

La prestation de soins médicaux à domicile

Sondage dans la région du Québec

Andrée Laberge, PHD Michèle Aubin, MD, MSC, CCMF, FCMF Lucie Vézina, MA Rénald Bergeron, MD, CCMF, FCMF

résumé

OBJECTIF Décrire les caractéristiques de la prestation de soins médicaux à domicile par les omnipraticiens et identifier les conditions susceptibles de faciliter ou de nuire au développement de cette pratique.

CONCEPTION Enquête postale.

CONTEXTE La région de Québec.

PARTICIPANTS Omnipraticiens ayant une pratique clinique en cabinet privé, en unité de médecine familiale, en centre local de services communautaires (CLSC) ou en milieu hospitalier.

PRINCIPALES MESURES DES RÉSULTATS Un questionnaire auto-administré a permis de recueillir des informations sur la prestation des soins à domicile par les médecins, les caractéristiques des clientèles et des visites, les modalités de suivi de même que sur les barrières et les facteurs facilitant cette pratique.

RÉSULTATS Des 487 médecins interrogés, 58,1% (283) font des visites à domicile pour une clientèle principalement composée de personnes âgées (87,6%). Parmi ces médecins, 42% voient moins de cinq patients par semaine et 31% y allouent 2 heures ou moins par semaine. Près des deux tiers (64%) allouent de 15 à 30 minutes à ces visites et 90,2% d'entre eux disent avoir recours aux CLSC pour l'évaluation ou le suivi à domicile de leurs patients. Les difficultés associées à la planification des horaires et au mode de rémunération constituent pour les médecins interrogés un frein au développement de cette pratique.

CONCLUSION La pratique médicale à domicile est répandue dans la région de Québec mais elle constitue une partie restreinte du travail clinique de plusieurs omnipraticiens.

abstract

OBJECTIVE To describe the characteristics of home health care delivered by general practitioners and to identify the conditions that facilitate or hinder development of this practice.

DESIGN Mailed survey.

SETTING Quebec city region.

PARTICIPANTS General practitioners in private practice, family practice units, community health centres, or hospitals.

MAIN OUTCOME MEASURES A self-administered questionnaire was used to gather information on volume of home care provided, characteristics of clients and visits, methods of follow up, and factors that promoted or hindered home care.

RESULTS Of the 487 physicians surveyed, 58.1% (283) made housecalls to a clientele consisting mainly of elderly patients (87.6%): 42% saw fewer than five patients per week, and 31% spent 2 hours or less per week on housecalls. Close to two thirds (64%) devoted 15 to 30 minutes to these visits, and 90.2% said they used community health centres for assessment or home follow up of their patients. Difficulties with scheduling and methods of remuneration reportedly hampered development of this practice.

CONCLUSION Home care practice is widespread around Quebec city, but represents only a small portion of the clinical work of many GPs.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2000;46:2022-2029.

Le virage ambulatoire et la disponibilité réduite des lits hospitaliers de courte durée semblent favoriser une demande accrue de soins médicaux à domicile^{1,2}. Ce type de pratique permet de maintenir à domicile des personnes présentant des problèmes de santé instables ou des pertes d'autonomie sévères et d'offrir des alternatives à l'hospitalisation pour le traitement de certains problèmes de santé chroniques³. Parallèlement, le Québec présente un vieillissement de sa population et une augmentation de la prévalence des incapacités et des maladies chroniques. Depuis les 20 dernières années, cette situation a entraîné une augmentation de la demande de suivis à domicile et ce, afin de répondre aux besoins de personnes présentant des pertes d'autonomie et des problèmes de santé de plus en plus sévères^{1,2,4}.

