



Pour des visites à domicile efficaces, agréables et... rentables !

Guy Béland

Une de vos collègues doit s'absenter pendant six mois. Elle vous a rendu de fiers services et vous en demande un à son tour : « Pourrais-tu t'occuper de quelques-uns de mes patients à domicile pendant mon absence ? Tu es mon seul espoir... Ils ont vraiment besoin d'un médecin ». Vous ne pouvez lui refuser cette aide... mais vous ne connaissez rien à la pratique à domicile. Par où devez-vous commencer ?

DEPUIS 50 ANS, LES VISITES à domicile ont connu une baisse de popularité phénoménale au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord, et ne constituent plus qu'une petite partie des consultations médicales. Toutefois, certains clients auront éventuellement besoin d'une visite occasionnelle, d'autres d'un suivi médical prolongé à domicile. Il est difficile de connaître le nombre exact de visites à domicile effectuées au Québec, puisque les statistiques de la RAMQ ne permettent pas de recenser les visites faites par les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire. Chez ceux qui sont payés à l'acte, le nombre d'examen à domicile est passé de 605 499 en 2000-2001 à 509 496 en 2006-2007. Pendant la même période, le nombre de médecins qui factureraient au moins un examen à domicile par année est passé de 3329 à 2889, avec un nombre moyen de visites par médecin à peu près stable autour de 180 annuellement. Et la proportion de médecins qui factureraient des visites à domicile passait de 45,6 % à 37 %. On constate donc que, même si elle n'est plus ce

qu'elle était, la pratique à domicile n'est pas un acte aussi inusité que certains le prétendent¹.

Quelles sont les conditions pouvant rendre attrayante et rentable la pratique à domicile ? Il faut bien cibler la clientèle, savoir s'organiser et s'entourer et facturer tous les éléments auxquels on a droit. De plus, il faut évidemment avoir un intérêt pour la gériatrie et une propension au travail d'équipe.

Qui donc mérite une visite à domicile ?

L'époque du D^r Welby est révolue. Ce n'est pas parce qu'un patient demande une visite à domicile qu'on doit accourir à son chevet. Dans un pur souci d'efficacité et de rentabilité, on doit généralement réserver les visites à domicile aux patients qui en ont réellement besoin. Il peut être utile de demander l'aide d'une équipe interdisciplinaire (CLSC ou équipe de gériatrie) avant d'entreprendre un suivi à la maison, pour s'assurer que toutes les solutions possibles ont été étudiées et que toutes les ressources pertinentes sont utilisées.

La plupart des patients vus à domicile ne peuvent tout simplement pas, de façon temporaire ou permanente, se déplacer pour aller chez le médecin. Occasionnellement, le médecin peut se rendre chez un malade qui refuse de venir au cabinet. Parfois encore, le médecin préfère se déplacer parce qu'il juge pertinent de voir le patient dans son milieu de vie (tableau I).

Le D^r Guy Béland, omnipraticien et médecin de famille, exerce à l'Hôpital Laval, à Québec. Il pratique et enseigne en médecine familiale et en gériatrie. Il est également chef du Département de médecine générale de l'Hôpital Laval et directeur de la section des UMF du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval.

Dans un pur souci d'efficacité et de rentabilité, on doit généralement réserver les visites à domicile aux patients qui en ont réellement besoin.

Repère

Tableau 1

Pourquoi aller à domicile ?

Situation clinique	Exemples
Le patient ne peut se déplacer	<ul style="list-style-type: none">⊗ Difficultés temporaires ou permanentes à marcher⊗ Insuffisance cardiaque ou pulmonaire⊗ Maladie neurologique ou musculaire⊗ Affection ostéoarticulaire⊗ Personne incapable de se déplacer sans accompagnateur⊗ Cancer en phase avancée
Le médecin préfère se déplacer	<ul style="list-style-type: none">⊗ Patient vivant en milieu de remplacement⊗ Médecin qui visite plusieurs patients sous un même toit⊗ Besoin de voir le patient dans son milieu de vie pour avoir une perspective différente
Le patient refuse de se déplacer	<ul style="list-style-type: none">⊗ Patient isolé, dément ou atteint de problèmes psychiatriques

Comment épargner du temps et des pas ?

