

Année 2023

2023 TOU3 1100
2023 TOU3 1101

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Lucie ESCLAVARD
et
Célia THOMAS

Le 14 septembre 2023

RÉPONSE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA CPTS DES PORTES DU LAURAGAIS À LA DEMANDE DE VISITES À DOMICILE NON PROGRAMMÉES

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE
Co-directeur de thèse : Dr Bertrand VALDEYRON

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE
Monsieur Docteur Bruno CHICOULAA
Monsieur Docteur Bertrand VALDEYRON

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	cardio-vasculaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Cardiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Dermatologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Pneumologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Gériatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Bactériologie-Virologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Dermatologie
M. CHAUCHEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Pharmacologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Pédiatrie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Ophthalmologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. TREMOLLIERS Florence	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		Oto-rhino-laryngologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAINAC Etienne
M. CHAPUT Benoît
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Marlène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loïc

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et immunologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CURROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANDET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BRILLAC Thierry			
M. CHICOULAA Bruno			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme DURRIEU Florence	
M. GACHIES Hervé	
Mme LATROUS Leïla	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

Remerciements communs

A notre jury

Madame le Professeur Julie DUPOUY, Présidente du Jury ;

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous en sommes reconnaissantes. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Recevez l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE, Directrice de thèse ;

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous sommes extrêmement reconnaissantes d'avoir dirigé notre travail, pour votre implication, la richesse de vos réflexions et votre disponibilité. Merci pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA ; Membre du Jury ;

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans notre jury en votre qualité de médecin généraliste. Soyez assuré de notre profonde considération.

Monsieur le Docteur Bertrand VALDEYRON, Co-directeur de thèse ;

Maître de Stage des Universités

Nous te sommes extrêmement reconnaissantes pour ton accompagnement depuis les prémices de ce travail, pour ton implication si précieuse et enrichissante. Nous sommes touchées et fières de présenter ce travail sous ta direction et te remercions chaleureusement.

Aux médecins ayant participé à l'étude :

Nous vous remercions de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Merci d'avoir partagé votre expérience riche et très enrichissante pour nous.

Remerciements Célia

À mes parents : c'est en grande partie grâce à vous si je suis arrivée jusqu'ici. Merci d'avoir été là toutes ces années, de m'avoir guidée et soutenue. Merci pour toutes ces valeurs que vous m'avez inculquées, cet amour que vous m'avez donné, ces leçons de vie, qui font en partie la personne que je suis aujourd'hui. Je suis fière de vous avoir comme parents. Je vous aime.

À mes deux frères : merci pour tous ces souvenirs passés, les nombreux à venir, pour votre écoute attentive et votre présence inconditionnelle en cas de besoin.

À ma famille : à mes cousins et cousines (**Alexandre, Stéphane, Carla, Candice**) pour tous ces moments passés ensemble, et cette complicité qui s'affine à mesure que nous grandissons tous ensemble. A mes oncles et tantes (**Patrick, Danielle, Karine**), merci d'être là et d'être vous, d'avoir gardé cette jeunesse au fil des années. A **Serge**, mon parrain, merci d'avoir été là depuis le début, de m'avoir toujours soutenue, merci pour ces discussions enrichissantes et ces conseils de qualité.

À mes grands-parents : à **Mémé**, pour tous ces bons souvenirs d'enfance, merci de continuer à prendre soin de nous malgré la distance. A **Papi** et **Mamie**, pour cette valeur de la famille que vous nous avez transmis. Merci d'avoir fait de notre famille une famille si aimante et soudée. Merci de continuer à veillez sur nous.

À Coralie : pour ton côté pétillant, merci de m'avoir transmis ce goût pour le sport qui fait de moi une personne plus épanouie.

À Etienne : pour me supporter au quotidien malgré mon caractère grincheux. Merci de partager ma vie et de m'apporter la sérénité dont j'avais besoin. Merci pour toute cette bienveillance, cette loyauté, cet amour que tu m'offres, et ces beaux projets de vie à deux. Merci de me rendre heureuse.

À Lucie : petite perle tombée du ciel. Pour ta gentillesse, ton goût de l'aventure, ta vivacité et tous ces moments vécus ensemble. Je ne les compte plus. C'est pour mon plus grand bonheur que nous nous suivons depuis notre rencontre au premier semestre de l'internat. Merci d'avoir accepté de partager cette aventure et ce précieux moment de fin de parcours avec moi. À notre amitié qui ne fait que commencer.

À Monique : merci pour ta bonne humeur toujours au rendez-vous, pour tous ces enseignements, cette transmission de ton savoir mais surtout de ton amour du métier.

À Bertrand : que j'ai eu le plaisir de rencontrer dans le cadre de ce travail de thèse. Merci pour ton investissement, tes conseils, ta disponibilité, et ton incroyable bienveillance.

À Cyriella et Nathanaëlle : sans qui je n'aurais jamais dépassé la PACES. Merci d'avoir été mes piliers.

À Alice et Laëtitia : pour tous nos souvenirs, de la primaire au lycée. Merci pour tous ces bons moments, merci de m'avoir permis d'évoluer à vos côtés, d'avoir gardé notre complicité et d'occuper toujours cette place aussi importante dans ma vie.

À Mathilde, Marie, Laure et Sylvie : ma deuxième famille. Merci pour toutes ces années, tous ces moments, ces voyages, ces repas, ces rires et ces larmes, ces épreuves surmontées ensemble. Merci d'avoir toujours été là, dans les meilleurs comme dans les pires moments et pour ce bonheur que vous m'apportez au quotidien. Merci d'avance pour toutes ces merveilleuses années à venir.

À la team de l'externat :

Léa pour ta jovialité et ton humour.

Lucile pour ce côté perché qui nous fait toujours autant rire.

Léo pour ton grand cœur et ton honnêteté.

Thibaut pour ton énergie débordante et ta folie.

Fabio pour tes aventures semblables à une télé-réalité.

Paul pour cette passion partagée pour les jeux et la photographie.

Jérémy, guide du vin, pour ton goût des bonnes choses.

Ludivine, Corentin, Victor, Guillaume, Bastia, Accarin, et Louis, pour tous ces merveilleux moments.

Aux Tarbais :

Théo pour ton humour, ta passion du sport que tu aimes tant nous partager via ce parfum si épicé.

Jean, mon deuxième petit frère, pour ton goût de la fête et ton écoute.

Nadia, ou devrais-je dire Nef, grande artiste encore méconnue avec qui je monterai une galerie d'art en cas d'échec de la médecine, merci d'être ce mélange si parfait entre tornade et douceur.

Manon l'intrépide, pour cette capacité à nous pousser à dépasser nos limites, merci pour toutes ces aventures passées et à venir.

Auréliane pour ton personnage si attachant, malgré ce dégoût incompréhensible que tu ressens constamment.

Élise, petite pépète, pour ta gentillesse et ton côté pétillant qui nous réchauffe le cœur.

Mathilde, pour ta sagesse et ta sérénité qui nous procurent un sentiment de quiétude et de chaleur.

Camille pour ton dynamisme et ta bonne humeur contagieuse.

Agathe, ma *vieille* amie, avec qui l'aventure a débuté dès ce stage en HTA. Merci pour ton authenticité et ta loyauté.

Jihann et Laurent, pour votre bienveillance et votre accueil toujours si chaleureux.

Daphnée, pour ta vitalité, ta gentillesse et ton humour qui font de toi une personne exceptionnelle et réconfortante.

Sean, pour ton côté attachant et amusant.

À Guillaume : mon coloc préféré, pour ces 6 mois vécus ensemble, ces repas, ces discussions, ces rires, et le fait que je sois aussi ta préférée.

Aux Albigeois :

Cerise pour ta personnalité si spéciale qui fait de toi une personne en or. Merci pour tous ces excellents moments passés pendant ces 6 mois d'internat et ceux qui ont suivi. Merci d'aimer autant la vie et ses aventures, et de me permettre d'avoir une place dans la tienne.

Céline, petit bijou de grande valeur, merci pour ta douceur, ta gentillesse et ton courage.

Alix pour ton esprit si ouvert, ta bienveillance, ta spontanéité, et ton éloquence si captivante. Merci de m'avoir permis de me lier d'amitié avec une personne si exceptionnelle.

Clément pour ta motivation infailible à passer du temps entre amis et ta bonne humeur.

Marion pour ta gentillesse et délicatesse.

Imen pour ton goût du partage et tes talents de cuisinière qui nous ont si bien réconfortés pendant ce semestre.

François T, grand professeur, pour tous tes avis si gentiment donnés sans jamais aucun jugement. N'y vois bien sûr aucune ironie.

Marie-Lu, Romain, Paul et François S, pour ce semestre incroyable passé à vos côtés.

Remerciements Lucie :

Célia : un très grand merci de m'avoir accompagnée dans cette aventure, que j'aurais eu bien du mal à mener à bien toute seule. Merci pour ton sérieux, ton implication et tes nombreuses compétences. Surtout, merci pour ton amitié si chère à mes yeux : de m'avoir accueillie à Tarbes par un bon plat de pâtes et pour tous ceux qui ont suivi, quelle chance d'avoir passé l'internat à tes côtés, d'avoir voyagé et tant partagé avec toi. Tu es formidable ! Je souhaite que tous tes projets se réalisent, en espérant secrètement qu'on soit voisines en vacances à Tahiti dans quelques temps !

A mes maitres de stage et collègues :

Dr Bertrand VALDEYRON : un immense merci pour tout ce que tu m'as apporté. Ce travail n'aurait pas vu le jour sans toi, tu nous as accompagnées et soutenues sans relâche, toujours avec bienveillance et pertinence. J'ai beaucoup appris et grandi à tes côtés, tu m'as aidée à prendre confiance, à découvrir différents horizons. Ton humanisme, ton engagement auprès de tes patients et confrères, tes connaissances et ton ouverture d'esprit sont des modèles pour moi. Merci pour votre gentillesse avec Nathalie, je vous apprécie beaucoup.

Dr Eric GAUDILLERE : vous êtes le premier à m'avoir fait découvrir la médecine générale avec une approche du métier qui m'a marquée de par votre humanisme et votre gentillesse. Merci beaucoup.

Dr Jean-Michel OSTERMANN : tu m'as ouvert les yeux sur d'autres horizons que la médecine et je te remercie pour cela. Tu m'as appris la rigueur de l'examen clinique que j'essaie de mettre en application au quotidien, mais aussi que l'on pouvait s'arrêter sur la route d'une visite pour prendre une photo si la lumière le permettait, comment bien mettre son descendeur et bien plus encore.

Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir permis de vivre cette magnifique aventure au Laos avec une formidable équipe, et pour tout ce que tu m'as apporté dans de nombreux domaines.