Peu d'études ont été publiées sur la pratique médicale à domicile. Selon les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, 55% des omnipraticiens de pratique privée font des visites à domicile⁵. Toutefois, ces données sous-estiment la quantité réelle des actes posés à domicile puisqu'elles ne tiennent pas compte des visites effectuées par les médecins rémunérés à salaire ou à tarif horaire. De plus, mises à part quelques études réalisées aux États-Unis ou à l'étranger⁶⁻¹¹, les informations sur les caractéristiques des clientèles suivies, sur la nature et les modalités des interventions effectuées à domicile ainsi que sur les facteurs favorables et les barrières susceptibles de nuire à l'adoption de cette pratique sont rares. Dans ce contexte, il est difficile d'apprécier l'étendue, la qualité et les conditions de la prestation des soins médicaux à domicile. Cette information est cependant nécessaire afin d'identifier des mesures et des stratégies pour faciliter la transformation des pratiques et assurer une réponse adaptée aux besoins des clientèles. Cette étude de nature exploratoire vise donc à décrire les caractéristiques de la pratique médicale à domicile chez les médecins de première ligne de la région de Québec, et à identifier les facteurs susceptibles de faciliter ou de nuire au développement de cette pratique.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée à l'automne 1994, auprès de l'ensemble des médecins omnipraticiens ayant une pratique clinique dans la région de Québec, principalement

Andrée Laberge travaille au Centre de santé publique de la région de Québec. Michèle Aubin, Lucie Vézina et Régnald Bergeron travaillent à l'Unité de médecine familiale, Hôpital Laval.

caractérisée par des zones d'habitation urbaines et quelques secteurs semi-urbains. Ce projet a reçu l'accord du comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval. Un questionnaire auto-administré a été envoyé par la poste aux 696 médecins admissibles. Celui-ci était accompagné d'une lettre d'appui signée conjointement par le directeur de la formation professionnelle de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et par la présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de la région de Québec. Ce questionnaire a été prétesté auprès de 15 médecins de la région ayant des lieux de pratique variés (cabinet privé, unité de médecine familiale, centre local de services communautaires [CLSC]). Afin d'augmenter le taux de réponse, deux rappels postaux ont été effectués auprès des non-répondants 3 et 6 semaines après l'envoi initial¹². Dans un dernier temps, des contacts téléphoniques ont été effectués afin d'obtenir des informations sur les caractéristiques personnelles et professionnelles de ceux qui n'ont pas répondu aux trois envois postaux.

La pratique médicale, telle que définie dans le questionnaire, réfère à toute visite à des patients dans leur domicile privé (maison ou appartement) ou dans une famille d'accueil ou dans une résidence pour personnes âgées lorsque le patient est vu dans son appartement. La clientèle vue en centre hospitalier de longue durée, en centre d'accueil public et en infirmerie de congrégation religieuse était exclue. Le questionnaire, composé de questions ouvertes et fermées, a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques personnelles et professionnelles des omnipraticiens de même que sur leur pratique médicale à domicile. De façon spécifique, des données ont été recueillies sur le volume de travail à domicile (nombre d'heures et de patients visités lors de la dernière semaine de travail), sur les caractéristiques des clientèles et des visites à domicile, sur la provenance des demandes de visites à domicile et sur le recours par les médecins aux services des équipes de maintien à domicile des CLSC. Enfin, l'ensemble des répondants ont livré leur perception de la prestation de soins médicaux à domicile en regard de la pertinence des visites à domicile, des avantages et des désavantages des soins à domicile ainsi que des conditions susceptibles de favoriser ou de nuire au développement de cette pratique.

Une analyse de contenu a été effectuée pour les questions ouvertes sur l'opinion de l'ensemble des répondants face à la prestation de soins médicaux à domicile et les informations ont été classées et regroupées en catégories. Chaque chercheur de l'étude a procédé à une classification indépendante des données de

RECHERCHE

La prestation de soins médicaux à domicile

25 questionnaires et ils ont comparé leurs réponses. Suite à cet exercice, les catégories ont été révisées jusqu'à l'obtention d'un consensus. Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées pour l'ensemble des données colligées et la signification statistique des relations observées lors des croisements de variables a été vérifiée à partir du test-*t* de Student et du test χ^2 . Le

seuil de signification statistique a été établi à 0,05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS.