Il peut être opportun de limiter le territoire que l'on couvre, quitte à faire des ententes avec d'autres médecins ou cliniques pour un échange mutuel de patients « hors secteur ». Rares sont les médecins qui voudront faire une heure de route pour aller visiter un seul patient. Le CLSC du territoire où habite le patient peut offrir un médecin pour le maintien à domicile ou fournir le nom de ceux faisant un tel suivi. Il arrive toutefois qu'aucun médecin ne soit disponible. On devra donc parfois « déborder » de son territoire habituel. Évidemment, il est avantageux de regrouper ses visites par secteurs et d'éviter les heures de pointe et les chemins en construction.

Si l'on veut survivre, il faut résister à la tentation de tout faire soi-même. Je dis parfois à mes étudiants (mais ne le dites à personne !) : « Tout ce que vous pouvez confier à d'autres, faites-le accomplir par d'autres ! »... Dans presque toutes les situations, plusieurs ressources pourront être mobilisées pour aider le patient et le médecin (voir l'article de la D^{re} Nathalie Beaulieu dans ce numéro). Il

suffit de s'informer, de demander et de collaborer un tant soit peu avec les gens qui nous aident. Notre habileté à mobiliser les ressources croît avec l'usage ! La gériatrie et le maintien à domicile ne sont pas faits pour les solitaires.

On doit se souvenir qu'une visite à domicile ressemble beaucoup à une consultation en cabinet. On ne songerait pas à demander à nos patients de passer nous voir quand ils le désirent, sans avertir. De la même façon, on avise le patient de la date et de l'heure approximative de notre visite et on détermine la fréquence des visites selon la situation clinique. Tout comme au cabinet, certains patients seront vus une fois par année, alors que d'autres le seront tous les quatre mois ou toutes les semaines. Certains patients en soins palliatifs nécessiteront notre présence plus souvent, parfois même de façon quotidienne en toute fin de vie.

Il est généralement plus facile de regrouper plusieurs visites à la fois. On peut réserver, par exemple, une demi-journée fixe à cette fin : les patients, le personnel du cabinet et des milieux de soins de même que vos collègues s'habitueront rapidement et évi-

Dans presque toutes les situations, plusieurs ressources pourront être mobilisées pour aider le patient et le médecin. Il suffit de s'informer, de demander et de collaborer un tant soit peu avec les gens qui nous aident. Notre habileté à mobiliser les ressources croît avec l'usage ! La gériatrie et le maintien à domicile ne sont pas faits pour les solitaires.

Repère

Tableau II
Suggestions pour une trousse de visites à domicile

	Matériel essentiel	Matériel utile selon le contexte
Matériel administratif	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Carte routière ☉ Carnet d'ordonnances ☉ Feuilles supplémentaires pour vos dossiers ☉ Certificats de non-réanimation ☉ Certificats de décès 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Cellulaire ☉ Agenda électronique (numéros de téléphone, médicaments, etc.) ☉ Autres paperasses et formulaires (pour l'hôpital, le CLSC) ☉ Stylo de rechange
Matériel diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Stéthoscope, sphygmomanomètre ☉ Oto-ophthalmoscope ☉ Thermomètres (modèles jetables en carton ou électronique) ☉ Abaisse-langue, lampe de poche ☉ Marteau, ruban à mesurer 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Saturomètre ☉ Glucomètre ☉ Carte de Snellen ☉ Test de Folstein
Fournitures	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Gants, lubrifiant 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Nécessaire pour infiltrations ☉ Pots pour culture d'urine ☉ Désinfectant ☉ Nécessaire pour débridements ☉ Pansements ☉ Nécessaire pour injections ☉ Papillons ☉ Contenants pour aiguilles souillées
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Aucun médicament n'est absolument essentiel 	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Adrénaline ☉ Nitroglycérine ☉ Acétaminophène ☉ Anxiolytiques ☉ Analgésiques ☉ Narcotiques ☉ Scopolamine ☉ Acide acétylsalicylique