Dr Sandrine DUCHEIN : je suis très admirative de ton engagement dans tout ce que tu entreprends, que ce soit auprès des patients, de l'organisation du cabinet, de tes internes

etc... J'ai beaucoup appris à tes côtés et garde un très bon souvenir de ce semestre : merci pour tout.

Dr Laurent CHAMBERLIN : tu es une personne incroyable avec laquelle j'ai les meilleurs souvenirs de visites, en musique (longeant la Garonne, forcément !). J'ai découvert tant d'horizons à tes côtés ; en histoire, littérature, sport, musique ; j'ai l'impression d'avoir grandi en quelques semaines avec toi. Toujours avec bienveillance et très souvent avec humour, tu m'as transmis ton savoir en médecine que j'essaie de garder en modèle, que ce soit pour les prises en charge, la clinique, la connaissance des patients : j'apprécie beaucoup la relation que tu as tissé avec eux. Merci pour tout.

Merci à **Valérie** : tu as permis que j'aie quelques nouvelles grâce à l'engagement signé à écrire de temps en temps ; plus sérieusement merci à **Nelly** et toi pour votre accueil, votre gentillesse et vos rires, mon semestre n'aurait pas été le même sans vous. Merci à **Annabelle**, **Muriel** et **Renaud** : vous contribuez grandement au fait que je me sente bien à travailler à vos côtés.

Dr Sandrine DAVY : j'ai beaucoup apprécié ce semestre à tes côtés durant lequel j'ai pu gagner en autonomie et en confiance. Je garde en modèles ton dévouement, implication et ta gentillesse auprès des patients. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

J'ai d'excellents souvenirs de toute la maison de santé notamment mes journées avec Marie et la sympathie de tous les collègues, ainsi que des repas et discussions avec ta famille.

Dr Amélie ARNAUD : j'ai passé un très bon semestre à tes côtés, appréciant nos discussions de grand air et de voyages. J'ai beaucoup appris auprès de toi, ton écoute du patient et ta méticulosité dans les prises en charge me servent d'exemples. J'espère que nous aurons l'occasion de randonner très vite ensemble !

Dr Pascal VINAS : merci pour ta gentillesse, ton implication, ta transmission de savoir ; il est vraiment agréable d'apprendre et de travailler à tes côtés. J'ai également apprécié de pouvoir parler sport avec toi mais aussi la mise en pratique en fin de semestre ! Merci pour tout.

Merci à toute l'équipe du cabinet pour son incroyable accueil : **Adrian** pour ton rire et ta bienveillance, **Marielle** pour ta gentillesse, **Marie-Armelle** et **Cynthia** au top, Julie, l'équipe de kiné.

Dr Hélène RUSQUES : merci pour ce semestre où j'ai beaucoup appris de tes prises en charge, de ton implication admirable pour chaque patient. Merci pour ta bonne humeur et merci aussi pour les parties déjà mythiques de pétanque et le formidable accueil dont on bénéficie chez toi. J'espère avoir été une meilleure interne que partenaire MSA !

Dr Périne MANZONI : j'ai également bien progressé auprès de toi grâce à ta réflexion et ta minutie dans chaque situation, merci pour cela. J'apprécie nos discussions variées, promener Alba au marché et tes photos d'animaux.

Hélène et Périne: je suis très admirative de votre implication dans la vie du cabinet et de votre détermination dans les projets entrepris dernièrement, bravo pour tout cela. J'ai apprécié d'être votre interne pendant 6 mois puis votre collègue (ou grande SASPAS) où j'ai pu continuer de m'épanouir : merci à toutes les deux.

Alexis : formidable rencontre, merci pour ta bienveillance sans faille, ta gentillesse, tes blagues (euuh..!). J'apprécie beaucoup nos discussions, ton ouverture d'esprit, ton parcours et tes connaissances qui me servent de modèles : à bientôt à St Martory ... ou sur une île !

Yue : merci pour ta confiance, ton amitié, pour nos échanges, c'était vraiment chouette de travailler à tes côtés. J'espère que nous aurons l'occasion de réitérer cela.

Corinne : la vie du cabinet ne serait pas la même sans toi : merci pour ta gentillesse légendaire, pour le réconfort que tu procures, pour ton rire. Tu es une très belle personne ne change pas.

Merci à l'ensemble du cabinet pour son merveilleux accueil et sa bonne humeur quotidienne : Mélanie, Gaëlle, Noëlle, Christelle, Angélique, Maëlle, Elodie, Mélanie, Claire...

Aux différents services dans lesquels je suis passée :

Au CHU de Limoges : merci au **Dr Stéphane ORSEL**, vous êtes le premier à m'avoir accompagnée à l'entrée du domaine de la médecine, je garde d'excellents souvenirs du bloc et de l'ORL en général, merci.

Merci à tous ceux qui ont contribué à ma formation, j'ai apprécié chaque stage : en infectiologie merci à **Nina, Édouard** et **Matthieu** pour leur gentillesse, compétence et rires, en urologie pour la chouette ambiance et le bloc, l'hématologie, les urgences, la MPR, la CMF ...

Aux urgences de Bastia : et sa formidable équipe d'internes, merci pour votre accueil, j'ai beaucoup grandi en peu de temps à vos côtés. J'espère pouvoir revenir travailler ici un jour.

Aux urgences de Tarbes : j'ai passé l'un des plus beaux semestres à vos côtés, merci à toute l'équipe, para médicale et médicale, pour vos compétences, votre gentillesse, votre bonne humeur malgré les difficultés du terrain. Merci à l'équipe du SAMU auprès de laquelle j'ai adoré passer du temps. J'espère revenir vous voir bientôt. Merci également à toute l'équipe de pédiatrie de Tarbes, j'ai beaucoup appris de chacun de vous.

Aux services de gériatrie et de médecine interne/infectiologie d'Albi : merci aux médecins pour leur formation, aux équipes para médicales, à Fred la super secrétaire !

A l'équipe des urgences d'Albi : j'ai beaucoup apprécié de travailler auprès de vous où j'ai progressé grâce à vos compétences et votre pédagogie, que ce soit dans le service ou au SAMU, merci à tous.

A mes proches

A mes parents

Merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves, pour votre soutien et votre patience durant ces études ; c'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, celles du travail, de la générosité et de l'humilité. Vous êtes des modèles à mes yeux dans de nombreux domaines. Je vous suis extrêmement reconnaissante. Je vous aime.

Maman : merci pour tous les sacrifices que tu as faits pour nous, pour ta sensibilité. A défaut d'enseigner le P de Perrine et le C de Capucine j'ai choisi d'autres ouvrages tout en restant admirative des tiens. Merci pour tout ce que tu fais pour nous, en espérant que tu arrives à prendre plus de temps pour toi.

Papa : je suis très admirative de tous les projets que tu entreprends, de ta détermination. J'ai choisi un chemin différent de celui de la terre et des bêtes mais j'espère que tu es fier de moi. Merci pour tous les moments passés ensemble, notamment autour du sport, vivement les prochains.

A Astrid : merci pour ton soutien sans faille, pour ta confiance. Pour tous nos rires (sous un chapeau Maisadour, autour de crêpes à l'île d'O, dans un landau, en jouant à bip-bip), pour ton dévouement incroyable dans les buts (et Trezégueeeeeet), pour la coloc, pour nos vacances, nos appels : merci, tu es incroyable, tu m'apportes et m'inspires énormément. Je te souhaite d'être la plus heureuse, tu le mérites.

A Mamie : merci pour ton soutien, tes excellents mets qui m'accompagnent et qui m'ont donné des forces depuis toujours. Je suis admirative de ton entrain, de tout ce que tu

entreprends, ton énergie est source de motivation. Merci pour toutes les aventures vécues à tes côtés, vivement les prochaines !

A Annie : merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue, pour ta présence à mes côtés. J'apprécie nos discussions, le fait que tu me fasses découvrir plein de choses dans de nombreux domaines. Merci pour tout.

A mes cousins, cousines : Adèle, Baptiste, Camille, Eugénie, quelle chance j'ai d'avoir grandi à vos côtés. Vous êtes formidables et je souhaite à chacun le plus grand des bonheurs.

A mes oncles et tantes : Jean-Lou, François et Sonia, Alain, merci pour votre soutien et votre sympathie, j'apprécie chaque moment à vos côtés.

La famille Raymond : je garde de merveilleux souvenirs d'enfance à vos côtés, merci pour cela. Les cousins, merci pour vos conseils en foot : je peux continuer de m'amuser avec un ballon aujourd'hui grâce à vous !

Alain G : merci pour ta présence ; bravo pour ton travail dont je suis très admirative.

Clara : même si nous avons pris d'autres chemins, je n'oublie pas tout ce que nous avons partagé ensemble, tous nos rires (dans le bus, en cours – pas toujours des plus concentrées, c'était drôle), nos longues discussions que j'ai grand plaisir à poursuivre aujourd'hui. Merci pour cette très belle amitié, tu es formidable, je te souhaite beaucoup de bonheur.

Marine : merci pour cette incroyable amitié depuis toutes ces années, de la confection de limaces en colle aux bancs de la fac avec le Populaire en passant par les tribunes du CSP, les plages de Majorque, puis Venise et désormais Montréal, nous avons connu des aventures fantastiques. Je suis heureuse de te savoir épanouie de l'autre côté de l'océan et te souhaite encore plein de belles choses, tu es fantastique !

Céline : c'était chouette de pouvoir continuer les études ensemble après le lycée, quelle chance d'avoir été avec toi (et quel luxe de pouvoir communiquer par coups de balais d'un appart à l'autre !) ; merci, je souhaite que tes projets se réalisent.

Aude : que d'aventures depuis les concerts de Kyo dans la maison des petits mousses ! Félicitations pour ton parcours, je te souhaite beaucoup de belles choses avec Mathieu.

Gwendo : merci pour ton soutien durant ces années, j'apprécie ta gentillesse, nos discussions et rires sur et en dehors des courts. Que de mémorables souvenirs à tes côtés, vivement de nouvelles aventures ! Je te souhaite plein de bonheur avec coach Thibault !

Clément : merci d'avoir arrangé ma rencontre avec Roger, je n'oublierai jamais. A nos soirées (à moitié) assumées en veille de matchs, à ton imitation parfaite de l'éléphant de mer mais aussi à tes conseils littéraires : j'adore tout cela, ne change pas !

Elo : l'ambiance de la tente Marabout n'aurait pas été la même sans toi ... tout comme chacun de nos moments que ce soit en tournoi mais aussi en dehors. Les paninis Nutella sont fades quand tu n'es pas là. Pour tous ces bons moments et ceux à venir, merci Elo, tu es incroyable.