RÉSULTATS

Au total, 487 des 696 omnipraticiens éligibles (70%) ont complété et retourné le questionnaire. Un rappel

Tableau 1. **Caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins selon la prestation de soins médicaux à domicile**

CARACTÉRISTIQUES	PRESTATION DE SOINS MÉDICAUX À DOMICILE		TOTAL N = 487
	OUI N = 283 (%)	NON N = 204 (%)	
SEXE			
• Masculin	204 (72,1)	106 (52,9)*	310 (63,7)
• Féminin	79 (27,9)	98 (47,1)	177 (36,3)
FORMATION			
• Internat multidisciplinaire	172 (65,6)	120 (60,6)	292 (63,5) [†]
• Résidence en médecine familiale	90 (34,4)	78 (39,4)	168 (36,5)
LIEU DE PRATIQUE			
• Cabinet privé	223 (78,8)	82 (40,2)*	305 (62,6)
• CLSC	16 (5,7)	20 (9,8)	36 (7,4)
• Unité de médecine familiale	34 (12,0)	17 (8,3)	51 (10,5)
• Milieu hospitalier	10 (3,5)	85 (41,7)	95 (19,5)
MODE DE RÉMUNÉRATION			
• Acte	213 (75,3)	116 (56,9)*	329 (67,6)
• Salaire	30 (10,6)	49 (24,0)	79 (16,2)
• Vacations	21 (7,4)	27 (13,2)	48 (9,9)
• Mixte	19 (6,7)	12 (5,9)	31 (6,4)
	MOYENNE	MOYENNE	MOYENNE
ÂGE	44,6 (± 10,4)	39,0 (± 8,4)*	42,3 (± 10,0)
No. d'années de pratique	19,5 (± 10,2)	13,8 (± 8,6)*	17,1 (± 10,0)
No. d'heures travaillées/semaine	44,2 (± 10,1)	39,4 (± 10,0)*	42,2 (± 10,3)
No. de patients vus/semaine	103,1 (± 48,9)	84,4 (± 52,5)*	95,0 (± 50,7)
Nombre de patients ≥65 ans	37,9 (± 25,6)	20,9 (± 19,3)*	30,0 (± 24,6)

* $P \leq 0,0001$

[†] Vingt-sept médecins n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 2. Perceptions des médecins sur la pertinence du suivi médical à domicile

LES VISITES MÉDICALES À DOMICILE:	PRESTATION DE SOINS MÉDICAUX À DOMICILE		
	OUI (N = 283)*	NON (N = 204)*	TOTAL (N = 487)*
A) SONT NÉCESSAIRES			
• très souvent	244 (89,1)	143 (73,3) [†]	387 (82,5)
• à l'occasion	30 (10,9)	52 (26,7)	82 (17,5)
• jamais	0	0	0
B) SONT EFFECTUÉES À UNE FRÉQUENCE			
• insuffisante	86 (32,4)	85 (46,4) [‡]	171 (38,2)
• suffisante	168 (63,4)	88 (48,1)	256 (57,1)
• trop grande	11 (4,2)	10 (5,5)	21 (4,7)
C) POURRAIENT ÊTRE FAITES PAR D'AUTRES PROFESSIONNELS			
• très souvent	43 (16,5)	57 (29,1) [†]	100 (21,9)
• à l'occasion	187 (71,6)	130 (66,3)	317 (69,4)
• jamais	31 (11,9)	9 (4,6)	40 (8,8)

* Certains médecins n'ont pas répondu à toutes les questions.

[†] $p \leq 0,001$

[‡] $p \leq 0,01$

téléphonique a permis d'obtenir des informations auprès de 95% des non-répondants. Ces données indiquent que la majorité des médecins qui dispensent des soins à domicile dans la région de Québec (78,2%) ont participé à l'étude. De plus, les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondants sont tout à fait comparables à celles de l'ensemble des omnipraticiens de la région. Parmi les médecins ayant complété le questionnaire, plus de la moitié d'entre eux (58,1%) ont déclaré faire des visites à domicile et ce, depuis en moyenne 16,8 ans ($\pm 10,4$). Comparativement à leurs collègues qui ne suivent pas de patients à domicile, les médecins qui exercent ce type de pratique sont plus âgés et ils comptent plus d'années d'expérience clinique. Ce sont principalement des hommes pratiquant le plus souvent en cabinet privé et rémunérés à l'acte. Enfin, ces médecins travaillent en moyenne plus d'heures par semaine, voient plus de patients et suivent un plus grand nombre de personnes âgées comparativement à ceux qui ne vont pas à domicile (tableau 1).