teront de vous déranger à tout moment. Il est souvent plus facile de prévoir une série de visites en matinée que de faire une visite à domicile à la course, en surplus après le cabinet, avant d'aller chercher les enfants.

Il faut bien informer le patient, ses proches ou le personnel de la résidence de votre façon de procéder et de la manière de vous joindre en cas de besoin, par l'entremise de la secrétaire, de la boîte vocale, de votre téléavertisseur, etc. Malheureusement, certains médecins ont dû se résigner à cesser leur pratique à domicile à cause des attentes déraisonnables de leurs patients. Vous devez donc leur rappeler que vous ne pourrez vous déplacer en tout temps et qu'il pourrait même arriver que vous soyez dans l'impossibilité

de leur rendre visite, même en cas d'urgence. Le médecin qui voit des patients à domicile n'en a pas la responsabilité 24 heures sur 24, mais doit s'assurer qu'ils sont couverts par un service de garde quelconque et qu'ils savent comment y recourir. Avisez-les de la couverture en cas d'urgence et en dehors des heures normales de travail : y a-t-il un service de garde pour votre clinique ou votre GMF ? Le patient est-il inscrit à la garde 24/7 (jour et nuit, sept jours sur sept) du territoire ? Devrait-il appeler Info-Santé ou encore l'ambulance pour se rendre à l'urgence ?

Quelques mots sur la trousse...

Parlons maintenant de cette fameuse trousse pour les visites à domicile. Différents modèles existent,

Encadré

Patient en lourde perte d'autonomie³ (conformément à la définition de la RAMQ)

1. Pour être en lourde perte d'autonomie, le patient doit :
 - ☉ être incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile ;
 - ☉ nécessiter des soins médicaux actifs ;
 - ☉ nécessiter un suivi.
2. Au moment de la visite initiale ou annuelle, le médecin doit :
 - ☉ être le médecin traitant ou le remplaçant de ce dernier ;
 - ☉ sous réserve de l'alinéa suivant, remplir, au moment de la visite initiale et au moins une fois par année par la suite, la fiche d'information prescrite par le comité paritaire, prévue à l'article 32.00 de l'Entente, ou encore le formulaire en usage au CLSC ; lorsque cela semble pertinent, en transmettre une copie au programme de soutien à domicile du CLSC du territoire ;
 - ☉ dans le cas où le CLSC confirme au médecin que son programme de soutien à domicile ne couvre pas certaines unités d'habitation ou certaines institutions religieuses, le médecin n'est pas tenu de remplir la fiche d'information ou le formulaire mentionné ci-dessus pour les services qu'il prodigue.
3. Au cours de la visite subséquente, le médecin doit :
 - ☉ être le médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci ;
 - ☉ aviser le CLSC de toutes modifications dans le traitement ou dans le suivi que doit effectuer le CLSC.
4. Durée de la visite
 - ☉ la durée de cet examen est en général de 30 minutes.

selon vos goûts, votre budget et vos besoins. Je vous suggère de vous en tenir au modèle le plus simple possible, qui n'est ni trop attirant pour les malfaiteurs ni trop encombrant ni trop lourd. Une simple mallette fait généralement l'affaire et passe complètement inaperçue.

Plus on y mettra de matériel, plus il deviendra difficile et important d'en revoir le contenu fréquem-

ment, sans parler des risques de gel ou de surchauffe si elle reste dans la voiture.

Le *tableau II* présente différentes suggestions de contenu pour la trousse.

