard, j'aurai du commencer plus tôt.»
M8

Il n'a pas besoin d'internet au domicile des patients.

« sans avoir à utiliser internet, ce qui dans mon endroit est quand même un bon plan parce qu'internet par ici, on peut toujours courir, même en disant je vais utiliser mon iPhone® comme modem, bah tiens, cause toujours, t'as pas de débit, alors là les visites ça va être une heure par visite. »M8

Ce médecin tient à montrer cette façon de travailler aux remplaçants et aux internes en stage afin qu'ils l'essaient plus tard, lors de leur installation.

« J'ai eu des remplaçants qui n'avaient jamais utilisé de portable en visite et qui ont utilisé le portable comme moi je l'utilise, vraiment, et qui ont trouvé ça vachement bien. Donc ceux là y'a pas de pétard, quand ils vont s'installer ils vont s'acheter un portable ou un iPad® ou une tablette » M8

Enfin, seulement un médecin a évoqué le dossier médical partagé.

« peut-être que demain nous aurons accès au dossier médical partagé »M1

IX. Les freins à l'informatique

A. Contrainte du support

L'utilisation de l'informatique nécessite un support, contraignant, qu'il faut charger, transporter, installer chez le patient.

« c'est d'avoir toujours pensé à recharger son ordinateur ou sa tablette [...], de pouvoir s'installer quelque part, quand tu vas dans des domiciles où t'oses pas poser ton sac » M5

« Par contre c'est contraignant quand même de prendre le matériel informatique [...] difficile à transporter »M2

B. Frein économique

Concernant le frein financier, les avis sont partagés.

« je pense pas que, financier j'ai pas répondu mais j'pense pas, parce que ça passe, j'veux dire que les gens sont pas ... quoique ça a un coût, l'informatique »M7
« oui un frein économique »M9

C. Frein technologique

C'est surtout un frein technologique, par l'utilisation de nouvelles technologies toujours en évolution.

«je sais même pas si ça se fait, parce que du coup il faut pouvoir mettre Hellodoc® sur un autre support, tout ça c'est, oui un frein économique et puis technique : est-ce que ça se fait aujourd'hui ? » M9

Certains médecins se sentent dépassés.

« l'informatique, le frein ? bah pour moi clairement j'suis trop avancé en âge on va dire pour m'y mettre »M6
« M'informatiser, je pense que je suis pas capable de le faire moi à domicile, ça me demanderait trop d'investissement »M7

Les possibilités que proposent les logiciels-métiers ne sont pas connues.

« synchronisation entre le fichier qui est stocké dans le serveur au cabinet et le fichier qui serait utilisé pour partir en visite »M4
« ça c'est logiciel-dépendant. »M1

La peur des bugs informatiques refroidit certains médecins.

«pis au moindre bug, tu fait quoi ? »M6
« moi j'ai pris une bonne maintenance 'fin ce qui a de plus cher pour pas avoir de problème »M7

La majorité des médecins pense que l'on a besoin d'internet pour avoir le dossier médical informatisé à domicile. De ce fait, l'accessibilité aux données semble difficile, notamment par la mauvaise couverture internet de certains cantons.

« déjà ça, il faut qu'il y ait internet. C'est pas le cas dans toutes les campagnes »M10
« Oui, à terme ça deviendra le support mais il faudra qu'on puisse étendre nos capacités, nos capacités de stockage [...] La couverture 3G, puisqu'il faut internet pour pour pouvoir faire fonctionner tout ça »M3

Les médecins s'interrogent sur les capacités de stockage sur internet ou sur un support portable, limitées en volume.

« Puisqu'on peut pas stocker toutes les données patients sur un appareil mobile euh ... actuellement donc il faut un système de stockage à distance »M3

Le problème de sécurité des données apparaît dans plusieurs entretiens.

« un système de serveur type Cloud® pour stocker les données en direct, ça pose le problème de sécurité de stockage des données »M3

Plusieurs médecins sont donc intéressés par l'informatique mais attendent de meilleures solutions à l'avenir.

« quel est le frein ? Bah c'est un frein technologique. [...] pour moi ça serait le seul frein »M4

D. Impression des ordonnances

Imprimer les ordonnances à domicile est un autre frein. L'utilisation d'une imprimante à domicile semble difficile.

« Et deuxième problème pour imprimer bah c'est pareil il faut avoir quelque chose qui soit facilement portable. Ou sinon il faut rester à la technique de la ligne, de la ligne à la main. »M3

En effet, il faut actuellement écrire les ordonnances à la main même quand on a un dossier informatique et cela augmente le risque d'erreurs de recopiage.

« finalement les prescriptions infirmières, les prescriptions de kiné, toutes les prescriptions, tu refais tout à la main, donc finalement tu fais plus, tu lâches la solution informatique »M5

« les ordonnances sont faites à la main donc il y a des erreurs qui sont possibles de recopiage ou d'erreurs de traitement fréquemment. »M9

E. Doutes sur l'apport de l'informatique

Les médecins doutent sur l'apport de l'informatique à domicile et ne ressentent pas le besoin de s'investir.

« pour moi ça ne changerait pas grand-chose [...] Nous en tant que titulaire médecin on connaît nos patients depuis 10 ans, 20 ans, enfin bon, on les connaît bien »M1

« si on a déjà un cahier là-bas, ça va pas changer la visite »M2

Et plus encore pour pour les motifs aigus.

« Mais en fait, l'informatique elle a d'intérêt que pour les patients chroniques, à domicile. Pas pour les gripes, pas pour un lumbago. »M10

L'informatique ne modifierait pas non plus la communication avec les autres praticiens et les paramédicaux. Au contraire, le dossier ne serait pas accessible par les intervenants à domicile.

« ça serait des informations que toi seul garderais si tu veux, donc l'infirmière n'y a pas accès, un médecin du SAMU qui arrive n'y a pas accès (...) moi j pense que, qu'il faudrait presque les 2, que le médecin référent ait son support là et qu'il y ait un autre support à côté qui serait consultable par un autre confrère »M7

Et en cas de bug informatique, il n'y aurait plus aucun support.

« le jour où y'a plus d'ordinateur, si ils ont 6 spécialités différentes, tu vas t'en souvenir de 4, après tu sais plus, si c'est du 25, du 50 ou 15 mg » M7

Enfin, l'informatique ne fait pas gagner du temps.

« ça prendrait plus de temps . »M4

« c'est chronophage » M2

DISCUSSION

I. Choix de la méthode

A. Le type d'étude et la question de recherche

La recherche qualitative s'est développée parallèlement à la maturation des sciences humaines. (17) Elle est particulièrement adaptée lorsque les facteurs sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer. Elle exclut donc la quantification.