La majorité des omnipraticiens de l'étude (82,8%) considèrent que les visites à domicile sont indiquées pour les personnes présentant des problèmes de mobilité ou des difficultés de déplacement associés à une perte d'autonomie majeure. Toutefois, le point de vue des répondants sur la pertinence des visites à domicile et la fréquence de celles-ci diffère selon qu'ils exercent ou non ce type de pratique (tableau 2). Environ les trois quarts de l'échantillon considèrent que les visites à domicile favorisent une meilleure connaissance de l'environnement du patient (tableau 3). Toutefois, ils reconnaissent également que ce type de suivi peut se heurter à des contraintes organisationnelles (déplacement, horaire, urgences, etc.) ou encore à des facteurs reliés à l'environnement de la pratique du médecin (manque d'instrument et de support technique). De même, ils considèrent que la planification des horaires de travail et le mode de rémunération à l'acte peuvent constituer des barrières à l'adoption de ce type de pratique par les médecins. Inversement, le désir de la population, la volonté politique et les collaborations avec les différentes ressources du réseau de la santé et

RECHERCHE

La prestation de soins médicaux à domicile

des services sociaux pourraient en favoriser le développement (**tableau 3**).

Les médecins qui font des suivis à domicile ont déclaré avoir visité en moyenne 28 patients au cours de la dernière année. De plus, ce type de suivi a

représenté 11,5% du total des consultations médicales effectuées par ces médecins au cours de leur dernière semaine de travail. Plus précisément, 41,7% des médecins ont fait cinq visites ou moins à domicile, 23,0% ont effectué de six à 10 visites et 35,3% en

Tableau 3. **Perceptions des médecins en regard du suivi médical à domicile: Chaque médecin pouvait mentionner plusieurs choix de réponse à une même question.**

PERCEPTIONS DES OMNIPRATICIENS	PRATIQUE À DOMICILE		TOTAL N = 487 %
	OUI N = 283 %	NON N = 204 %	
AVANTAGES			
• Connaissance de l'environnement du patient	77,4	70,4	74,6
• Confort et sécurité du patient	36,8	35,0	36,1
• Évaluation de la famille, intervention auprès de personnes soutien	18,1	18,3	18,1
DÉSAVANTAGES			
• Contraintes organisationnelles de la pratique	62,0	59,0	60,7
• Environnement de la pratique, manque d'instrument et de support technique	51,4	51,1	51,2
• Dépendance du patient	13,7	17,5	15,3
FACTEURS FAVORABLES			
• Désir de la population, volonté politique	32,5	32,1	32,3
• Collaboration avec les autres ressources	31,5	29,0	30,5
• Intérêt et motivation des médecins	18,8	8,4*	14,6
• Facteurs démographiques	14,2	14,5	14,3
• Mode de rémunération	13,2	13,7	13,4
FACTEURS DÉFAVORABLES			
• Planification des horaires de travail	44,4	49,3	46,4
• Mode de rémunération	40,0	38,8	39,5
• Coordination, accessibilité des ressources	17,8	16,5	17,2

* $p \leq 0,01$

ont fait 11 ou plus. La proportion de médecins qui ont alloué moins de 3 heures au suivi à domicile durant cette semaine est de 31,5% comparativement à 38,7% qui ont accordé de 3 à 6 heures et 29,8% qui ont passé plus de 6 heures à domicile. La clientèle visitée était principalement composée de personnes âgées de 65 ans ou plus se déplaçant sans aide (**tableau 4**).