Encore là, je vous suggère de résister à la tentation de vouloir tout prévoir et d'essayer de prendre la place des autres acteurs du réseau. Les ambulanciers ont tout ce qu'il faut en cas de grande urgence tandis que le personnel de maintien à domicile des CLSC possède généralement le matériel nécessaire pour les injections, les prélèvements et les soins de plaies. En ce qui a trait aux médicaments, on pourra presque toujours les ajouter au dernier moment, selon les problèmes des patients. Dans les cas de soins palliatifs, tout est dans l'art de savoir anticiper les besoins et de laisser au domicile le matériel et les médicaments nécessaires (voir l'article de la D^{re} Suzanne Cayer dans ce numéro). Évidemment, chaque médecin est libre de garnir sa trousse comme il l'entend, selon ses préférences et sa pratique.

... et les dossiers ?

À domicile, comme en cabinet ou en établissement, toute visite demande l'inscription d'une note au dossier. Le dossier et la note doivent répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec, tant en ce qui a trait au contenu qu'à la confidentialité des informations. Voir le guide sur *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*² pour de plus amples renseignements. Ce guide contient d'ailleurs des recommandations précises concernant la perte d'autonomie et les dossiers de maintien à domicile.

Un problème se pose parfois lorsque l'on possède son propre système de dossiers (papier ou informatique) et que l'on visite des patients dans des milieux de remplacement. En effet, le patient a alors deux dossiers, celui du médecin et celui de la résidence. On doit se souvenir que le médecin est responsable de la garde de son dossier et qu'il ne peut en confier

On doit se souvenir que le médecin est responsable de la garde du dossier de son patient et qu'il ne peut en confier la responsabilité à un tiers. En effet, si on laisse le dossier médical à la résidence, quelle garantie a-t-on que l'information restera confidentielle ?

Repère

la responsabilité à un tiers. En effet, si on laisse le dossier médical à la résidence, quelle garantie a-t-on que l'information restera confidentielle ?

Par contre, il peut être fort pertinent de laisser au domicile du patient ou aux responsables des soins de la résidence, avec le consentement du patient, une copie de la liste de ses problèmes et de ses antécédents et des médicaments qu'il prend. Des formulaires pour évaluer le degré de soins requis et un certificat de non-réanimation pourraient également être très utiles, notamment en cas de visite imprévue ou de transfert d'urgence ou tout simplement pour échanger de l'information entre intervenants. On peut verser une brève note ou une copie des ordonnances dans le dossier de la résidence, mais le dossier médical comme tel doit rester sous la garde du médecin.

Ça pourrait m'intéresser, mais comment facturer mes visites ?

Ce n'est un secret pour personne, à moins d'une rémunération à honoraires fixes ou à tarif horaire, il est présentement plus payant de travailler au service de consultation sans rendez-vous auprès de personnes jeunes et actives que de faire des visites à domicile chez des patients âgés en perte d'autonomie. Plusieurs avancées intéressantes survenues au cours des dernières années

rendent plus attrayante, financièrement, la pratique à domicile auprès des clientèles dites vulnérables.

Les tarifs pour les examens à domicile sont indiqués dans le manuel des actes et sont accessibles sur

Figure

FICHE D'INFORMATION - PATIENT PERTE D'AUTONOMIE
 À acheminer au Programme de soutien à domicile du CLSC

Date de la visite: _____

Coordonnées de la personne

Nom de famille et du résident: _____ Date de naissance: _____ Sexe: _____ N° d'assurance maladie: _____
 Fonction usuel: _____ Age: _____ Date d'inscription de la carte: _____

Adresse de résidence: _____ Appartenance: _____ N° de téléphone (du résident): _____
 N° civique: _____ Rue ou rang: _____ Code postal: _____

Personne-ressource (s'il y a lieu): _____ N° de téléphone (du résident): _____
 Nom et prénom: _____