La méthode par théorisation ancrée vise la production de théories à partir du matériau empirique. La première règle, l'ancrage, consiste à se référer à ce que vivent les acteurs et à le restituer fidèlement. Elle convient à toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive. La méthode par théorisation ancrée regroupe trois types d'activités. Le codage ouvert identifie ce qui caractérise le phénomène étudié. Pour ce faire, le chercheur ouvre un maximum de pistes de recherche. Le codage axial procède de l'articulation des propriétés découvertes lors du codage ouvert. Enfin, le codage sélectif procède de l'intégration des relations élaborées lors du codage axial. La théorisation ancrée était la méthode la plus adaptée. Puisqu'aucune étude ne s'est jamais intéressée à l'impact de l'utilisation d'un dossier informatique à domicile. Une étude qualitative par théorisation ancrée a donc été réalisée afin de faire émerger des thèmes dont l'importance était inattendue.

B. L'entretien

L'entretien se trouve en congruence avec la « grounded theory », (théorie ancrée) selon laquelle la théorie se génère et se développe à travers le processus même de collecte des données. (18) L'entretien fait appel au point de vue de l'acteur

et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan. L'entretien est une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'information comme le serait un questionnaire d'enquête. L'entretien individuel permet d'aborder des sujets originaux, et il est plus facile pour la personne interrogée d'exprimer son avis. Il ne nécessite qu'un seul chercheur, peut se faire dans le milieu naturel de la personne interrogée et est donc plus facile à organiser. Il présente l'inconvénient d'être plus chronophage, nécessitant le déplacement du chercheur pour chaque entretien, la réalisation d'un plus grand nombre d'entretiens et par conséquent une durée de traitement de données plus longue. En l'absence de données concernant l'utilisation de l'informatique à domicile, procéder à un recueil des données par ce type était tout à fait adéquat.

C. Le recueil de données

Le recueil de données a été réalisé au cabinet du médecin ou à son domicile, dans des conditions similaires. Le contexte dans lequel se déroule l'entretien a un impact sur les résultats. L'environnement était calme et les interventions externes ont été rares. Chaque entretien débutait par un rappel du contexte dans lequel avait lieu le travail de recherche.

D. La définition des catégories

Les catégories ont été définies séparément par l'intervieweur et un autre médecin généraliste, puis regroupées. Bien qu'aucune incohérence majeure n'ait été détectée, la subjectivité de chacun des chercheurs peut avoir influencé ces définitions.

E. Les limites et les points forts de l'étude

Les limites de ce travail sont marquées par certains biais propres à la recherche qualitative.

Les biais internes sont dus aux caractères personnels du chercheur et des participants. Il peut s'agir de l'âge, du genre, de l'expérience, des valeurs, du statut social, des attitudes. Ils sont difficilement contrôlables mais peuvent être limités en choisissant un chercheur adapté aux participants, ou en reformulant le discours pour

vérifier la bonne compréhension. Me concernant, il s'agissait de mon premier travail en recherche qualitative. Mon manque d'expérience a pu se faire ressentir et avoir une influence. Ce biais peut donc exister, mais il était difficilement évitable pour un chercheur débutant.

Les biais externes sont dus à l'environnement du chercheur et des participants. Ils ont été limités autant que possible. Les entretiens avaient lieu au cabinet du médecin ou à son domicile, sur l'heure du repas ou après les heures de travail. Il n'y avait pas de tierce personne lors des entretiens exceptés une fois où les enfants de l'interrogé ont fait une brève apparition. Lors d'un autre entretien, un médecin a reçu un appel ayant entraîné une interruption brève de l'échange, avant de reprendre une fois terminée.

Le biais d'échantillonnage concerne le recrutement. Onze médecins installés ont été recrutés par un échantillonnage orienté. Celui-ci était un faible échantillon, il ne peut pas être représentatif des médecins généralistes. Mais ce n'est pas l'objectif recherché en recherche qualitative. La zone géographique a été limitée à la Côte d'Opale, par souci d'organisation. Une variabilité maximale avait été recherchée pour l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et le mode d'exercice, et l'ancienneté d'installation qui permettait de recueillir l'avis de médecins ayant l'habitude de l'informatique depuis plus ou moins longtemps. Le fait de donner peu de détails sur le travail de recherche lors du recrutement a aussi limité ce biais. Les informations données étaient qu'il s'agissait d'une thèse sur le dossier informatique en visite à domicile.

Le biais d'investigation intervient dans le recueil des données lorsque le chercheur interroge les patients d'une manière qui peut influencer leur discours. Les questions restaient ouvertes avec une écoute active et une attitude neutre de l'intervieweur ; les stratégies d'intervention employées pour « faire parler » la personne interrogée étaient plutôt limitées. Il n'y a pas eu d'entretien test, ceci pouvait être à l'origine d'un faible rendement lors des premiers entretiens. L'enregistrement audio a pu provoquer des blocages des participants et limiter le recueil des données.

Les biais d'interprétation interviennent lorsque l'analyse des données n'est effectuée que par un seul chercheur. Ce biais reste limité par un double codage et une triangulation des données avec un autre médecin généraliste.

Concernant la validité externe des résultats, l'absence de travaux réellement comparables ne permet pas de conclure. Une thèse quantitative s'est intéressée au dossier médical en visite à domicile. En effet, Nourry a fait un état des lieux sur le dossier médical en visite à domicile.(7) Il notait que le dossier médical électronique, largement développé au cabinet, ne trouvait pas sa place dans la visite à domicile. Il proposait d'évaluer l'impact de l'utilisation d'un support informatique sur la qualité des soins.

Une autre particularité de cette étude est d'aborder la vision *a posteriori* des médecins sur l'évolution du dossier en visite à domicile. Une autre thèse s'est intéressée à la perception de la visite à domicile à l'avenir, celle réalisée par Vialtel, en 2012.(5) La population étudiée était composée de 17 médecins généralistes. Concernant le dossier médical, les technologies modernes apparaissaient dans le champ de l'exercice médical, sans toujours convaincre de leur utilité.

II. Discussion des résultats

A. L'ambivalence envers la visite à domicile

La visite à domicile est indispensable pour certains patients, des patients dans des situations souvent complexes et dont le dossier médical est important pour le suivi.