Et tous les copains (Math, Coralie, David, Steph, Thib, Beni, Amandine etc...) du Thiviers Tennis Club quel plaisir de vous retrouver à chaque fois, les entrainements du vendredi soir ont été une bouffée d'oxygène lors de ma première année (merci Marcel !). Je garde des souvenirs remarquables des tournées à Royan. Merci pour votre bonne humeur à tous, à très vite sur les courts.

Viviane : difficile de ne faire que quelques lignes ici pour exprimer toutes l'affection que j'ai pour toi, pour notre complicité, pour nos fou-rires innombrables, pour remercier appelons cela le destin d'avoir fait en sorte de te mettre sur ma route depuis Legendre. Tu es formidable, merci pour ton amitié exceptionnelle au quotidien, pour toutes nos péripéties, les gazelles de Corse en passant par le vélo en Bretagne en attendant le Vietnam. Merci également à toute ta famille qui me fait me sentir comme chez moi. Je souhaite que tous tes rêves se réalisent.

Yolaine : je ne pourrai jamais assez te remercier pour ton invitation en PACES, pour ton audace et ton altruisme qui ont permis une si belle amitié. Pour ton ouverture d'esprit, nos longues discussions, ton immense bonté, tu es une source d'inspiration. Merci à ta famille pour sa générosité, je te souhaite plein de bonheur.

Claire : une très belle rencontre, merci pour ton amitié, ta gentillesse, nos vacances à Majorque restent un beau souvenir, j'espère en partager plein d'autres à tes côtés.

Quitterie : les révisions n'auraient pas été les mêmes sans toi, merci pour ton humour et ta gentillesse, je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille.

Laura et Mathilde : je n'aurais pas réussi sans vous cette première année, merci d'avoir été là.

François : merci de m'avoir toujours tirée vers le haut et motivée, c'est en partie grâce à toi si j'en suis là aujourd'hui, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Merci pour ton amitié, nos discussions autour d'un petit verre, les beaux souvenirs de vacances, ton humour : je t'apprécie énormément et te souhaite le meilleur.

Adrien : par où commencer pour résumer ces années à tes côtés ? Peut-être par cette formidable coloc qui m'aura permis de bénéficier encore plus de toute ton amitié, de tes talents de cuisinier, de coach sportif (et bientôt de prof d'italien). J'apprécie ta gentillesse inégalable, nos longues discussions durant lesquelles tu m'apprends beaucoup, nos voyages bien sûr, ton humour et ton ingéniosité. Tu es formidable, merci pour tout.

Agathe : merci pour ton humour irremplaçable, ta bonté, ton amitié qui m'est si chère. Tu es une si belle personne, je t'adore.

Antoine : merci pour ton amitié fidèle, ta confiance, ta cuisine et ta moustache : champion ! Merci à Agathe et toi pour votre accueil toujours incroyable, que ce soit en Corrèze ou en Charente. J'ai hâte de franchir des cols à vos côtés.

L'absence du Geg dans les remerciements n'est pas une erreur : j'hésite encore à le citer, je réfléchis (n'oublions pas qu'il m'a mordu le nez).

Couss : tu auras réussi ton pari de (presque tous) nous faire venir à Toulouse, alors bravo et merci ! Merci aussi pour toutes les aventures passées et celles à venir, et à ta famille pour sa gentillesse. Plein de réussite dans tes projets.

John : ta gentillesse et ton amitié sont si précieuses, merci d'être si chouette ! J'ai adoré chaque voyage à tes côtés durant lesquels on a construit tellement de souvenirs : vivement les prochains ! Je te souhaite plein de bonheur, tu es fantastique.

Madel : merci de répondre toujours présent, tu es quelqu'un de confiance, de drôle, attachant, avec qui j'ai plaisir à discuter mais surtout apprendre des actualités sportives

(même si tu préfères le PSG à cette grande équipe de Bordeaux...). Sois heureux, tu le mérites !

Perrine : merci pour ta bonne humeur, ton rire, tu es pétillante ! Le séjour en Bretagne reste parmi un de mes plus beaux souvenirs. J'espère que nous nous retrouverons un jour à travailler ensemble dans un village de montagne.

Les pas capables du Congo : (on ne s'arrêtera pas sur ce nom), un merci du fond du cœur à chacun de m'avoir accueillie comme vous l'avez fait, avec votre bienveillance et votre humour si précieux. Tant de beaux souvenirs avec vous. Si les chemins se sont un peu éloignés du fait de nos parcours, sachez que je pense très souvent à vous, j'aimerais vous voir plus souvent (venez dans le Sud-Ouest !) :

Charlotte : merci pour ta bonne humeur, ton rire, ton insouciance et ton amitié. Ces années étaient merveilleuses à tes côtés, tu m'as beaucoup apporté. Je te souhaite plein de bonheur.

Chloé : merci pour ton humour, ta sensibilité et ta confiance. Tu es une très belle personne à qui je souhaite le meilleur.

Margaux : merci pour ta gentillesse, ton amitié ; je suis très touchée de te voir aujourd'hui maman épanouie. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Maxime et Mélie.

Julien : j'ai toujours en tête ce début de deuxième année où tu m'apprends être un fan d'Arsenal, où j'ai alors pensé « tiens il doit être sympa » et au final une touchante amitié grâce à ta bienveillance, ton humour. Je suis admirative de toutes tes connaissances dans de nombreux domaines, tu es incroyable. Je te souhaite le meilleur.

Karim : merci pour ton amitié, ta sympathie, pour toutes les soirées chez toi où nous avons partagé de nombreux rires tous ensemble : je t'apprécie beaucoup ne change pas, plein de bonheur pour la suite.

Mohammed : je suis très admirative de ton parcours, de ton courage, de ta générosité : tu es un modèle pour moi dans de nombreux domaines : je te souhaite plein de belles choses.

Thibaut : merci pour ta gentillesse sans faille, pour ton interprétation de « Mélissa » en pleine nuit dans une auberge d'Amsterdam c'était magique, pour ton rire ... tu es super, je te souhaite plein de bonheur avec Manon.

Camille : Je ne remercierai jamais assez le WEI et ce formidable hasard m'ayant permis de rencontrer la plus fabuleuse des filleules. Merci pour ton amitié, ton écoute, nos vacances, ta gentillesse, ta bienveillance, la coloc... quel bonheur de poursuivre nos aventures sur Toulouse ! Tu es fantastique ! Je te souhaite plein de bonheur.

Abdu : je te suis extrêmement reconnaissant d'avoir proposé l'idée de la coloc, j'ai passé une très belle année à tes côtés grâce à ta gentillesse sans égard, ta cuisine et tes talents de bricoleur : tu m'as beaucoup apporté. Tu es un ami incroyable, je souhaite que tous tes projets se réalisent.

Tous les limougeaudois qui m'ont permis de vivre 7 années inoubliables à vos côtés : **Eva, Eugénie, Sarah, Teddy, Samy, Kévin**, mais aussi **Jean** (pour ton côté paisible, ton humour, tes talents sportifs et ta grande gentillesse) c'était magique de regarder le Tour pendant la visite avec **Mathieu** (tes yeux de fin de soirée font partie intégrante de mon externat, c'était quand même chouette ces années à discuter du JA Isle et des lunettes de Fabien, je te souhaite un bon mondial).

A toute l'équipe de Tarbes : de mon accueil le premier dimanche soir par Manon, Tanguy et Guillaume jusqu'à la kermesse, en passant par le poulet du dimanche, le badminton, Koh-Lanta et « quelques » soirées... je n'oublierai jamais, merci à tous. Les 7 amis des urg : 7 mois de bienveillance et de solidarité, une amitié toujours intacte : vous êtes incroyables, merci pour tout.

Elise : impossible de résumer en quelques lignes seulement ces dernières années, formidables à tes côtés. La coloc avec toi n'était que bonheur, rires, échanges... c'était si bien, c'est passé trop vite. Merci pour ton amitié unique, pour ton écoute si précieuse, ta gentillesse, ton humour, ta confiance ... et j'en passe. Voyager à tes côtés est génial, vivement les prochaines aventures ! Je suis si heureuse de te connaître. Tu es rayonnante, je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

Daphnée : une personnalité incroyable, une générosité et ouverture d'esprit sans égales, une énergie en soirée rarement observée, merci pour ton amitié ! J'apprécie beaucoup tes conseils dans de nombreux domaines, jouer dans les vagues la nuit, faire quelques folies quand elles ne te mettent pas en danger (TC aux urg, presque fracture tibiale pré-tyrolienne). Merci pour ta poésie, tu es formidable. Plein de bonheur avec Sean que j'apprécie également beaucoup.

Mathilde : merci pour ta gentillesse, ton humour, nos discussions, la coloc (il faut vraiment aller à la Tantina sans tarder !). J'apprécie vraiment les moments passés ensemble que ce soit autour d'un bon resto, d'une table de jeux, lors de rando... J'ai goûté le meilleur aligot du monde grâce à toi donc merci pour cela mais merci surtout pour ton amitié. Je te souhaite plein de belles choses.

Camille : merci pour ta bonne humeur communicative, ta joie de vivre. J'espère que nous nous retrouverons un jour ensemble sur une île, peut-être pour faire de la médecine mais surtout de la rando et du parapente !

Jean : toujours le mot pour rire (ou presque !), et mon meilleur partenaire Jagger ! Merci pour ton amitié et ta confiance, j'espère un jour avoir la chance de faire un petit séjour UCPA avec toi.

Théo : merci pour les cours de sport, ta sympathie, ton humour et ta sensibilité. Si j'avais eu un frère, j'aurais voulu qu'il soit comme toi : à la fois fort et fragile (James Blunt sous les étoiles tmtc).

Manon : tu es un modèle de détermination, me poussant à me dépasser, à chercher à toujours faire mieux. Merci pour ta confiance, ton amitié si précieuse, pour nos voyages fabuleux et ceux à venir ... tu es incroyable, je te souhaite le meilleur.

Auréliane : Merci pour toutes les aventures vécues à tes côtés, de la tente partagée au Kili (inoubliable), aux soirées et randonnées, en passant par la spéléo (même si tu es une fille de la ville). J'apprécie beaucoup ton rire, ton amitié. Je te souhaite que tous les « tu préfères » de tes rêves se réalisent.

Nadia : merci pour ton amitié précieuse, ton rire communicatif, ton entrain dans tout ce que tu réalises, ton côté NEF... vivement la suite des aventures, celles passées sont déjà si belles ! Ne change rien.

Jihann: merci pour ton humour, ton ouverture d'esprit, votre gentillesse si touchante avec Laurent ; je vous souhaite beaucoup de bonheur.

Agathe : merci pour ton altruisme et ta bonté, vivement nos prochains we avec toute l'équipe !