Médecin qui effectue la visite: _____
 Nom et prénom: _____
 Adresse: _____
 N° civique: _____ Rue: _____ Bureau: _____
 Ville ou localité: _____ Code postal: _____
 Médecin général Médecin spécialiste
 Identité du médecin traitant, le cas échéant (nom, prénom): _____

Condition clinique de la personne

Problème médical aigu déclenchant le besoin de soin médical à domicile: _____

Diagnoses ou problèmes de santé importants, conditions associées: _____ Prescriptions liées au patient: _____

Perte d'autonomie: permanente temporaire Durée probable du soin médical: _____

Nature de la demande de service au CLSC

Évaluation Soins Soins: soins/généralistes/soins infirmiers/soins dentaires

Priorisation d'évaluation ou de soins à domicile par le CLSC selon l'intensité des facteurs de risque évalués (échelle):

Priorité 1 (moins de 24 heures) : situation de crise, danger imminent pour la santé de la personne et des proches, risque d'hospitalisation ou d'hébergement forcé et pas de services dans les 24 heures.

Priorité 2 (moins de 48 heures) : situation de crise potentielle, danger potentiel pour la sécurité de la personne ou des proches, risque de détresse bio-psychosociale à très court terme, risque d'hospitalisation ou d'hébergement à très court terme.

Priorité 3 (moins d'une semaine) : pas de crise ou de danger immédiat, pas de risque de détresse à court terme, pas de risque d'hospitalisation ou d'hébergement prévisible, milieu stable en voie d'équilibre.

Priorité 4 (entre 2 à 4 semaines) : personne en stabilité, faible risque de détresse prévisible, milieu peut compenser temporairement.

Signature du médecin: _____ Date: _____

Plusieurs avancées intéressantes survenues au cours des dernières années rendent plus attrayante, financièrement, la pratique à domicile auprès des clientèles dites vulnérables.

Repère

le site de la RAMQ³. La majorité, voire tous les patients vus à domicile, devraient répondre aux critères d'inscription à titre de clientèle vulnérable, ce qui permet d'ajouter le forfait de responsabilité au tarif de chaque visite, en plus du forfait annuel de prise en charge.

Plusieurs des personnes suivies à domicile peuvent également être inscrites comme patients en grave perte d'autonomie (*encadré*)⁴. Les formalités à remplir ne sont alors pas si lourdes et permettent d'assurer une meilleure communication entre le médecin de famille et les équipes du CLSC. Cet échange d'information est à l'avantage du patient et du médecin et rend la visite plus rentable à plusieurs points de vue. Le formulaire 3726 à remplir tient sur une page et se trouve sur le site de la RAMQ au www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/form_pro/pdf/3726.pdf (*figure*). Ici encore, le forfait de clientèle vulnérable s'ajoute aux honoraires de la visite.

Le critère « être incapable de se déplacer à l'extérieur de son domicile » fait l'objet de discussions quant à son interprétation, qui peut être plus ou moins stricte. À notre avis, cette définition devrait inclure les patients qui peuvent difficilement effectuer des sorties (patients hémiplegiques, atteints d'arthrose grave, oxygénodépendants). Toutefois, les médecins du service d'expertise médicale de la RAMQ semblent plus stricts. Des discussions sont en cours à ce sujet entre la FMOQ et le MSSS.

Avec un minimum d'organisation et d'habitude, la pratique à domicile s'éloigne de plus en plus du bénévolat. Certains médecins préfèrent maintenant être rémunérés à l'acte plutôt qu'à tarif horaire pour leurs visites et y trouvent une bonification importante, allant parfois du simple au double selon la clientèle desservie. Il vaut la peine de s'informer et peut-être de tenter l'expérience. Deux chroniques intéressantes du D^r Michel Desrosiers dans *Le Médecin du Québec* (www.fmoq.org, onglet Médecin du Québec) portaient d'ailleurs sur la facturation des services rendus à domicile^{5,6}.