Les visites à domicile nécessitent une organisation de la part des médecins généralistes. En effet une visite à domicile prend plus de temps qu'une consultation au cabinet. Mais, comme retrouvé dans la littérature, le plaisir de faire des visites à domicile a été spontanément soulevé, ainsi que l'aspect différent de la relation médecin-patient et l'avantage de rompre l'isolement du patient.(5)

Face aux emplois du temps chargés des médecins généralistes, il est important de réguler le nombre de visites à domicile en les réservant aux patients qui en ont le plus besoin. Le caractère indispensable a été partagé par d'autres médecins ainsi que la volonté de maîtriser le nombre de visites, notamment en évitant les abus et en éduquant les patients. (5) Pour cela, dans d'autres études, le rôle de la secrétaire a été mis en avant. (6) Les médecins ont avoué s'en servir comme un filtre pour diminuer le nombre de visites.

De même, la consultation au domicile en elle-même possède des avantages et des inconvénients.

La médecine délivrée à domicile est plus difficile qu'au cabinet, surtout à cause de conditions d'examens moins bonnes, majorées en cas de domicile insalubre. Le problème d'insalubrité et d'inconfort matériel avait déjà été évoqué. (5)

La qualité des soins à domicile semble moins bonne qu'au cabinet, en tout cas il est plus difficile de délivrer de bons soins au domicile qu'au cabinet. Cela demande plus d'effort et plus de temps au médecin. La plupart du temps, les médecins généralistes portent la visite comme un poids dans leur exercice.(5) L'idée de faire de la meilleure médecine au cabinet est admise par l'AcBus de 2002 comme écrit dans son préambule.(8) 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.

Les médecins généralistes accèdent, à domicile, à des données qu'ils n'auraient pas eu au cabinet, notamment l'observance des traitements. Le fait de se rendre à domicile apporte une approche environnementale médicalement utile.(5) Les médecins interrogés dans les focus group du travail de Vialtel ont insisté sur l'apport de l'observation de la vie quotidienne pour expliquer des problèmes médicaux.

L'ambivalence envers la visite à domicile est retrouvée dans d'autres études, notamment la thèse de Gautier. (6) D'une part, les conditions de travail sont jugées médiocres avec une mauvaise qualité technique et le manque de l'informatique du cabinet. D'un autre côté, elle représente la spécificité de la médecine générale et elle est indispensable à l'exercice complet de la médecine générale.

B. Le dossier médical informatisé au cabinet s'est démocratisé

Tous les médecins interrogés utilisent la télétransmission des feuilles de soins. Presque tous sont équipés d'un ordinateur et d'un logiciel-métier au cabinet médical, qu'ils utilisent pour le dossier médical, c'est à dire les antécédents, les ordonnances des traitements chroniques, les courriers des confrères et les biologies. Lorsque Cahen a interrogé les médecins généralistes à ce propos, il a trouvé que les logiciels de gestion de cabinet de médecine générale et la prescription assistée par ordinateur étaient perçus comme une réelle aide.(19) Un grand nombre de professionnels de la santé était conscient que l'informatique permettait une meilleure prise en charge des patients sur le plan médical (au niveau diagnostique, thérapeutique et du suivi) et une accélération des échanges des courriers médicaux. Les aspects positifs reconnus étaient un accès facile au dossier (90,2%), une gestion plus efficace du cabinet (61,7%) et une meilleure connaissance des patients (50,4%).

Les avantages de l'informatique sont ressentis lorsque le logiciel-métier est suffisamment connu par le médecin. La connaissance d'un maximum de fonctionnalités des logiciels permet un meilleur suivi du patient et un gain de temps

pour le médecin. Il est par exemple plus facile de connaître le dernier antibiotique prescrit, la date des derniers vaccins et des derniers examens de dépistage organisé. L'utilisation et la formation des médecins à ces logiciel-métiers ont été abordées dans d'autres travaux. L'informatique progressant dans la société, certains doutent demeurent pour les médecins dont il faut reconnaître qu'une importante proportion, issue du « baby boom », est vieillissante et n'a pas pu profiter des formations des nouvelles générations.(19)

Les visites à domicile sont rarement préparées à l'avance au cabinet. D'abord parce que cela demande de l'organisation. Par exemple lorsque les visites sont réalisées le matin, cela nécessite de regarder le dossier du patient la veille au cabinet. Ensuite, les dossiers des patients habituellement vus en visite sont pauvres. Les ordonnances sont rédigées au domicile, et les examens paracliniques et courriers, envoyés directement aux patients, n'arrivent pas au cabinet et ne sont donc pas informatisés.

De même, les compte rendus des visites à domicile sont rarement retranscrits dans le dossier médical au cabinet, ce qui est retrouvé ailleurs (21% dans la thèse quantitative de Nourry).(7) La principale cause est la perte de données entre le moment de la visite et le retour au cabinet. Cela prend du temps pour une efficacité et une utilité réduites.

L'impression des ordonnances au préalable est peu réalisée, mais lorsque le médecin utilise un dossier informatique en visite, il peut modifier le dossier immédiatement en visite afin d'avoir un dossier à jour pour la prochaine visite.

C. Le dossier médical actuel en visite est plus pauvre qu'au cabinet

1. L'organisation du suivi est plus difficile

Le dossier médical à domicile est souvent insuffisant et cela rend difficile le suivi du patient. (6)

A domicile, les médecins ont des difficultés à réunir les informations et documents qui constituent le dossier médical du patient. Le confort de l'informatique du cabinet manque à certains médecins.

Les difficultés sont renforcées lorsque le patient a des troubles cognitifs. Dans ce cas, l'aide de la famille est précieuse mais cela nécessite une coordination entre le médecin et l'aidant, ce qui demande, une fois de plus, du temps. La cotation de la visite n'a pas été évoquée par les médecins interrogés dans nos entretiens mais avec les nouvelles cotations du 1er novembre 2017, une visite longue (VL) pourra être cotée (VL 60€ + MD 10€) : (20)

- Conditions pour coter la visite longue :

- Être le médecin traitant du patient
- Si possible en présence des aidants habituels
- Concerne les patients en affection longue durée pour une pathologie neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson, Sclérose en Plaques, maladies neurodégénératives y compris chez l'enfant, etc.)

- Contenu : Au cours de cette consultation, le médecin traitant réalise une évaluation de l'état du patient, évalue la situation sociale et familiale, formalise la coordination, informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil, et inscrit les conclusions de la visite dans le dossier.

Cela ne fait pas gagner du temps mais motivera peut-être les médecins à prendre le temps d'examiner plus profondément la situation à domicile.