Merci **Tanguy**, président mémorable, toujours bienveillant : nous aurons bien rigolé avec et grâce à toi, plein de bonheur pour la suite. Et au reste de l'équipe : **Oz, Flora, Emeline, Justine, Margaux, Kevin** etc...

Guillaume : Merci pour ton amitié, ta sensibilité, ta confiance. Tu es un ami formidable auquel je tiens beaucoup. Cette coloc avec Célia et toi n'était que du bonheur. En réalité, je crois que c'est moi ta préférée.

A l'équipe d'Albi :

Marion : un chouette semestre à tes côtés, la suite des aventures étant tout autant fantastique ! Merci pour ta gentillesse et ton humour, pour ce formidable voyage, nos petits resto et progrès en soccer, j'apprécie tous ces moments à tes côtés. Tous mes vœux de bonheur avec Nico.

Alix : le rayon de soleil, toujours de bonne humeur ! J'apprécie beaucoup ton ouverture d'esprit, ta détermination et ta bienveillance, c'est un bonheur d'échanger avec toi. J'espère que nous trouverons plus de temps à partager et me rassure en nous imaginant collègues au cœur du Comminges (ou ailleurs) !

Imen : notre maman à tous durant ce semestre, merci pour ta bienveillance, ta douceur, ta délicieuse cuisine (il faudra que tu m'apprennes), pour les leçons d'arabe (j'ai du travail.. !). Je te souhaite beaucoup de bonheur à toi et ta petite famille.

Cerise : c'est peu dire que notre semestre aurait été terne sans toi ! Merci pour l'ambiance, tes frasques, ton rire mais aussi ta bienveillance. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Céline dans la suite de vos aventures.

Etienne : j'ai adoré t'entendre dicter les courriers pendant trois mois, c'était rigolo. Heureusement que tu étais là, merci pour ta bonne humeur, nos discussions, les révisions ECG, j'espère qu'on se retrouvera parfois au SAMU. Bravo pour ton courage lors d'une soirée de la St Patrick, je vous souhaite à tous les deux beaucoup de belles choses.

Romain : mon pilier pour discuter foot et Francis, merci pour cela et ton humour, ta bienveillance.

Marie-Lu merci pour la musique et l'ambiance, **Clément** toujours le premier (avec Jean, pour qu'il ne soit pas vexé) à nous pousser en soirée, toujours avec le sourire, **Léo** merci pour ta gentillesse, **Paulo, François S**, c'était génial d'être à vos côtés.

A celles et ceux qui ne sont plus, j'espère vous avoir rendus fiers d'où que regardiez. Merci pour ce que vous m'avez apporté, je pense à vous.

A Francis et Roger, merci de m'accompagner (à moins que ce ne soit l'inverse) depuis le début.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES.....	5
I. Recherches bibliographiques.....	5
II. Choix de la méthode.....	5
III. Les entretiens.....	5
A. Population.....	5
B. Guide d'entretien.....	6
C. Déroulement des entretiens.....	7
IV. Transcription et Traitement des données recueillies.....	7
V. Analyse et Synthèse.....	8
VI. Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL).....	8
RÉSULTATS.....	9
I. Échantillon.....	9
II. Réponse à la question de recherche.....	11
A. VADP.....	11
a) Organisation des VADP.....	11
i. Place des VAD dans la pratique.....	11
ii. Planning des VADP.....	11
iii. Gestion du dossier patient VAD.....	13
b) Critères VADP.....	14
c) Avis personnel sur les VAD.....	15
d) Difficultés des VAD.....	16
i. Difficultés propres au médecin.....	16
▪ Contrainte de temps.....	16
▪ Contraintes géographiques.....	17
▪ Perte du confort du cabinet.....	17
▪ Manque de médecins.....	17
▪ Fatigue du médecin.....	17
▪ Conciliation de la vie professionnelle avec la vie familiale.....	18
ii. Difficultés en lien avec le patient.....	18
▪ Difficultés propres à une patientèle âgée en VAD.....	18
▪ Crainte de l'abus du patient.....	18
e) Particularité des VAD en EHPAD.....	19

i.	Organisation des VAD en EHPAD	19
ii.	Difficultés des VAD en EHPAD	19
iii.	Avis sur les VAD en EHPAD	20
B.	VADNP	21
a)	Organisation des VADNP	21
i.	Organisation des demandes de VADNP	21
ii.	Organisation personnelle face aux demandes de VADNP	22
b)	Critères décisionnels face à une demande de VADNP	23
i.	Critères d'acceptation	23
ii.	Motifs de refus des VADNP	24
c)	Difficultés des VADNP	26
i.	La VADNP, solution de dernier recours	26
ii.	Difficultés organisationnelles	26
iii.	Difficultés liées aux demandes tardives	27
iv.	Contrainte de raccourcir le temps de pause	27
v.	Difficultés relatives à l'acte lui-même	27
vi.	Difficultés liées au patient	28
vii.	Difficultés relatives au mode d'exercice	28
d)	Éléments facilitant les VADP et VADNP	29
e)	Alternatives aux VADNP	30
f)	VADNP faites pour les confrères	31
i.	Organisation des cabinets de groupe dans la réponse aux VADNP	31
ii.	Difficultés et freins des VADNP réalisées pour un confrère du cabinet	32
g)	VADNP hors cabinet	32
i.	Fréquence des VADNP hors cabinet	32
ii.	Critères de VADNP HC	33
iii.	Difficultés et freins propres aux VADNP HC	33
C.	Évolution	35
a)	Évolution de la place des VAD depuis l'installation des MG	35
i.	Augmentation des VAD depuis l'installation et leurs causes	35
ii.	Diminution des VAD depuis l'installation et leurs causes	35
iii.	Stabilité des VAD depuis l'installation et leurs causes	37
b)	Et après ?	37
i.	Perspectives d'une augmentation à venir du nombre de VAD et leurs causes	37
ii.	Perspectives d'une diminution de nombre de VAD et leurs causes	38
c)	Ressenti des médecins sur l'évolution des VAD	39
D.	Solutions évoquées pour améliorer la réponse aux VADNP	40
a)	Propositions de changement à l'échelle du cabinet	40
b)	Propositions de changement à l'échelle de la CPTS	41
i.	Instauration d'un interlocuteur unique pour la gestion des demandes de CNP et VADNP	41
ii.	Instauration d'une « Permanence » en journée type MG mobile	41

iii.	Instauration d'une « Permanence » en journée type Point fixe de CNP	43
c)	Délégation des tâches.....	43
d)	Autres idées évoquées.....	44
i.	Transport pris en charge par l'Assurance Maladie	44
ii.	Véhicule Léger de Médecine Générale	45
iii.	SOS médecins	45
iv.	Gestion des EHPAD par un médecin coordonnateur	45
v.	Valorisation financière	45
vi.	Former plus de médecins	45
vii.	Changement du côté des patients	46
viii.	Supprimer les VAD	46
ix.	Projet de participation au SAS 31	46
e)	Freins au changement de pratique.....	46
f)	Sur le plan personnel.....	47
i.	Souhait de maintenir une organisation individuelle	47
ii.	Engagements personnels	48
	DISCUSSION	52
	I. Forces et limites	52
	A. Forces.....	52
	B. Limites.....	53
	II. Analyse et confrontation aux données de la littérature	54
	A. La visite à domicile aujourd'hui.....	54
	B. Les visites à domicile non programmées.....	55
	a) Organisation des VADNP.....	55
	b) Difficultés des VADNP.....	56
	C. Critères décisionnels des VADNP.....	58
	D. Qu'est-ce qu'une VADNP justifiée ?.....	60
	E. VAD incompressibles.....	61
	F. Solutions proposées.....	62
	a) Réorganisation à l'échelle du cabinet.....	62
	b) Perspective d'une gestion territoriale des VADNP.....	62
	c) Délégation des tâches.....	64
	d) Développement de la télémédecine.....	65
	e) Autres solutions évoquées.....	65
	f) Freins au changement de pratique.....	67
	G. Et après ?.....	67
	CONCLUSION	69
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES selon vancouver	70
	ANNEXES	74

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les soins non programmés	3
-------------------------------------	---

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	10
--	----

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : E-mail de présentation	74
Annexe 2 : Guide d'entretien initial	75
Annexe 3 : Guide d'entretien modifié version 1	79
Annexe 4 : Guide d'entretien modifié version 2	83
Annexe 5 : Guide d'entretien modifié version 3	86
Annexe 6 : Formulaire d'information et de consentement	89
Annexe 7 : Extrait d'entretien retranscrit intégralement	91
Annexe 8 : Extrait brut du tableau d'analyse Excel®	93
Annexe 9 : Accord de conformité du CNIL	94
Annexe 10 : Avis favorable du Comité d'Éthique	96
Annexe 11 : Grille COREQ	97

LISTE DES ABREVIATIONS

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNP : Consultations Non Programmées

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IDE : Infirmière Diplômée d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

PSU : Praticien de Soins d'Urgence

SAS : Service d'Accès aux Soins

SNP : Soins Non Programmés

VAD : Visite à domicile

VADNP : Visite à Domicile Non Programmée

VADNP HC : Visite à Domicile Non programmée Hors Cabinet

VADP : Visite à Domicile Programmée

VLMG : Véhicule Léger de Médecine Générale

INTRODUCTION

Définition générale

La médecine générale est une discipline orientée vers les soins primaires. C'est une discipline assurant habituellement le premier contact avec le système de soins et ouverte à tous les patients quels que soient : leurs motifs de consultation, leur âge, leur sexe ou toute autre caractéristique. Elle a plusieurs missions comprenant, entre autres : la gestion des problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient, la promotion et l'éducation à la santé ; et ce grâce à un mode de consultation spécifique permettant la construction dans la durée d'une relation médecin-patient toute particulière.

Le Médecin Généraliste (MG) soigne les personnes dans leur contexte familial, communautaire et culturel en intégrant toutes les dimensions qui entourent le patient (1).

Il est ainsi l'un des rares spécialistes à pouvoir consulter le patient au sein de son intimité, chez lui.

La Visite à Domicile (VAD) est définie dans la littérature comme une visite effectuée par un médecin au domicile du patient, généralement en contact avec le patient mais aussi parfois entre le médecin et la famille du patient.

Historique des visites à domicile

La VAD est ancrée dans l'histoire de la médecine. Hippocrate, considéré comme le « père de la médecine », écrivait au IV^{ème} siècle avant JC : « Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs » (2).

Peu de données décrivent la pratique de la VAD durant les siècles qui ont suivi, même si les tenues et masques portés lors des différentes épidémies de peste au Moyen-Âge laissent à penser que le médecin se rendait directement chez les malades en tentant de se protéger de la maladie. Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que la littérature nous dépeint le quotidien du MG notamment lors de ses « tournées » comme le décrit Balzac dans « Le médecin de campagne » (3).