Planifiées généralement sur une base régulière, ces visites au domicile privé du patient ont été le plus souvent effectuées pour la surveillance de problèmes de santé chroniques et elles ont duré entre 15 à 30 minutes. Au cours de cette période, une faible proportion (10,6%) des visites réalisées à domicile ont été effectuées en raison d'une urgence (**tableau 4**). Selon les médecins interrogés, les demandes pour ce type de suivi proviennent le plus souvent du patient ou de sa famille (59,2%) alors que celles issues d'hôpitaux, de collègues de travail et de CLSC sont moins fréquentes. Les médecins ont le plus souvent recours aux services des CLSC afin d'obtenir des soins infirmiers pour leur clientèle à domicile (70,7%). Parmi celle-ci, 22,2% des patients visités bénéficient d'un suivi conjoint effectué par le médecin et un professionnel du CLSC et les échanges entre ces intervenants se font principalement par téléphone (89,6%). Enfin, seulement 19,5% des médecins ont déclaré avoir déjà participé à des rencontres en équipe multidisciplinaire au CLSC.

DISCUSSION

Peu d'études canadiennes se sont spécifiquement intéressées à la pratique des médecins de famille à domicile. Compte tenu de la rareté des informations disponibles sur ce sujet, cette étude exploratoire a apporté des précisions sur les caractéristiques des clientèles, des visites et des modalités de suivi à domicile.

Le suivi médical à domicile est largement répandu chez les omnipraticiens de la région de Québec puisque 58% d'entre eux suivent des patients à domicile. Toutefois, cette pratique représente pour la plupart d'entre eux une faible proportion de leur travail clinique. De plus, les visites sont principalement réservées au suivi régulier d'une clientèle en perte d'autonomie plutôt que pour répondre à des urgences. Ce profil de pratique des médecins, tout comme les caractéristiques des clientèles et des visites à domicile rejoignent ceux décrits dans d'autres études^{7-11,13-16}. En ce qui concerne les modalités de pratique, cette étude permet de constater que

Tableau 4. **Caractéristiques des clients et des visites à domicile: N = 283 omnipraticiens**

CARACTÉRISTIQUES	VISITES*	
	N	(%)
ÂGE (ANS)		
• <65	374	(12,4)
• 65-79	1535	(50,8)
• ≥80	1110	(36,8)
MOBILITÉ		
• Sans aide	1883	(63,6)
• Avec aide	878	(29,6)
• Alité	201	(6,8)
Problèmes cognitifs	449	(13,7)
LIEU DES VISITES		
• Domicile privé	2312	(70,8)
• Centre d'accueil privé	371	(11,4)
• Résidence personnes âgées	582	(17,8)
FRÉQUENCE DU SUIVI		
• À la demande	816	(26,5)
• Régulièrement (<1 fois/mois)	1195	(38,8)
• Régulièrement (≥1 fois/mois)	1071	(34,7)
ANCIENNETÉ DU SUIVI		
• <6 mois	411	(13,3)
• 6-12 mois	403	(13,1)
• >1 an	2272	(73,6)
MOTIFS DES VISITES		
• Problèmes aigus	609	(21,4)
• Problèmes chroniques	1977	(69,6)
• Soins palliatifs et autres	256	(9,0)
TYPE D'INTERVENTION		
• Évaluation-diagnostic	572	(19,0)
• Traitement-prescription	689	(22,9)
• Surveillance-suivi	1742	(58,1)
DURÉE DES VISITES		
• <15 min	684	(23,2)
• 15-30 min	1890	(64,1)
• >30 min	375	(12,7)
Visites urgentes	346	(10,6)

*La variation du nombre de visites entre les catégories s'explique par les données manquantes.

RECHERCHE

La prestation de soins médicaux à domicile

le suivi médical se fait conjointement avec le CLSC pour un peu moins du quart des patients visités à domicile. Cette proportion semble relativement peu élevée lorsqu'on considère la complexité des besoins des personnes qui, de plus en plus, demeurent à domicile avec des pertes d'autonomie et des problèmes de santé majeurs.