2. L'utilisation d'un cahier est répandue

Certains médecins ne ressentent pas le besoin d'avoir un dossier médical sur un support à domicile. Dans une étude épidémiologique de 2011, un tiers des médecins ne disposait pas de dossier au domicile. (7) Bien souvent, ils ont été habitués à mémoriser les éléments importants du dossier du patient. Ils connaissent leurs patients depuis plusieurs années, vont en visite tous les mois chez ces patients et cela leur suffit à bien les connaître.

D'après cette même étude, l'absence de support paraissait nuire à la prise en charge du patient et le fait de retranscrire les données dans le dossier au cabinet n'y changeait rien. (7) C'est en fait la disponibilité des données médicales au cours de la visite qui était importante. Elle permettait un meilleur contrôle de la pression artérielle

(46% vs 18%, $p < 0,05$) et une minimisation du risque iatrogène par la disponibilité des allergies (62% vs 0%, $p < 0,05$) et des antécédents du patient (87% vs 29%, $p < 0,05$).

L'utilisation d'un support papier à domicile, à type cahier d'écolier, est retrouvée, comme dans d'autres études. Toujours dans la dernière étude citée, 67% des médecins utilisaient un support écrit, dont 25% le conservaient au cabinet et l'emmenaient à chaque visite, et 42% le laissaient au patient.

Avant, la mise à disposition au médecin de l'ancien carnet de santé de la Sécurité Sociale motivait peut-être les médecins à écrire les éléments principaux du dossier médical. Lorsque ceux-ci ont été complets ou qu'ils n'ont plus été distribués, le patient n'avait plus de support à domicile. Et celui-ci n'a pas été remplacé. Pour l'avoir demandé plusieurs fois à des patients, il faut, au mieux, plusieurs mois avant qu'un cahier soit mis à disposition pour y inscrire le dossier médical. Les patients n'en ressentent pas le besoin. Probablement qu'ils pensent que cela ne changerait pas leur état de santé.

Le contenu de ce cahier varie selon le médecin. Dans la majorité des cas, il reprend les antécédents et allergies du patient, le traitement habituel, ses constantes (notamment sa tension artérielle à chaque visite), le motif de consultation et les changements majeurs dans la prescription.

La mise à disposition de ce cahier à domicile facilite la communication avec les autres intervenants comme les infirmières. Mais il a semblé que cela pouvait aussi poser le problème de rupture du secret médical, avec les visiteurs des patients. On peut penser que le dossier ne reste pas à la vue de tous, et que le patient est le garant de son propre dossier. Le médecin n'est donc pas responsable du dossier en son absence.

3. Le début de l'informatisation à domicile

La télétransmission des feuilles de soins est réalisée par tous les médecins en visite à domicile, grâce à un lecteur de carte vitale portable.

Les smartphones commencent à être utilisés par les médecins à domicile. L'application Vidal® permet d'accéder à cette base de données et ainsi de diminuer le risque iatrogène, par exemple en vérifiant l'absence de contre-indication ou d'interaction médicamenteuse. La prise de photographies via les smartphones aide au suivi de plaies chroniques, et permet une communication entre les médecins et les infirmiers intervenant à domicile, pour améliorer la prise en charge de ces plaies. L'importance du binôme infirmier-médecin généraliste a été clairement mise en évidence dans la thèse de De Poorter avec l'utilisation et la communication de photographies par smartphone, notamment dans la prise en charge de plaies chroniques. (21)

L'application Team Viewer® permet, lorsque l'ordinateur du cabinet en est aussi équipé, de prendre la main sur celui-ci afin de consulter à distance le dossier médical du patient. Mais comme déjà précisé, les dossiers médicaux des patients vus à domicile ne contiennent que peu d'informations.

L'utilisation d'un ordinateur portable à domicile est retrouvée chez un médecin qui avait le sentiment que trop d'informations étaient perdues entre la visite et le retour au cabinet. Le dossier médical électronique, largement développé au cabinet, ne trouve pas sa place dans la visite à domicile. (7) Seulement 5% des médecins de l'échantillon de Nourry, en 2011, utilisaient un logiciel informatique portable.

Pourtant, comme dans la thèse de 2012 de Gautier, les praticiens ont avoué que le support écrit au domicile était moins satisfaisant que le dossier informatique, et l'utilisation d'un ordinateur portable a semblé être pour certains un moyen d'améliorer ce suivi, mais aucun participant n'en possédait.(6)

Dans la thèse qualitative de Michel-Mlynski, réalisée en 2007 avec 15 médecins, aucun n'utilisait l'outil informatique en visite à domicile.(11) Un dossier papier au lit du patient était préféré. Mais certains évoquaient des confrères qui le faisaient et utilisaient une synchronisation des dossiers avant et après leurs visites à domicile sur un portable.

Dans la thèse quantitative de Cahen réalisée en 2007 sur 133 questionnaires, tous utilisaient l'informatique au cabinet mais 85,7% n'avaient pas d'informatique en visite à domicile. (19) Alors que 93,2% en étaient largement satisfaits au cabinet et 62,4% la trouvaient utile. Les raisons de la non-informatisation étaient : 54,9% n'étaient pas équipés en portable ou n'en ressentaient pas le besoin, 43,6% car le

système n'était pas pratique et/ou leur faisait perdre du temps, 21,8% le coût, et enfin pour 6,8% le système n'était pas disponible (ou ils ne le savaient pas).

D. L'informatique à domicile améliorerait le suivi du patient

Certains médecins interrogés pensent qu'un dossier informatique améliorerait le suivi du patient. Dans la thèse de Nourry, 68% des médecins interrogés pensaient qu'un outil informatique permettrait une meilleure tenue du dossier médical des patients suivis à domicile. (7)

L'informatique a un impact sur la prévention en améliorant la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques, par les rappels qui existent.(11) En effet, l'informatique possède l'avantage de ne pas oublier, à condition qu'elle soit bien utilisée. Par un système de rappels et de notes, elle permet donc d'améliorer la prévention des maladies, par exemple en signalant au médecin qu'il faut réaliser un rappel de vaccin.

Lorsque le médecin utilise un cahier à domicile, les antécédents, les allergies et les traitements sont notés mais l'avantage de l'informatique est d'en améliorer l'accessibilité. En effet, il est plus facile de mettre à jour le dossier informatique et de savoir ce qui a été donné en dernier. Quel anti-hypertenseur a été instauré et à quelle posologie ? Le patient a-t-il reçu une fluoroquinolone depuis moins de six mois ? Cela permet de diminuer la iatrogénie. De plus, le médecin peut s'aider du logiciel d'aide à la prescription, intégré dans son logiciel-métier (par exemple Vidal®, Banque Claude Bernard®). Il peut être plus performant et plus précis dans sa prescription et bénéficier des alertes du logiciel (lorsqu'une association de médicaments est contre-indiquée, que le médicament est à éviter compte tenu de l'âge du patient, ou que sa fonction rénale est trop basse pour bénéficier de tel ou tel traitement).