Le nombre de ces VAD diminue progressivement au XX^{ème} siècle avec le développement de structures médicales : c'est désormais le patient qui se déplace sur un lieu de soins. Ces dernières années ont connu une diminution drastique de ce chiffre d'après un état des lieux des VAD réalisé en 2016. En effet, le pourcentage des VAD sur la totalité des actes était en 1980 de 38 %, en 1997 de 26,7 %, et en 2010 de 12 % puis de 8,8 % en 2016 (4). Ceci pourrait s'expliquer par deux raisons :

- L'accord national de Bon Usage des Soins (AcBus) de 2002 visait à diminuer le nombre de VAD. L'arrêté du 26 août 2002 a défini des critères spécifiques justifiant le déplacement pour établir la majoration de déplacement « MD » et conditionner son remboursement (5).
- La diminution du nombre de MG exerçant en libéral d'après la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2020 (6).

Depuis 2012, le nombre total de médecins a progressé de 4,5 %. Au cours de cette période, le nombre de MG a stagné (+ 0,7 %), tandis que le nombre de spécialistes des autres disciplines a progressé de 7,8 %. Parallèlement, le nombre de médecins libéraux n'a pas évolué (+ 0,04 %), et l'on observe une baisse du nombre de MG exerçant en libéral (- 2 %). Ce phénomène ajouté à l'augmentation de la population entraîne donc une baisse de la densité médicale (7).

On note de manière parallèle un vieillissement de la population avec une estimation selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) d'un doublement de la population âgée de 75 ans ou plus, tandis que le nombre de personnes de plus de 85 ans pourrait quadrupler. Tout ceci risque donc d'accroître la demande des VAD, les personnes âgées étant les principales concernées par le sujet (4)(8).

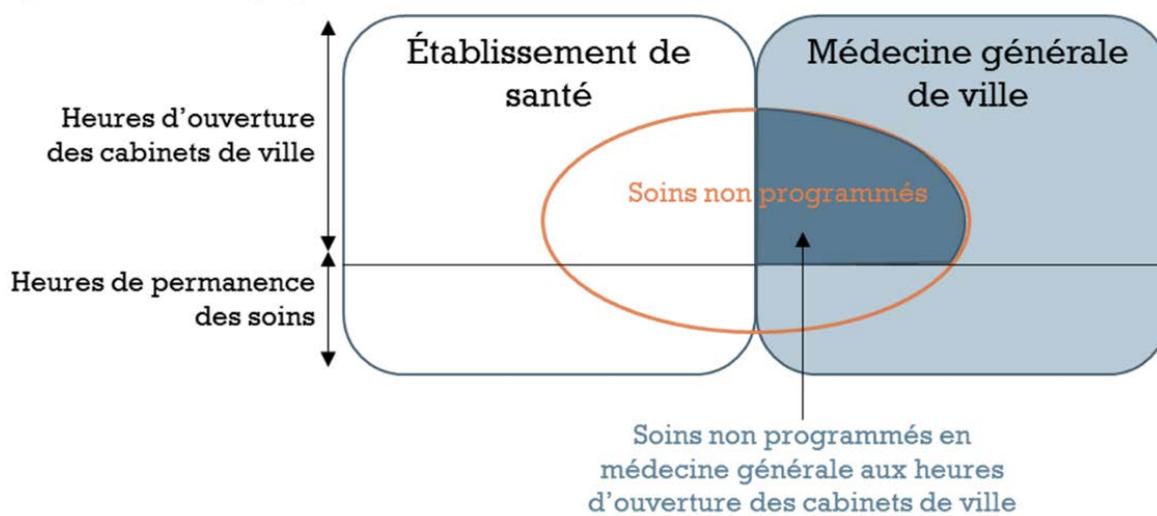
Place des Consultations Non Programmées (CNP) :

Il apparaît alors que les MG sont et seront confrontés à la difficulté à répondre à l'ensemble de la demande de soins. En effet, selon une étude de la DREES de 2020 (9), 7 MG sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 80 % des MG indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients. Malgré ces difficultés, ils parviennent néanmoins à faire face à la demande de CNP, 8 MG sur 10 déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement (10). D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, en 2019, pour 4 MG sur 10, les CNP représentent 30 % ou

plus de leur activité lors d'une semaine ordinaire. Pour 1 sur 10, elles en représentent moins de 10 % (10).

Pour évoquer les soins urgents, non programmés dans la pratique quotidienne du MG, nous avons volontairement choisi d'employer le terme CNP plutôt que celui de Soins Non Programmés (SNP). Le terme « SNP » est largement utilisé actuellement pour désigner la problématique des demandes de soins non programmés nécessitant une régulation, puis de leur effecton dans le cadre expérimental du SAS (Service d'Accès aux Soins), aux heures d'ouvertures des cabinets médicaux donc hors PDSA. Le terme SNP est ainsi souvent associé à celui d'« urgences », mais les soins urgents ne le sont pas toujours d'un point de vue strictement médical, et constituent un sous-ensemble des demandes de soins pris en charge par le SAS, dans les territoires où il est déjà déployé. Aujourd'hui, la mention des SNP apparaît plus souvent dans le cadre de documents traitant de ce dispositif global et expérimental, le Service d'Accès aux Soins, qui intègre les 2 régulations, de médecine générale et d'urgence du 15, mais aussi l'effecton de ces demandes régulées soit par les MG volontaires, soit par les SAMU et les structures d'Urgences en établissement (11). La figure 1 illustre l'ensemble complémentaire des dispositifs du SAS (11)(12).

Fig1 Les soins non programmés



La prise en charge de ces demandes de SNP concerne les consultations et non particulièrement les VAD, qui sont bien connues pour être plus chronophages.

Si plusieurs travaux dans la littérature explorent l'organisation des MG face aux demandes de CNP en dehors des horaires de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), la place spécifique des VAD Non Programmées (VADNP) dans leur pratique quotidienne reste peu évaluée.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les pratiques et les difficultés des MG libéraux à répondre à la demande spécifique des VADNP, hors PDSA et hors régulation médicale.

L'objectif secondaire est de recueillir les solutions proposées par les MG pour répondre à cette demande.

Nous avons choisi de centrer notre travail sur le territoire du Lauragais que nous connaissons pour y être passés en stage et qui regroupe, selon nous, une patientèle et des pratiques de la médecine variées. Nous nous intéresserons donc au secteur de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Portes du Lauragais.

MATERIEL ET METHODES

I. Recherches bibliographiques

Nous avons effectué une recherche bibliographique sur le thème de la VAD afin d'étudier les différents écrits sur le sujet. Initialement, il nous a été difficile de trouver des études sur le sujet précis des VADNP. Nous avons défini comme mots clés à notre recherche que sont : « médecin généraliste », « visite à domicile » et « soins d'urgence ». La participation à un atelier de recherches à la Bibliothèque Universitaire Santé de Toulouse nous a été très bénéfique. En effet, nous avons pu étoffer notre recherche bibliographique grâce à l'utilisation de nos mots-clés (également traduits en anglais) sur les moteurs de recherche suivants : PubMed®, Cochrane®, Embase®, Web of Science®.

Nous nous sommes également appuyées sur la lecture de précédentes thèses sur le sujet.

Nous avons utilisé le logiciel Zotero® pour structurer notre bibliographie.

II. Choix de la méthode

Nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. Cette méthode est particulièrement intéressante pour mettre en avant des facteurs subjectifs par essence plus difficiles à quantifier.

Cela nous a paru plus pertinent car permettant une plus grande liberté de parole et d'expression afin d'appréhender au mieux d'éventuelles difficultés rencontrées par les MG pour la réalisation de ces VAD « en urgence » et recevoir de manière plus détaillée le vécu de leur expérience personnelle.

III. Les entretiens

A. Population

Nous avons tout d'abord listé les communes regroupant la future CPTS des Portes du Lauragais. Par la suite, nous nous sommes aidées de l'annuaire de l'Assurance Maladie pour

trouver les noms et coordonnées professionnelles des MG de chaque commune, que nous avons classés dans un tableau.

Le Dr Valdeyron, notre co-directeur de thèse et médecin de la CPTS, a pris un premier contact par mail avec les MG, en transmettant notre projet de thèse et de notre désir de les contacter afin de leur proposer un entretien. Nous avons eu accès aux coordonnées mails des MG ayant exprimé au Dr Valdeyron un avis favorable au projet.

Nous avons alors mailé à chacun des MG volontaire notre sollicitation précise (par mail contact – disponible en Annexe 1), leur proposant de nous rencontrer dans le cadre de notre travail sur les VADNP dites urgentes. Nous sommes volontairement restées évasives sur le contenu, afin de ne pas biaiser l'entretien. N'ayant pas obtenu assez de réponses par mail, nous avons par la suite contacté les médecins directement par téléphone professionnel via leur secrétariat, ce qui nous a permis d'obtenir le nombre d'entretiens nécessaire à notre travail de recherche.

Nous ne déclarons aucun lien particulier avec les participants de l'étude.

Nous avons retenu les variables suivantes pour réaliser l'échantillonnage selon le principe de variation maximale : âge, sexe, mode et lieu d'exercice. Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à saturation des données.

B. Guide d'entretien

Nous avons construit notre guide d'entretien selon 5 axes nous paraissant importants à aborder (le premier guide d'entretien est disponible en Annexe 2) :

Le guide d'entretien débutait par des questions simples permettant d'établir les caractéristiques du MG interrogé dans le cadre de l'aspect sociologique de notre étude puis suivaient quatre parties portant sur notre question de recherche. La caractérisation du type de patientèle était libre, variable selon les impressions des MG : urbaine, rurale, semi-urbaine pour une patientèle qui tend vers l'urbain, semi-rurale pour une patientèle qui tend vers le rural.

La première partie portait sur l'organisation du MG concernant les VAD Programmées (VADP), dites « non urgentes ». La deuxième concernait l'organisation des VADNP, dites « urgentes ». La troisième partie interrogeait les MG sur les éventuelles difficultés qu'ils avaient pu rencontrer pour la prise en charge de demandes de VADNP en urgence. Enfin, nous abordions dans la quatrième partie leur regard sur l'évolution de la prise en charge de ces VADNP et les éventuelles solutions qu'ils pourraient proposer pour en améliorer les réponses.

Nous avons réalisé un entretien test auprès d'un MG afin de valider sur le plan pratique la compréhension et la bonne fluidité des questions. Cela nous a permis d'apporter quelques modifications à notre guide initial (le guide d'entretien modifié est disponible en Annexe 3). Les données de cet entretien test n'ont pas été exploitées.