Trois hypothèses peuvent être suggérées pour expliquer ces résultats. D'abord, il est possible qu'une proportion importante des clientèles soient suivies à domicile pour des problèmes de santé spécifiques ayant peu d'impact sur l'autonomie fonctionnelle des patients, et que les services d'aide des CLSC ne soient pas nécessaires. Cette hypothèse est appuyée par certaines caractéristiques fonctionnelles des clientèles, particulièrement leur capacité de déplacement. Ensuite, les informations obtenues de la littérature¹⁷ permettent de croire qu'une partie importante de l'aide autre que médicale qui est requise à domicile est dispensée par les proches plutôt que par les ressources formelles d'aide comme le CLSC. Cette hypothèse ne peut toutefois être vérifiée dans cette étude puisque la clientèle suivie à domicile n'a pas été questionnée. Enfin, il est possible que le suivi médical et celui assuré par les intervenants des équipes d'aide et de soins à domicile des CLSC se fassent, dans certains cas, de façon relativement indépendante. Cette hypothèse est plausible si l'on tient compte que, dans cette étude, les médecins considèrent que le mode de rémunération à l'acte et la coordination des ressources de maintien à domicile des CLSC constituent des facteurs défavorables au développement de la pratique médicale à domicile.

La perception des médecins participants face aux visites à domicile rejoint dans l'ensemble celle relevée dans d'autres études en regard de la pertinence de cette pratique^{15,16,18,19}. De même, à l'instar des résultats de cette étude, d'autres enquêtes ont également identifié le mode de rémunération à l'acte et les difficultés d'organisation du travail clinique comme des obstacles au développement de la pratique à domicile^{9,20}.

Cette étude exploratoire comporte certaines limites. D'une part, le fait de faire appel à la mémoire des médecins et de ne référer qu'à leur dernière semaine de travail clinique a pu avoir un effet sur la précision des résultats. Toutefois, plus de 80% des médecins interrogés ont déclaré que les informations fournies pour cette période représentaient fidèlement leur pratique à domicile alors que les autres ont indiqué qu'elles sous-estimaient leur volume de travail à domicile. D'autre part, le fait que l'organisation de la

pratique à domicile au Québec puisse différer de celle retrouvée ailleurs en Amérique du Nord réduit la possibilité de généraliser les résultats obtenus. Cependant plusieurs données obtenues dans la présente étude s'apparentent à celles décrites dans d'autres recherches en ce qui a trait d'une part aux déterminants de la pratique médicale à domicile (tels le sexe, le mode de rémunération, le lieu de pratique, le nombre d'années d'expérience)^{8,9,11,13} et d'autre part, en regard des perceptions (pertinence et barrières) des médecins face à ce type de pratique^{9,15,16,18,20}.

Depuis la réalisation de cette étude, au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord^{1,2,15,16}, le système de santé a connu une réorganisation axée sur la réduction des durées de séjour hospitalier et la tendance à dispenser davantage les soins dans la communauté plutôt qu'en institution. Conséquemment, ce virage ambulatoire a pu accroître la demande de suivi médical à domicile dans les dernières années. D'autres études seraient nécessaires pour vérifier l'évolution de la pratique médicale à domicile et déterminer quelles sont les modalités de suivi les plus appropriées pour répondre aux besoins des « nouvelles clientèles » traitées à domicile. Ces questions s'avèrent d'autant plus importantes que selon une étude menée en Ontario, la proportion de médecins ne faisant pas de suivi à domicile aurait augmenté significativement entre 1974 et 1994¹³. Si cette tendance se maintient, il pourrait en résulter qu'une proportion de plus en plus faible de médecins auraient à assumer la prise en charge à domicile d'un nombre grandissant de patients présentant une perte d'autonomie sévère et conséquemment, un alourdissement de leur tâche. Dans ce contexte, des ajustements devront être envisagés afin de répondre adéquatement aux exigences de ce type de suivi.

CONCLUSION

Cette étude a permis de constater que la pratique médicale à domicile est répandue dans la région de Québec. Toutefois, le volume de patients suivis demeure très variable selon les médecins tout en étant peu élevé pour la majorité d'entre eux. D'autres études seront toutefois nécessaires afin de vérifier comment la pratique médicale à domicile s'est adaptée aux changements observés et d'identifier les conditions et les stratégies favorables à son développement. ♦

Remerciements

Cette étude a été subventionnée par le Fonds de recherche en santé du Québec.