L'intégration dans le logiciel-métier des compte rendus médicaux (des examens complémentaires, des consultations de confrères ou de sortie d'hospitalisation) reçus par courrier puis scannés, ou reçus par messagerie sécurisée, permet d'y accéder facilement à domicile. Cela présente un intérêt pour les courriers anciens, afin de connaître la date de la dernière consultation cardiologique, ou au contraire pour les

courriers récents, notamment pour les sorties d'hospitalisation. De même, pour les biologies, parfois le résultat est dans le dossier informatique avant qu'il ne soit arrivé au domicile. Cela est intéressant notamment pour les visites urgentes.

L'accès facile à ces données permet d'éviter la répétition des examens, et donc d'être moins invasif pour le patient et moins onéreux pour la sécurité sociale.

Les paramètres médicaux tels que la tension artérielle, le poids, le rythme cardiaque sont facilement comparables grâce à l'outil informatique, et une hypertension artérielle est mieux suivie.

Ces données rappellent les résultats de Michel-Mlynski. Elle s'est intéressée notamment à la motivation initiale à l'adoption de l'outil informatique pour la pratique médicale. Les résultats étaient comparables à ceux de notre étude : une grande capacité de stockage, une clarté des dossiers médicaux, une fiabilité de la mémoire de l'ordinateur par rapport à la mémoire humaine et une accessibilité plus rapide que dans le cas du classement papier.(11) L'architecture du dossier médical informatique entraîne : une meilleure gestion du dossier patient, une efficacité dans les rappels des consultations et les examens complémentaires antérieurs, une augmentation du nombre d'informations à propos des ordonnances, des paramètres médicaux, une accessibilité à l'information recueillie antérieurement.

D'une manière globale, certains médecins sont convaincus qu'un support informatique à domicile améliorerait la prise en charge globale du patient et la qualité des soins.

E. L'informatique à domicile a d'autres avantages

Lorsque le médecin utilise l'informatique à domicile, il peut modifier, si besoin et en temps réel, l'ordonnance du patient sur son logiciel, pour qu'elle soit à jour lors de la prochaine visite. Il peut alors l'imprimer avant celle-ci. Cela permet un gain de temps, car il n'a pas à réécrire l'ordonnance tous les mois, surtout lorsqu'elle est longue. De plus, l'ordonnance est facilement lisible par tous.

D'ailleurs, un point spontanément évoqué par plusieurs médecins concerne la façon d'adresser les patients aux confrères. A domicile, les documents constituant le dossier du patient sont souvent difficiles d'accès (rangés dans les armoires voire introuvables). La rédaction d'un courrier précis et lisible, reprenant les antécédents, les traitements actuels, et l'histoire de la maladie est donc un exercice difficile à domicile. Et ceci peut être amélioré par l'apport d'un dossier informatisé.

Une autre notion apparue dans notre travail est la protection médico-légale qu'apporte le dossier informatique à domicile. D'une part, cela permet d'avoir des traces écrites de ce qui est relevé et réalisé à domicile. D'autre part, le médecin garde lui-même le dossier médical et peut justifier, en cas de plainte, son travail.

Le dossier informatique à domicile aiderait le remplaçant du médecin généraliste et les internes en SASPAS quand celui-ci est maître de stage. En effet, ils connaissent moins bien les patients et un dossier médical pour prendre les bonnes décisions est d'autant plus important pour eux.

La possibilité de travailler chez soi grâce au portable contenant les dossiers des patients a été évoquée aussi. (11) Le médecin peut ainsi lire les courriers et les biologies qu'il n'a pas eu le temps de lire au cabinet. Ce n'est pas ce que pense la majorité des médecins interrogés, le temps passé au cabinet étant souvent déjà assez conséquent, mais cela peut peut-être dépanner. Certains logiciels permettent d'ailleurs, dans leur version mobile, d'actualiser la messagerie sécurisée au domicile du médecin.

F. L'informatique aura probablement sa place à l'avenir en visite

1. A la recherche de la meilleure solution

Plusieurs médecins pensent que l'évolution des visites à domicile se fera en partie grâce à l'informatique. Certains sont prêts à l'utiliser mais attendent qu'une solution pratique et pérenne soit démocratisée. L'évolution constante des nouvelles technologies est à la fois un avantage et un inconvénient. On sait que demain il

existera une meilleure solution, mais on ne se sait pas pour combien de temps ce sera celle-là qu'il faudra utiliser.

Les logiciels-métiers doivent évoluer. Certains possèdent déjà un mode visite, mais les médecins ne sont pas forcément informés et cela peut représenter un surcoût pour utiliser ce mode, ce qui ne motive pas les médecins à s'y essayer.

Le choix du support (tablette, ordinateur portable) n'est pas encore résolu pour les médecins qui sont motivés par l'informatique à domicile. Celui-ci doit être à la fois pratique à transporter et à utiliser, avec un écran suffisamment grand pour rendre le dossier médical lisible et y inscrire les compte rendus de consultations.

2. Certains ont déjà l'expérience de l'informatique à domicile et en sont satisfaits

L'utilisation d'un dossier informatique à domicile est déjà une réalité pour certains, avec un ordinateur portable réservé aux visites et un logiciel-métier adapté.

Cela demande un savoir-faire qui s'acquiert en quelques mois mais les avantages se font rapidement sentir. En effet après avoir mémorisé les étapes de manipulation pour mettre à jour les dossiers des patients avant de partir en visite, et celles pour le retour de visite, l'ordinateur s'utilise au domicile de la même façon qu'au cabinet.

Contrairement à ce que pense la majorité des médecins interrogés, l'accès à internet au domicile du patient n'est pas nécessaire.

La sensibilisation des internes en stage et des remplaçants est une bonne méthode pour former les nouveaux médecins généralistes. Le manque de formation des médecins généralistes sur les logiciels informatiques est retrouvé dans la littérature.(11)(19)

Comme nous l'avons vu plus haut, les visites à domicile ne sont pas vouées à disparaître mais la visite à domicile va évoluer, et les nouvelles technologies vont aider à les rendre plus efficaces pour le patient et moins difficiles pour le médecin.

3. A propos du DMP

Le DMP a peu été évoqué dans notre étude et ne fait pas partie des suggestions des médecins pour améliorer les visites à domicile.