Nous avons, par la suite, apporté d'autres modifications. Nous avons ajouté des questions telles que les modalités de mise à jour du dossier patient en VAD, ainsi que d'autres questions qui pouvaient avoir un impact sur l'organisation du MG : le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU), et l'existence ou non d'une activité hors cabinet (guide d'entretien modifié version 2 disponible en Annexe 4). Enfin, la dernière modification a cherché à préciser la part des VADNP parmi le nombre de VAD réalisées par semaine (guide d'entretien modifié version 3 disponible en Annexe 5).

C. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu dans l'endroit choisi par le MG interrogé, la plupart du temps au sein de son cabinet médical.

Nous avons informé au préalable chaque MG de l'anonymisation des données.

Nous avons rédigé un formulaire d'information et de consentement expliquant notre étude et notre démarche de recherche (le formulaire est disponible en Annexe 6).

Les entretiens ont été réalisés avec l'une ou l'autre des deux chercheuses et le MG.

Chaque entretien était enregistré sur nos smartphones grâce à l'application "Dictaphone".

Des notes ont été prises en direct tout au long de chaque entretien afin de retranscrire également le langage « non verbal ».

IV. Transcription et Traitement des données recueillies

Dans la semaine suivant la réalisation de l'entretien, nous en faisons la retranscription mot pour mot sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® (un extrait de retranscription est disponible pour exemple en Annexe 7) Pour cela, nous nous sommes parfois aidées du logiciel en ligne OTranscribe®. Nous notions également toutes les expressions du visage, silences et autre langage non verbal telle que l'attitude de notre interlocuteur au cours de l'entretien recueilli. Afin de limiter au maximum la perte de données non verbales, chaque entretien a été retranscrit par la chercheuse ayant dirigé l'entretien.

V. Analyse et Synthèse

Par la suite, nous avons codé ces données dans un tableur Microsoft Excel® (un extrait du tableau d'analyse est disponible en Annexe 8).

Pour cela, nous avons essayé de mettre en évidence dans chaque entretien des “mots-clés” et unités de sens, extraits du verbatim, que nous avons classés par grands thèmes, ou sous-thème dans le tableur général.

VI. Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL)

Notre travail a obtenu l'accord de conformité CNIL à la méthodologie de référence MR004, par le DPO du Département Universitaire de Médecine Générale le 31/12/2022, sous les numéros 2022TC118 et 2022EL119 (documents d'accord disponibles en Annexe 9). Nous avons effectué une demande auprès du Comité d'Éthique du Collège National des Généraliste Enseignants. Nous avons obtenu un avis favorable : Avis n°101122422, du 25/11/2022 (Avis favorable disponible en annexe 10).

RÉSULTATS

I. Échantillon

Onze entretiens ont été réalisés de janvier à mai 2023. Nous avons interrogé 11 MG : 3 femmes et 8 hommes. Leur âge était compris entre 33 et 70 ans. Quatre participants étaient MSU. Nous avons essayé d'obtenir la meilleure diversité au sein de notre échantillon en variant les profils des MG interrogés que ce soit au niveau de leur type de cabinet (médecin seul, MSP etc...), de leur âge, mais aussi de leur répartition géographique.

La durée moyenne des entretiens était de 25 minutes, le plus court a duré à peine 12 minutes et le plus long près de 36 minutes.

Tous les MG participants sollicités ont accepté de participer à l'étude et aucun n'a exprimé le souhait d'en être exclu.

La saturation des données a été obtenue après dix entretiens, puis confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

Les données sociologiques de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11
Sexe	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme
Age	42 ans	36 ans	57 ans	47 ans	70 ans	55 ans	33 ans	41 ans	64 ans	70 ans	36 ans
Patientèle	Semi-urbaine	Urbaine	Semi-rurale	Semi-urbaine	Semi-urbaine	Urbaine	Semi-urbaine	Semi-rurale	Semi-urbain	Urbaine	Semi-rural
Enfants au domicile	4	2	0 (2 grands)	3	0 (3 grands)	0 (3 grands)	0	2	0	0	1
Durée d'installation	2,5 ans	8 ans	25 ans	9 ans	45 ans	22 ans	4 ans	8 ans	25 ans	37 ans	2,5 ans
Type de cabinet	Groupe, future MSP	Collaboratrice d'un cabinet de groupe	Cabinet de groupe pluri professionnel	Seul avec un collaborateur 1 jour / semaine	Groupe (un associé)	Seule	Cabinet de groupe (4 associés)	Cabinet de groupe pluri professionnel	Seul	Seul	Groupe (2 médecins)
Heures travaillées / semaine	50	31	50	40 et plus	45	48	40	39	60	60	25
Nombre de VAD / semaine	2 à 3	2 max	10 à 15	Entre 2 et 8	2	2	Entre 1 et 5	10	10	2 à 3	3
Nombre de VADU / semaine	-	-	-	-	-	-	-	2 à 3	1	2 à 3	1
Patientèle > 80 ans	5,88%	7,7 %	14,4 %	5,16%	5,7%	3,9 %	5,4 %	10 %	10%	7-8%	5%
MSU	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Inscription au SAS 31	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui
Participation PDSA	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Organisation PDSA	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Garde au cabinet	Non	Gardes au cabinet
Activité hors cabinet		Non	Non		Non	Non		Non	Non	Non	Oui
Durée de l'entretien	21 : 43	17 : 43	32 : 27	25 : 19	33 : 42	24 : 54	18 : 09	31 : 33	11 : 57	18 : 47	35 : 35
Chercheuse ayant réalisé l'entretien	Les deux	Célia	Célia	Lucie	Célia	Célia	Lucie	Célia	Lucie	Célia	Lucie

II. Réponse à la question de recherche

A. VADP

a) Organisation des VADP

i. Place des VAD dans la pratique

Quatre MG ont mis en avant l'importance des VAD dans leur pratique : "c'est un acte important"(M2) ; "une valeur importante" ; "place relativement importante"(M3). L'un des MG a noté son sentiment d'implication dans la réalisation de ces visites : "je suis prêt et je m'implique personnellement" (M3), notamment du fait de son nombre important de VAD "je fais partie des médecins qui sont les plus impliqués dans la visite à domicile." (M3).

L'un nous a indiqué que cet acte n'était pas contraignant dans sa pratique "je suis pas trop embêté". (M4) ; un autre l'a mis sur le même plan que les consultations : "Comme les consultations " (M10) avec toutefois un côté plus familial : "un peu plus familiales on va dire" (M10).

À l'inverse, cinq autres MG ont déclaré consacrer une faible part de leur temps dans la réalisation des visites "je fais très peu de visites" (M2) ; j'en ai pas tellement énormément" (M4), "en moyenne très peu" (M5) ; "Très peu" ; "2 ou 3 par semaine" (M10) un MG déléguant même cela à ses confrères "j'ai deux associés qui font presque toutes les visites" (M2). Un autre essaie de réduire le plus possible cet acte "limiter au maximum". (M5)

ii. Planning des VADP

La majorité des MG interrogés a mis en place des créneaux dédiés aux VAD même si ceux-ci varient entre chaque MG.

Au sein de la semaine, quatre MG ont indiqué faire des VAD quotidiennement : "tous les jours ça peut se faire" (M5) ; "tous les jours" (M6) tandis que quatre autres ont organisé leurs visites sur des demi-journées dédiées : "j'ai des demi-journées où je peux le faire sans

problème" (M1) ; "le mercredi après-midi c'est qu'une plage de visites" (M7) ; "J'ai des demi-journées que j'essaie de dédier" (M11). Un MG a positionné les plages de VAD sur deux jours dédiés "créneaux dédiés le mardi et le jeudi" (M2).

Un seul MG n'a pas défini de créneaux pour ses VAD : "Non non" (M10).

L'organisation du planning des VAD est indissociable de celle des consultations, l'un n'allant pas sans l'autre dans la journée du MG. Ainsi, trois MG ont déclaré consulter parfois sans rendez-vous : "je consulte sans rendez-vous euh... sans rendez-vous tous les matins" (M3) ; "cet après-midi je suis sans rendez-vous." (M5) tandis que d'autres ont exclusivement des consultations programmées, chose vue d'un œil critique par M5 : "donc ils font que sur rendez-vous, ils vont, ils ont une gestion du temps donc qui est pas aussi correcte". Alors que certains ont des journées de consultations très chargées : "je passe 10h par jour ici, 12h" (M10), d'autres ont choisi une organisation commune au cabinet afin de permettre un roulement pour les consultations urgentes : "On bosse quatre jours sur sept, et on tourne sur les jours de repos et comme ça c'est le... l'un voit les urgences de l'autre etc" (M8) dans un but probable de prévenir un épuisement professionnel comme le souligne ce médecin : "On est des gens qui travaillent pas mal, donc je suis pas... et si je suis encore là sans burn out à 70 ans c'est bien parce que j'ai fait ça depuis 45 ans. Sinon, si j'avais travaillé toute la journée je serais plus là. Ou alors je serais déjà à la retraite" (M5).

Au sein de la journée, l'organisation a présenté des différences entre les MG. La majorité d'entre eux a choisi de positionner ses VAD entre les dernières consultations du matin et les premières de l'après-midi, les horaires variant quelque peu entre midi et quinze heures: "juste le midi" (M2), "les visites à domicile sont casées entre midi et deux" (M3) ; "j'essaie de faire en programmant entre midi et deux" (M4) ; "c'est toujours entre 13 et 15 heures" (M6) ; "moi je le fais entre midi et deux en course" (M11) c'est-à-dire le plus souvent sur la pause repas : "oui c'est la pause repas" (M8), qui a été quelques fois sacrifiée par un médecin : "je n'ai pas forcément le temps de manger des fois" (M8), même si d'autres ont indiqué prendre le temps de manger : "bon je mange quand même" (M3) ; "J'y vais après manger" (M2).

Un MG a choisi de programmer ses VAD le matin avant les consultations et en début d'après-midi "avant 10h le matin et avant 16h l'après-midi" (M9).

De manière très exceptionnelle, trois MG nous ont dévoilé faire des VAD en soirée : "qu'il y a eu 36 urgences dans la journée que je peux pas passer entre midi et deux je passe le soir." (M8) ; "en 22 ans une fois, ou deux d'aller le soir après les consult "(M6), l'un d'eux se

retrouvant parfois à faire les visites ... avec son fils ! "quand je suis en galère j'amène mon fils (rires) je passe le récupérer et on y va ensemble." (M11).

Un MG a au contraire une préférence pour les VAD le soir : "à 10h du soir peu importe" (M10) voire même parfois le dimanche : "J'passe des fois le dimanche (sourire)" (M10). Les programmations des VAD n'ont pas été arrêtées au préalable comme cela a été rapporté les autres MG (à savoir une organisation sur des créneaux dédiés aux VAD) mais ont été décidées lors d'un passage fortuit devant le domicile du patient : "C'est pas vraiment programmé parce que bon c'est comme ça... je passe devant leur maison, y'a la voiture, je descends" (M10).