Retour de votre collègue

Au bout de six mois, votre collègue revient à la clinique. En compagnie de l'infirmière du CLSC, vous lui faites un compte rendu de l'évolution de ses patients. Vous lui avouez par la même occasion que

l'expérience vous a agréablement surpris, à tel point que vous avez décidé de suivre certains de vos patients à domicile plutôt que de les diriger vers les médecins du CLSC.

ON DOIT LE RECONNAÎTRE, les visites à domicile constituent un besoin réel pour une partie de notre clientèle, à un moment ou à un autre de leur vie. Bien que le maintien à domicile soit surtout l'affaire des équipes de CLSC et des réseaux de soutien naturels, le médecin de famille y joue encore un rôle incontournable. Il peut être à la fois simple et agréable de répondre à ce besoin, à condition de savoir s'organiser un peu. 📄

Date de réception : 9 octobre 2007

Date d'acceptation : 29 octobre 2007

Mots-clés : visites à domicile, organisation de la pratique, facturation

Le D^r Guy Béland n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Statistiques fournies gracieusement par M. Denis Blanchette, économiste au Service des affaires économiques à la FMOQ.
2. Collège des médecins du Québec. *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*. Montréal : Le Collège, septembre 2006. Site Internet : www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Tenue-dossiers-cabinet-clsc-2006.pdf (Date de consultation : le 30 août 2007).
3. Entente MSSS-FMOQ. *Manuel de facturation*. Régie de l'assurance maladie du Québec 2007. Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medomni/bienvenue.shtml (Date de consultation : le 30 août 2007).
4. Entente MSSS-FMOQ. Préambule général, annexe 5, article 2.2.6 A.
5. Desrosiers M. Alors vous faites des visites à domicile ?-I [En fin... la facturation noir sur blanc]. *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (6) : 167-8.
6. Desrosiers M. Alors vous faites des visites à domicile ?-II [En fin... la facturation noir sur blanc]. *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (7) : 135-6.

Lectures suggérées

- Arcand R, Hébert R. *Précis pratique de gériatrie* 2007, 3^e éd., Saint-Hyacinthe : Édisem Maloigne ; 1270 pages. Ouvrage de référence bien connu, adapté à notre réalité. Excellents chapitres sur les visites à domicile et les différents degrés de soins.

Summary

Efficient, pleasant and profitable home visits. Despite a dramatic decline over the last few decades, home visits are still an essential part of family medicine. To be able to include home visits as a part of an active practice, one has to carefully determine whether a patient needs to be seen by a general practitioner at home; follow a few simple rules to enhance and maximize productivity and time management; use all available resources in the community; and finally, bill efficiently. Individualized doctor's bag and contents equipped to suit the needs of geriatric patients as well as teamwork expertise are discussed in this article. Home visits should be a pleasant aspect of a busy practice.

Keywords: home visits, practice management, billing

- ④ Dechêne G, Duchesne M, Mégie MF, Roy M. *Précis pratique de soins médicaux à domicile* 2000, Saint-Hyacinthe : Édisem ; 533 pages.
Ouvrage de référence pratique. Pourrait fort bien se retrouver dans la trousse ou sur la table de chevet de plusieurs médecins.
- ④ Leff B, Burton JR. The future history of home care and physician house calls in the United States. *J Gerontol* 2001 ; 56 (10) : M603-8.
Intéressante réflexion sur l'évolution des visites à domicile aux États-Unis, dont plusieurs éléments sont faciles à transposer à notre réalité.
- ④ RAMQ Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/
Portail d'accueil de services aux professionnels de la RAMQ

L'auteur tient à remercier M^{me} Sylvianne Lavoie, la D^{re} Josée D'Amours, le D^r Pierre Jinchereau, le D^r Michel Lafrenière, le D^r Marc Billard et le D^r Michel Desrosiers pour leur aide et leurs conseils judicieux.