Une étude de 2007 a recueilli l'avis de médecins concernant le DMP et essayait d'expliquer la réticence à son utilisation.(15) D'après cette étude, le DMP se trouve à la convergence de plusieurs évolutions du système de santé : celle du changement de la relation médecin/patient dans un contexte où ce dernier devient de plus en plus acteur de sa santé, celle du partage d'information entre professionnels jusque-là peu enclins à organiser leur travail en commun, celle de l'émergence d'outils nouveaux exigeant des règles fortes de confidentialité et de sécurité. En effet le secret médical est un obstacle à la généralisation rapide du DMP.

Par comparaison, il existe un dossier pharmaceutique électronique. Le dossier pharmaceutique électronique recense, avec l'accord du patient, tous les médicaments qui lui ont été dispensés dans n'importe quelle officine.(16) Il est généralisé depuis fin 2008. En 2009, près de 2 millions de dossiers pharmaceutiques électroniques ont été ouverts.

G. Les freins à l'informatisation à domicile

Le premier frein est matériel. Comme précédemment cité, la contrainte du support est un obstacle majeur à l'utilisation de l'informatique à domicile, notamment à cause du transport mais aussi par son installation au domicile du patient. Le coût que représente l'informatisation des visites à domicile est aussi un frein. Il comprend l'achat d'un nouvel ordinateur ou d'une tablette, voire l'abonnement au « mode visites » du logiciel-métier. Dans la thèse de Cahen où 21% des médecins justifiaient leur non-informatisation à domicile par le coût que cela implique, certains critiquaient aussi la portabilité peu pratique voire impossible du support. (19)

Les médecins se méfient de ces nouvelles technologies, toujours en évolution. Comme dans le travail de Vialtel où certains médecins s'accordent à dire que les progrès techniques ont changé la visite à domicile, mais pour qui la télémédecine ne semble pas être pour demain en médecine générale.(5)

La réaction de certains médecins, notamment ceux de plus de 40 ans, de ne pas se sentir capable de s'informatiser à domicile coïncide avec une autre étude où ils avaient la sensation d'être rapidement dépassés par l'évolution technique rapide. Il existe une opposition entre les jeunes générations, qui connaissent particulièrement bien l'outil et l'utilisent intuitivement, et celles plus âgées qui n'ont plus la disponibilité pour assimiler cet outil, chaque nouvelle fonctionnalité disponible demandant du temps pour son appropriation.(11)

Les médecins évoquaient de manière unanime le manque de formation des logiciels.(19) Ils critiquaient aussi le temps d'apprentissage et d'adaptation long. Certains utilisateurs évoquaient des manques, en réalité présents mais dont ils ignoraient l'existence.

Le problème de la sécurité des données a été évoqué plusieurs fois dans notre étude, comme ailleurs.(11) Mais le stockage des données directement sur le support plutôt que sur internet permet d'y pallier, avec une sécurisation. Les données doivent être sécurisées sur le support informatique portable, notamment en cas de vol de ce support. Le médecin est responsable de cette sécurisation des données. Il se doit de verrouiller l'accès aux dossiers des patients grâce à un code, plus ou moins un accès par CPS.

La peur des bugs informatiques est probablement majorée chez les médecins dont le système informatique se bloque souvent. Cela dépend donc de l'équipement et du logiciel-métier utilisé au cabinet. Au contraire et comme le disait un médecin de notre étude, s'équiper d'un portable pour les visites crée un système à tolérance de panne, soit en cas de panne électrique, soit en cas de panne de l'un des deux ordinateurs.

La sauvegarde des données est indispensable. De nouveaux logiciels en ligne, accessibles via Internet, s'occupent du stockage des données et de la sécurisation de l'accès aux données. Par exemple, Weda® est une plateforme 100% en ligne de gestion des dossiers patients pour les professionnels de santé libéraux. C'est une application accessible à distance par le biais d'Internet, délivrée sous la forme d'un

service hébergé tarifé par abonnement. Cela évite les intermédiaires et donc le coût des produits ou services (maintenance et mise à jour du logiciel métier, stockage et sauvegarde des données dont le médecin était jusque-là responsable).(22) L'hébergement des données est assuré par un hébergeur agréé par l'ASIP, la CNIL et la HAS. Un module « Weda Synchro » permet une adaptabilité sur tablette et smartphone. Ce module synchronise les données textuelles sur le support, alors accessibles à domicile, sans connexion internet. La synchronisation de ce qui est saisi en visite à domicile se fait à la reconnexion à internet.

Le problème de l'impression des ordonnances à domicile est soulevé dans plusieurs entretiens. En effet, peu de médecins impriment les ordonnances avant de partir en visite et cela n'est faisable que pour les visites pour renouvellement de traitement. De plus, c'est autant source d'erreur qu'écrire les ordonnances à la main. L'avenir sera peut-être l'envoi des ordonnances par messagerie sécurisée appelée alors « ordonnance électronique », qui se fera dans ce cas au moment du retour de visites. Cela est déjà réalisé dans d'autres pays européens comme le Suède.

Comme retrouvé dans une étude allemande, les médecins doutent sur l'apport de l'informatique. Les médecins interviewés n'avaient pas suggéré utiliser plus les nouvelles technologies (par exemple télécommunication, logiciels d'aide au diagnostic et à la prescription), bien qu'il soit probable qu'elles soient à l'avenir utilisées dans les soins à domicile et qu'elles vont changer la culture des visites à domicile. (2)

Le problème de l'impossibilité de partager les données avec les autres professionnels de santé intervenant à domicile a été retrouvé ailleurs. En effet, pour l'instant, le seul support permettant de partager les données avec l'ensemble des professionnels de santé est le support écrit laissé au domicile du patient.(7)(6) L'idée d'avoir dans l'idéal un support laissé chez le patient et un support informatique est difficilement réalisable. L'informatique est déjà vécue comme chronophage pour certains. D'autres médecins partagent cette notion, il n'y a pas de véritable gain de temps.(11)