Même s'il a été mis en avant par un MG la nécessité d'anticiper les demandes de VAD à domicile : "prévoir à l'avance" (M6), quitte à éduquer sa patientèle à prévenir en amont : "je demande aux gens d'appeler le matin à 8h, ou de le prévoir s'ils le savent à l'avance, de prévoir à l'avance" (M6), il est arrivé que certains créneaux dédiés aux VAD soient restés vacants. Ces derniers ont alors été remplacés par des consultations ou du travail administratif : "bah soit je remplace par des consultations, soit je fais la paperasse" (M6).

Enfin, deux MG ont mis en avant la place des saisons dans leur organisation personnelle des visites. En effet, les périodes d'épidémies entraînant un nombre de consultations beaucoup plus important, cela s'est répercuté sur les VAD avec souvent plus de demandes également : "je fais beaucoup plus de visites l'hiver que l'été" (M8) ... ou moins : "quand c'est l'été je fais en gros entre midi et trois... et l'hiver entre midi et deux" (M4).

iii. Gestion du dossier patient VAD

Concernant la gestion du dossier du patient vu en VAD, certains médecins nous ont indiqué préparer la VAD en amont, notamment en regardant le dossier et ses derniers éléments (biologies, courriers etc...) mais aussi en imprimant l'ordonnance avant de consulter : "avant de partir je regarde aussi si il y a de la biologie récente, je regarde si euh... si y'a des courriers importants" (M3) ; "si c'est pour un renouvellement d'ordonnance on le sait par téléphone, donc j'imprime déjà l'ordonnance en partie etc...si y'a une biologie je l'imprime avant de partir" (M5) ; "Si c'est des renouvellements en plus je fais d'abord le... l'ordonnance pour l'apporter bien imprimée." (M6)

Les MG nous ont spécifié que la plupart du temps (sauf pour deux d'entre eux qui n'ont pas de dossier au domicile du patient : "Non j'ai pas" (M11), le dossier patient était laissé sur place : "J'ai un classeur avec des fiches bristol dedans" (M3) ; "qu'ils ont souvent des cahiers

là-bas, infirmier" (M8), notamment chez les patients aux lourds antécédents : "diabétiques, personnes âgées, ils ont un classeur" (M4) ; "oui c'est qu'ils sont vraiment en maintien à domicile" (M5).

Les informations concernant la consultation ont été retranscrites dans le logiciel au retour de la visite pour 6 MG : "je fais des photos... et je les intègre au dossier" (M4) ; "Je le fais ici au retour" (M5) ; "j'y reviens et je le note sur l'ordi" (M6) ; "Je reviens, je le mets sur l'ordinateur." (M10) ; "Quand je suis chez les gens j'essaie d'y penser avant ou après au moment où je note la facturation dans le dossier patient." (M11). Un médecin a précisé qu'il ne retranscrivait ses notes uniquement si cela était important : "sauf quand il y a des choses nouvelles, ou des choses à surveiller" (M8).

Deux MG ont déclaré ne pas retranscrire dans le logiciel : "... j'écris pas forcément ici" (M8) ; "Pas forcément non" (M3), l'un d'eux mettant en avant le fait de ne pas avoir de version en ligne de son logiciel : "je peux pas avoir une version en ligne disponible de mon logiciel" (M3).

Un autre MG ne pouvait retranscrire la visite par manque de temps : "je note pas forcément ici parce que j'ai pas le temps en fait" (M8).

Ceci a mis en avant le fait d'avoir un dossier médical moins complet en VAD qu'en consultation : "Le dossier médical est quand même autrement plus fourni euh... en consultation" (M3).

b) Critères VADP

Nous avons questionné les MG sur les critères les motivant à effectuer des VAD. Presque tous ont indiqué que cela était avant tout destiné aux patients à mobilité réduite : "je fais les visites uniquement pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer" (M1) ; "des gens qui peuvent pas se déplacer c'est sûr que on fait quoi hein ?" (M5) ; "qui sont alités, et qui peuvent plus venir quoi ? ..." (M11), appuyant ainsi sur le côté essentiel de cet acte : "pour ceux qui ne peuvent pas se déplacer, oui oui {c'est un acte essentiel}" (M1). Quelques MG ont tenu à préciser que la diminution de la mobilité pouvait être en lien avec une pathologie aiguë : "si vraiment problème aigu qui les empêche de, de venir" (M1) mais aussi par l'absence de proches pouvant les conduire au cabinet : "n'ont pas forcément quelqu'un de la famille disponible pour les amener au cabinet" (M3). Deux MG ont désormais refusé de se déplacer si le patient était en capacité de venir : "... ce qui aujourd'hui n'est plus acceptable." (M3) ; "je ne vais chez eux que quand ils ne peuvent pas se déplacer" (M11). Le dernier MG rencontré a souligné qu'il était normal pour lui de suivre (notamment en VAD) les patients

se trouvant dans le secteur du cabinet : "ils sont à côté de mon cabinet j'estime que c'est à nous, médecins à côté du cabinet de prendre les gens à côté du cabinet." (M11).

Aussi, tous ont énoncé la nécessité de ces VAD pour les patients âgés : "sont des patients euh bah euh... à 99,99% âgés voire très âgés" (M3) ; "les patients âgés grabataires qui peuvent pas se déplacer ..." (M7) ; "les papis mamies du coup ils peuvent pas se déplacer jusqu'ici" (M8).

Un MG a indiqué la nécessité de rendre visite aux patients en fin de vie : "Ouais les personnes en fin de vie " (M7), et aux patients isolés : "les patients qui sont isolés ça c'est...Pour eux c'est difficile " (M7).

Enfin, un médecin a comparé ses critères d'acceptation de VAD à ceux qu'il a pu rencontrer en garde notamment : "quand c'est vraiment indispensable, et des gens qui peuvent pas se déplacer c'est sûr que on le fait quoi hein. Comme dans la PDSA"(M5).

c) Avis personnel sur les VAD

Nous avons vu précédemment que trois médecins ont mis en avant l'importance de la visite à domicile dans leur pratique : "Une valeur importante" ; "c'est essentiel oui" (M3), certains allant même plus loin en parlant d'acte noble : "une spécificité noble" (M3) ; "Théoriquement, c'est une chose noble" (M10) et non dégradant : "c'est pas dégradant que de faire la visite à domicile" (M3). Deux d'entre eux ont appuyé sur le côté essentiel de cet acte, notamment pour les personnes âgées à mobilité réduite : "essentiel pour les personnes âgées" (M4) ; "pour la majorité c'est justifié en fait parce qu'ils peuvent plus se déplacer sur le cabinet." (M8), et pour l'accès aux soins : "c'est nécessaire, pour euh les patients et leur accès aux soins ouais"(M3) ; "Parce qu'ils veulent pas changer de médecin et... voilà" (M10).

Deux MG ont avancé que les VAD étaient spécifiques à la médecine générale et le rôle propre du médecin traitant : "je crois encore à la place du médecin traitant. Je crois que ça a encore du sens" ; "bon moi je trouve que la visite à domicile c'est... une spécificité, une des spécificités de la médecine, de notre spécialité". (M3) ; "après ce que je trouve c'est le rôle... c'est vrai que c'est une part... pour moi c'est normal... ça fait partie des pratiques normales quoi, prendre des gens." (M11), ce dernier insistant sur le côté "normal" de l'acte : "Je trouve que c'est normal", telle une suite logique du patient suivi en consultation au cabinet : "quand on prend des gens et qu'on suit des gens, c'est normal de les accompagner à la maison de retraite ou les accompagner à domicile en tant que médecin généraliste" (M11).

Deux MG ont déclaré apprécier les visites : "C'est... parfois, souvent agréable (sourire), " ; "j'apprécie, régulièrement, pas toujours mais régulièrement, de faire des visites à domicile" (M3) ; "C'est pas l'envie qui me manque" (M10), un autre les a considérées utiles : "mais utiles" (M8). D'autres ont trouvé un intérêt à voir les patients chez eux : "c'est toujours intéressant de faire des visites quand on connaît pas les gens de voir un peu leur environnement" (M5) ; "... j'aime bien voir les gens chez eux" (M10) ; "ça me renseigne sur pas mal de choses." (M10), permettant parfois de nouer une relation particulière avec le patient par rapport aux consultations "classiques" au cabinet pour un MG : "les relations sont différentes" (M3) et les patients en seraient reconnaissants selon une personne interrogée : "les patients savent que c'est précieux "(M3). Deux MG ont tenu à préciser qu'ils étaient plus attachés aux patients suivis à domicile : "j'ai pas le même attachement que mes patients ici qui sont chez eux à domicile que je connais depuis 20 ans et" (M6) ; "Et que je veux pas laisser tomber" (M10).

Enfin, un MG a mis en avant l'intérêt pédagogique des visites, en tant que maître de stage : "l'interne SASPAS je tiens à ce qu'elle fasse de temps en temps des visites" (M3).

Toutefois, quatre MG ont déclaré ne pas porter une affection particulière aux visites : "je suis pas trop visite" (M2) ; "c'est pas forcément le plus intéressant " (M7) ; "J'aime pas (rires)" (M6). Un autre a évoqué l'aspect financier de cet acte : "Ça fait un coût pour la société qui n'est pas forcément justifié " (M4), un autre mettant en avant la faible rémunération pour la réalisation des visites : "je suis désolée c'est pas contributif (rires), ou alors faut qu'ils me la payent à 70€ mais... " (M6).

d) Difficultés des VAD

i. Difficultés propres au médecin

▪ Contrainte de temps

Tous les MG ont été d'accord sur un point : les VAD sont chronophages : "c'est tellement chronophage" (M1) ; "c'est très chronophage" (M2) ; "Ça prend du temps" (M5) ; "c'est quand même très chronophage ça prend du temps "(M7) etc... D'autant plus que cet acte chronophage s'ajoute à un emploi du temps déjà chargé : "j'peux pas, j'ai pas le temps"

(M10). Un médecin a souligné que parfois, une simple visite pour renouvellement pouvait se transformer en visite plus complexe avec des problématiques aiguës se rajoutant au motif initial : "des fois c'est des visites programmées mais qui quand on arrive chez eux ben y'a des trucs non programmés chez eux" (M8).

▪ **Contraintes géographiques**

Un MG a trouvé contraignant l'éventuel éloignement entre deux VAD consécutives : "comment on fait une visite sur les coteaux, c'est pas sur le même secteur " (M4), tandis qu'un autre a mis en avant ses difficultés à trouver le lieu de la VAD : "quand j'ai commencé, le, le problème de la visite à domicile quand j'ai commencé c'était de trouver les gens et donc de pas passer trop de temps à chercher" (M3). Cependant, cette difficulté a eu tendance à s'amender avec le temps via une meilleure connaissance du patient : "Aujourd'hui ce problème ne se pose plus" (M3).