Points de repère

- Environ 58% des omnipraticiens de la région de Québec font des visites à domicile.
- La plupart des clients sont âgés et présentent un ou des problèmes de santé chroniques; les urgences représentent une minorité des visites.
- Les médecins perçoivent que le désir de la population, la volonté politique et les collaborations avec différentes ressources du réseau pourraient favoriser la prestation de soins médicaux à domicile.
- Selon les médecins, le mode de rémunération à l'acte et les difficultés d'organisation du travail clinique nuisent au développement de cette pratique.

Key points

- About 58% of general practitioners in the Quebec city region make home visits.
- Most patients are elderly and have one or more chronic conditions; very few visits are urgent.
- Doctors perceive that patients' desire for home visits, political will, and collaboration among the various resources in the region all favour providing home care.
- According to the doctors, fee-for-service remuneration and scheduling difficulties hamper development of this practice.

Correspondance à: Michèle Aubin, Unité de médecine familiale, Hôpital Laval, 2725, chemin Sainte-Foy, Sainte-Foy, QC G1V 4G5

Références

- Swann H, Benjamin AE. Medicare home health utilization as a function of nursing home market factors. *Health Serv Res* 1990;25(3):479-500.
- Kenny GM, Dubay LC. Explaining area variation in the use of medicare home health services. *Med Care* 1992;30(1):43-57.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *La politique de la santé et du bien-être*. Québec, Qué: Gouvernement du Québec; 1992.
- Keenan JM, Hepburn KW. The role of physicians in home health care. *Clin Geriatr Med* 1991;7(4):665-75.
- Régie de l'assurance-maladie du Québec. *Statistiques annuelles de 1994*. Québec, Qué: Régie de l'assurance-maladie du Québec; 1996.
- Elford RW, Brown JW, Robertson LS, et al. A study of house calls in the practices of GPs. *Med Care* 1972;10:173-8.
- Birmingham Research Unit, Royal College of General Practitioners. Practice activity analysis 6: visiting profiles. *J R Coll Gen Pract* 1978;28:316-8.
- Keenan MJ, Bland CJ, Webster L, Shepherd M. The home care practice and attitudes of Minnesota family physicians. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:1100-4.
- Keenan JM, Boling MD, Schwartzberg JC, et al. A national survey of the home visiting practices and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 1992;152:2025-32.
- Kristiansen IS, Koltedahl K. Effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits. *J Epidemiol Commun Health* 1993;47(6):481-4.
- Groenewegen PP, Hutten JB. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med* 1995;40(3):349-58.
- Dillman DA. *Mail and telephone surveys. The total design method*. New York, NY: J. Wiley and Sons; 1987. p. 39-199.
- Bass MJ, McWhinney IR, Stewart M, Grindrod A. Changing face of family practice. Trends from 1974 to 1994 in one Canadian city. *Can Fam Physician* 1998;44:2143-9.
- Weissert WG, Cready CM, Pavelak JE. The past and future of home and community-based long-term care. *Milbank Q* 1988;66:309-88.
- Ingram CJ, O'Brien-Gonzales A, Main DS, Barley G, Westfall JM. The family physician and house calls. A survey of Colorado family physicians. *J Fam Pract* 1999;48(1):62-5.
- Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician* 1999;60(5):1481-8.
- Garant L, Bolduc M. *L'aide par les proches: mythes et réalités*. Collection études et analyses. Direction de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec, Qué: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1990.
- Collège des médecins de famille du Canada. *Le médecin de famille comme dispensateur de soins de première ligne. Un rapport sur les multiples rôles du médecin de famille dans le système de santé canadien*. Mississauga, Ont: Collège des médecins de famille du Canada; 1993.
- Warburton SW Jr, et al. House call patterns of New Jersey family physicians. *J Fam Pract* 1977;4:933-8.
- Meyer GS, Gibbons RV. House calls to elderly—a vanishing practice among physicians. *N Engl J Med* 1997;337:1815-20.

...