CONCLUSION

Certains médecins pensent pouvoir améliorer le suivi de leurs patients vus en visite à domicile grâce à un dossier informatique. Apporté au domicile grâce à un ordinateur portable ou à une tablette, il permettrait de mieux organiser le suivi du patient, notamment grâce aux courriers et résultats d'examens complémentaires scannés ou reçus par messagerie sécurisée. Les antécédents et allergies des patients seraient plus facilement accessibles. Des oublis et erreurs de prescription seraient évités. Les constantes du patient notées à chaque visite dans le dossier permettraient un meilleur suivi de l'hypertension artérielle et du poids. La prévention serait meilleure. L'amélioration du suivi du patient est déjà ressentie par ceux qui utilisent l'informatique en visite à domicile. Mais certains préfèrent travailler sans l'informatique à domicile et ne pensent pas que cela soit ni suffisant ni nécessaire pour améliorer la qualité du suivi du patient. L'idéal serait de laisser un support papier chez le patient, afin de communiquer avec les autres soignants intervenant à domicile, et d'apporter un support informatique portable pour accéder facilement au dossier à domicile. Mais cela serait très chronophage pour le médecin. La formation des médecins généralistes aux possibilités qu'offrent les logiciels métiers est insuffisante. L'apprentissage des internes en stage de médecine générale à l'utilisation des nouvelles technologies est une aubaine pour ces futurs médecins généralistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pimlott N. Où s'en vont les visites à domicile? *Can Fam Physician*. 1 mars 2013;59(3):235-235.
2. Theile G. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. 2011
3. La visite à domicile chez les médecins franciliens. Union régionale des médecins libéraux d'Ile de France. 2005;
4. Bouchayer F. Les pratiques et attitudes à l'égard des personnes âgées des professionnels de santé exerçant en libéral - approche sociologique de la fonction soignante de proximité [Internet]. 2008
5. Vialtel S-E. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir [Thèse d'exercice]. [France]: Nancy; 2012.
6. Gautier É. La visite à domicile en médecine générale: opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group [Thèse d'exercice]. [France]: Nantes; 2012.
7. Nourry P. le dossier médical au cours des visites à domicile. Etat des lieux - Impact sur la qualité des soins en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Toulouse; 2011.
8. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins, JORF du 30 août 2002.
9. Jakubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet].
10. Mémo visite à domicile : quels critères de prise en charge par l'Assurance Maladie.
11. Michel Mlynski A-C. Quel avenir pour le dossier médical informatique? Analyse des modalités d'informatisation, de l'utilisation de l'outil informatique et de la vision de l'avenir de cet outil des médecins adhérents à un réseau de santé mettant en place un dossier médical partagé informatisé [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2008.
12. De Rosis S. Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries. 2015
13. Plan d'action pour la santé en ligne 2012-2020 - des soins de santé innovants pour le XXI^e siècle - Communication de la commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions. Sect. Commission Européenne, Bruxelles 2012.

14. En savoir plus sur le DMP - Le DMP en quelques mots - DMP [Internet].
15. Hurtaud A, Dépinoy D. Dossier médical personnel : qu'en pensent les médecins ? Une enquête auprès des médecins de l'agglomération de Reims. *Médecine*. 1 juin 2007;3(6):278-82.
16. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? *Médecine & Droit*. janv 2009;2009(94):24-41.
17. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - analyser sans compter ni classer. 2007. (Méthodes en sciences humaines).
18. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2007.
19. Cahen V. Logiciels de gestion de cabinet de médecine générale : utilisations, besoins et critiques. Paris 7; 2007.
20. De nouvelles cotations au 1er novembre [Internet]. Syndicat MGFrance.
21. De Poorter S. La place du Smartphone en soins primaires - Avis de l'infirmier libéral sur l'utilisation et l'intérêt du Smartphone dans le suivi des plaies chroniques. Lille 2; 2014.
22. De Solms C. L'expérience de consommation [thèse professionnelle]. MBA spécialisé Marketing Commerce sur Internet Léonard de Vinci; 2011.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères de prise en charge de la visite à domicile

mémovisite à domicile

2007

QUELS CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE ?

La visite au domicile de vos patients est réservée à ceux étant dans l'incapacité de se déplacer... Voici les principaux critères qui justifient une visite à domicile :*

1. Critères cliniques :

- Incapacité concernant la locomotion :
 - par atteinte ostéo-articulaire ou neurologique,
 - en raison d'une affection cardio-vasculaire ou respiratoire chronique grave,
 - en cas de soins palliatifs ou d'état grabataire,
- Période post opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement,
- Dépendance psychique avec incapacité de communication,
- Démences ou état sénile.

2. Critères médico-administratifs :

- Exonération du ticket modérateur pour les ALD suivantes : AVC invalidant, forme grave d'une affection neuro-musculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques,
- Etre bénéficiaire de l'allocation tierce personne ou titulaire de l'allocation personnalisée d'autonomie,
- Hospitalisation à domicile.

3. Sociaux et environnementaux :

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

Conseils pratiques

*Même si elle vous semble injustifiée, il n'est pas toujours facile de refuser une visite au domicile de l'un de vos patients... Voilà comment certains de vos confrères argumentent** :*

- En proposant à leur patient de venir au cabinet accompagné par un proche (famille, voisin...),
- En valorisant les avantages médicaux d'une consultation réalisée au sein du cabinet,
- En rappelant à leur patient qu'en cas de déplacement non justifié, une majoration de 10 €, non remboursée par la caisse d'Assurance Maladie lui sera demandée...

* Acbus relatif à la bonne utilisation de la visite à domicile (paru au JO du 30 août 2002)

** Selon une étude menée en mars 2007 auprès de 57 médecins libéraux d'Ile-de-France

Annexe 2 : Feuille des caractéristiques

Individu	Age	Groupe d'âge	Année d'installation	Logiciel utilisé au cabinet	Mode d'installation	e de visites par se	Sexe	Type d'exercice
Médecin 01	58	50-59	1987	Hellodoc	Cabinet de groupe	50-60	Homme	Semi rural
Médecin 02	34	30-39	2015	Hellodoc	Cabinet de groupe	10-19	Femme	Urbain
Médecin 03	30	30-39	2015	Hellodoc	Cabinet de groupe	5-10	Femme	Urbain
Médecin 04	32	30-39	2016	Hellodoc	Cabinet de groupe	10-19	Homme	Urbain
Médecin 05	33	30-39	2015	Mediclick	Individuel	<5	Homme	Semi rural
Médecin 06	66	>60	1980	Aucun	Individuel	40-49	Homme	Semi rural
Médecin 07	55	50-59	1990	Axisanté	Individuel	5-10	Homme	Semi rural
Médecin 08	63	>60	1990	Mediclick	Individuel	5-10	Homme	Rural
Médecin 09	33	30-39	2017	Hellodoc	Cabinet de groupe	10-19	Femme	Semi rural
Médecin 10	46	40-49	2002	Hellodoc	Cabinet de groupe	5-10	Femme	Semi rural
Médecin 11	37	30-39	2012	Hellodoc	Cabinet de groupe	10-19	Homme	Urbain

Annexe 3 : Guide d'entretien 1^{ère} version

La visite à domicile est une spécificité de la médecine générale et ne semble pas vouée à disparaître, notamment au regard du vieillissement de la population.

L'utilisation d'un dossier médical informatique s'est démocratisée dans les cabinets médicaux mais le support du dossier médical en visite à domicile est un sujet peu étudié. Pourtant les patients vus à domicile sont souvent les plus fragiles.

Le développement des nouvelles technologies de l'information, de la communication et de la connaissance (NTICC) font évoluer la médecine dans tous ses domaines. Leur adoption et leur utilisation sont de plus en plus vues comme des outils de support et d'amélioration de la délivrance des soins, notamment des soins primaires. C'est dans ce contexte qu'intervient ce travail.

Les visites à domicile

- Quelle est la place occupée par les visites à domicile dans votre activité ?

Relance : combien de visite à domicile faites-vous par mois ?

- Quel support utilisez-vous pour le dossier médical du patient à domicile ?

Relance : Carnet de santé ou cahier/ Ordinateur, tablette ou smartphone / Aucun

- Pensez-vous exercer une médecine différente en visite à domicile ?

Relance : Le suivi du patient vous semble-t-il aussi bien réalisé au domicile qu'au cabinet médical ?

L'utilisation de l'outil informatique en visite à domicile

- Utilisez-vous l'informatique pour les visites à domicile ?

Relance : Avant la visite ? / Pendant la visite ? / Après la visite ?

- Pensez-vous qu'un support informatique avec le dossier médical pourrait modifier la visite à domicile ?

Relance : Pensez à votre dernière visite à domicile, aurait-elle été différente avec l'appui du dossier médical informatisé ?

- Quels sont les freins à l'utilisation de l'informatique au domicile des patients ?

Relance : Problème de matériel et de coût / Perte de temps / Bénéfice négligeable / Acceptation par le patient

- Pensez-vous que l'informatique puisse devenir le support pour les visites à domicile en médecine générale ?

Relance : Impacterait-il le suivi du patient ? / Améliorerait-il la qualité des soins ? / Communication avec les autres praticiens médicaux et paramédicaux ?

Annexe 4 : Guide d'entretien 2ème version

La visite à domicile est une spécificité de la médecine générale et ne semble pas vouée à disparaître, notamment au regard du vieillissement de la population.

L'utilisation d'un dossier médical informatique s'est démocratisée dans les cabinets médicaux mais le support du dossier médical en visite à domicile est un sujet peu étudié. Pourtant les patients vus à domicile sont souvent les plus fragiles.

Le développement des nouvelles technologies de l'information, de la communication et de la connaissance (NTICC) font évoluer la médecine dans tous ses domaines. Leur adoption et leur utilisation sont de plus en plus vues comme des outils de support et d'amélioration de la délivrance des soins, notamment des soins primaires. C'est dans ce contexte qu'intervient ce travail.

Les visites à domicile

- Que représente pour vous la visite à domicile ?
- Que pensez-vous personnellement de la qualité des soins en visite à domicile ?

Relance : Pensez-vous exercer une médecine différente en visite à domicile ?

- Quelles sont les difficultés et obstacles pour le suivi du patient que vous avez rencontrés en visite à domicile ?

Relance : Le suivi du patient vous semble-t-il aussi bien réalisé au domicile qu'au cabinet médical ?

- Quel support utilisez-vous pour le dossier médical du patient à domicile ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le suivi du patient en visite à domicile ?

L'utilisation de l'outil informatique en visite à domicile

- Quelle est la place de l'informatique dans votre activité professionnelle ?
- Quelle est votre expérience personnelle concernant le dossier médical informatique ?
- Pensez à votre dernière visite à domicile, que vous aurait apporté un dossier médical informatique ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous utiliseriez l'informatique à domicile ?
- Quels sont les freins à l'utilisation de l'informatique au domicile des patients ?

Annexe 5 : caractéristiques de la médecine générale selon la Wonca

⇒ **Les caractéristiques de la discipline médecine générale - médecine de famille sont les suivantes : « Wonca 2002 »***

- a) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- b) Elle utilise de façon efficace les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- c) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- d) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- e) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- f) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- h) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- j) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- k) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Source : Société Européenne de médecine générale – médecine de famille

AUTEUR : Nom : TAINÉ

Prénom : Hélène

Date de Soutenance : 18 janvier 2018

Titre de la Thèse : Impact du dossier informatique en visite à domicile sur la qualité des soins – point de vue de médecins généralistes de la Côte d'Opale

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : visite à domicile

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : visite à domicile, dossier médical, informatique, informatisation, médecine générale, nouvelles technologies de l'information de la communication et de la connaissance, qualité des soins, suivi du patient, support, impact.

Résumé :

Contexte : L'utilisation d'un dossier médical informatique s'est démocratisée dans les cabinets médicaux mais le dossier médical en visite à domicile semble délaissé. Pourtant, les patients vus à domicile sont fragiles et leur suivi est compliqué. Nous avons demandé l'avis de médecins généralistes concernant l'impact d'un dossier médical informatisé à domicile sur le suivi du patient.

Méthode : Une étude qualitative utilisant la théorie ancrée a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés. Cette étude a été conduite de décembre 2016 à août 2017 sur la Côte d'Opale. Onze entretiens ont été nécessaires pour obtenir une saturation des données.

Résultats : L'utilisation d'un dossier papier en visite à domicile était largement répandue et suffisait à certains médecins. D'autres pensaient pouvoir améliorer le suivi du patient grâce à un dossier informatisé mais un seul l'utilisait. Apporté au domicile grâce à un ordinateur portable ou à une tablette, il permettrait de mieux organiser le suivi du patient, notamment grâce à l'accès aux courriers et résultats d'examens complémentaires. Les antécédents et allergies des patients seraient de même plus facilement accessibles. Des oublis et erreurs de prescription seraient évités. Les constantes du patient, notées à chaque visite dans le dossier, permettraient un meilleur suivi de l'hypertension artérielle et du poids. La prévention serait facilitée.

Conclusion : Un dossier informatique à domicile améliorerait le suivi des patients mais pose le problème de la communication avec les autres soignants intervenants à domicile. L'utilisation d'un support écrit laissé chez le patient et d'un support informatique portable serait l'idéal mais plus chronophage pour le médecin.

Composition du Jury :

Président : Pr MAURAGE Claude-Alain

Asseseurs : Pr BOULANGER Eric, Pr LEFEBVRE Jean-Marc, Dr BEUSCART Jean-Baptiste

Directeur de thèse : Dr KNOCKAERT François-René