▪ **Perte du confort du cabinet**

Certains MG ont expliqué se sentir moins à l'aise chez le patient qu'au cabinet. L'un d'entre eux a noté une perte d'information par rapport à une consultation hors visite : "Il y a une perte d'information" (M7). Un autre s'est trouvé en difficulté hors de l'environnement rassurant du cabinet, perdant ses repères habituels : "c'est pas la même pratique, parce que on a pas notre, nos repères habituels"(M3). Enfin, il a été noté comme inconfort des VAD que l'examen clinique y était moins soigneux qu'au cabinet : "il vaut mieux que l'examen soit mieux fait au cabinet que en visite hein... En visite ça peut être très rapide comme, comme examen quoi. "(M5) ; "c'est pas là qu'on examine le mieux les patients " (M7).

▪ **Manque de médecins**

Un MG avait des difficultés à trouver de la place pour programmer certaines VAD, attribuant cela entre autres au manque de praticiens : "on n'est pas dans un désert médical mais ça finit par bloquer" (M4).

▪ **Fatigue du médecin**

Un MG a avoué considérer les VAD comme fatigantes et épuisantes sur le plan émotionnel : "Bah... c'est... usant" ; "Ça fait partie des choses qui me fatiguent. Voilà." ; "Ca fait partie

des choses qui sont difficiles à gérer euh.. même émotionnellement parce que c'est fatigant en fait" (M8).

- **Conciliation de la vie professionnelle avec la vie familiale**

Deux MG ont souligné leurs difficultés par moment à concilier les demandes de VAD avec leurs obligations personnelles notamment familiales : "c'est mardi jeudi ou je finis très tard donc du coup ça veut dire que j'vais en visite à 21h donc c'est vraiment euh la galère" ; "soit c'était euh bah je récupère les enfants" (M2) ; "moi le soir j'ai mon, j'ai mon enfant à aller chercher à la crèche" (M11).

ii. Difficultés en lien avec le patient

- **Difficultés propres à une patientèle âgée en VAD**

Un MG interrogée a mis en avant une plus grande difficulté face aux personnes âgées vues en VAD. Selon elle, ces VAD prendraient plus de temps que les autres : "Ils perdent tout, donc il faut refaire tout" (M8) et cela engendrerait une charge de travail plus conséquente : "Ils sont tellement lourds que j'ai l'impression que c'est beaucoup ! (Rire)"(M8).

Ce MG a évoqué la nécessité de devoir répéter les choses plusieurs fois pour ces patients et en ressentir une certaine fatigue : "comme ils sont un peu plus séniles il faut... c'est assez fatigant dans le sens où faut répéter. " ; "Au-delà de voilà de devoir répéter les choses dix mille fois (Rire). " (M8)

- **Crainte de l'abus du patient**

Concernant les demandes de VAD, un MG a craint que les patients puissent faire des demandes abusives : "comme tout le monde, qu'ils abusent pas" (M4).

À l'inverse, un autre a trouvé que sa patientèle ne faisait pas de demandes excessives : "Franchement sur les visites y'a pas d'abus" (M6).

e) Particularité des VAD en EHPAD

i. Organisation des VAD en EHPAD

Concernant l'organisation des visites en Établissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes (EHPAD), trois MG ont déclaré ne pas avoir (ou alors très peu) de patients en EHPAD: "j'ai pas de patients à l'EHPAD" (M2) ; "je vais pas beaucoup en EHPAD et tout ça " (M6) ; "Mais à l'EHPAD par exemple j'y vais plus" (M10), l'un d'eux expliquant les avoir confiés à ses confrères du cabinet : "L'EHPAD c'est vraiment mes collègues qui y ont repris tous mes patients" (M2), ces derniers en voyant en conséquent beaucoup plus : "ils ont une grosse patientèle donc euh c'est... j crois qu'ils en voient euh une vingtaine" M2. Ainsi, ce MG a expliqué demander aux patients de changer de médecin traitant lors de leur entrée en EHPAD : "dès que mes patients en fait partent en maison de retraite, j'les préviens que je pourrai pas les suivre parce que ce sera mon collègue qui y va" (M2). Ce praticien a précisé ne voir alors que les patients chez eux, hors établissement : "j'ai des patients euh, à domicile" (M2). Un autre MG a préféré, quant à lui, demander à son ami médecin de l'EHPAD de prendre le relais dans la suite de la prise en charge de ses patients une fois ces derniers acceptés en établissement : "S'ils sont à l'EHPAD je dis à un copain, que t'es là-bas, et il prend mes patients... " (M10). A l'inverse, l'un des MG interrogés a indiqué effectuer la majorité de ses VAD en EHPAD : "la maison de retraite ce qui est la majorité de mes visites" (M11).

Deux MG ont précisé mettre à jour le dossier patient directement sur le logiciel de l'EHPAD : "c'est déjà mis souvent sur le logiciel aussi à l'EHPAD."(M6) ; "quand c'est en maison de retraite... je mets en maison de retraite c'est quand même la moitié de mes visites" (M11) et ainsi ne pas retranscrire les informations dans le dossier patient du cabinet : "... si c'est fait à l'EHPAD c'est rare que je remette à jour ici" (M6).

ii. Difficultés des VAD en EHPAD

Les VAD effectuées en EHPAD n'ont pas échappé à la contrainte du temps évoquée par deux MG trouvant ces visites particulièrement chronophages: "quand on arrive en EHPAD, en maison de retraite, on voit pas qu'un seul patient (...) et du coup on reste 3h" (M2) ; "entre aller voir la patiente, discuter d'abord avec l'infirmière, tout rentrer sur leur logiciel qui à

chaque fois est différent, plus les trajets euh" ; "en EHPAD c'est trop chronophage vraiment" (M6). Un MG a précisé être encore plus exposé aux sollicitations dans cette structure, ceci pouvant entraîner un rajout de patients à ses visites déjà prévues : "ils nous accrochent pour deux autres euh" (M2).

Ces MG ont également mis en avant de plus grandes difficultés organisationnelles en EHPAD, notamment au niveau du travail d'équipe avec les paramédicaux : "ils nous rappellent, des fois ils font pas les trucs qu'on leur demande... on leur dit de faire un bilan, finalement ils l'ont pas fait (...) on attend les résultats finalement on les a pas" (M2) ; "discuter d'abord avec l'infirmière, tout rentrer sur leur logiciel qui à chaque fois est différent" (M6). Un autre a précisé que son organisation des visites en EHPAD était compliquée par le rythme de vie de l'établissement : "on arrive ils sont en train de manger ... en balade" (M4).

Ces VAD se sont révélées être une grosse contrainte organisationnelle à la fois sur le plan professionnel avec une prise de retard dans les consultations : "on reste 3h, du coup on commence les consult en retard" (M2) mais aussi personnelle, le MG évoquant une pratique incompatible avec sa vie de famille : "j'y arrivais pas" ; "parce qu'en fait les patients en maison de retraite clairement, ils appelaient à 8h, fallait que j'aille chercher mes enfants" ; "c'était pas faisable après les consult" (M2).

iii. Avis sur les VAD en EHPAD

Deux MG ont reconnu ne pas apprécier les visites en EHPAD : "moi j'aime pas trop, j'ai du mal" (M2) ; "Et en EHPAD c'est toujours euh..." (M6). Les raisons de cette dépréciation ont pu trouver leur source dans le fait que les patients vus en EHPAD seraient moins connus du médecin : "ceux que j'ai en EHPAD actuellement je les connaissais pas avant" (M6) mais aussi qu'il y serait moins attaché : "j'ai pas de... je sais pas comment dire... d'attachement ouais c'est ça" (M6). Néanmoins, ce MG a reconnu le caractère incompressible selon elle des VAD en EHPAD : "Après en EHPAD y'a pas le choix "(M6).

B. VADNP

a) Organisation des VADNP

i. Organisation des demandes de VADNP

Pour la grande majorité des MG interrogés, les demandes de VADNP passaient par le secrétariat uniquement : “Ils appellent la secrétaire” (M1) ; “c'est les secrétaires qui s'en occupent” (M2) ; “j'envoie au secrétariat” (M4) ; “c'est filtré par le secrétariat ” (M7), qui a servi alors de filtre aux multiples demandes : “mes secrétaires bloquent à notre patientèle” (M2) ; “c'est filtré par le secrétariat” (M7). Un MG a souligné la bonne connaissance des patients de la part des secrétaires : “elles connaissent bien tous les patients les secrétaires” (M2). Certains ont déclaré pouvoir faire des exceptions notamment pour les patients sourds/muets où ces derniers pouvaient avoir accès au téléphone personnel du MG pour faciliter les échanges : “j'ai deux patients qui ont mon SMS mais c'est des sourds muets” (M6). Deux MG préféraient le contact direct patient-médecin : “Donc c'est contact direct.” (M5) ; “Beh sur mon téléphone fixe ou portable ils ont les deux ouais” (M9), estimant que les demandes étaient mieux filtrées avec cette méthode, en comparaison aux sites de prise de rendez-vous en ligne par exemple : “ça fait différent que s'il prenait un rendez-vous directement sur internet... enfin indirectement sur internet en disant je veux une visite” (M5). Pour deux autres MG le contact s'effectuait soit par le secrétariat soit par le médecin de façon indifférente : “mes patients ont mon numéro de portable professionnel” (M3) ; “Par le secrétariat” (M3) ; “Soit ils arrivent à avoir les secrétaires, ce qui devient de plus en plus difficile {...} soit j'ai un téléphone pro. Voilà.” (M8). Un MG utilisait un système de boîte vocale automatisée pour recueillir les appels et demandes de VADNP, avec un possible transfert de l'appel sur le téléphone professionnel du MG en cas d'urgence : “Alors euh nous euh on a "MadeforMed", c'est un système de prise de rendez-vous en ligne par boîte vocale automatisée...” (M11) ; “mais par contre, s'il y a une urgence ou quoique ce soit, ils peuvent nous contacter nous avoir directement au téléphone” (M11).

Dans la quasi-totalité des cas, la décision finale d'accorder la VADNP était prise par le MG : “c'est moi qui décide, c'est pas la secrétaire, si c'est vraiment un critère d'urgence ou pas” (M1) ; “c'est moi qui décide de les faire ou pas” (M4) ; “C'est moi. Donc les secrétaires m'appellent quand il y a une demande de visite, et euh... je leur dis oui ou non” (M6). Cependant un MG permettait aux secrétaires ou à ses collègues d'inscrire directement la

VADNP au planning du jour sur les créneaux dédiés s'ils étaient vacants : "le mardi-jeudi forcément elles m'le mettent" (M2) ; "ça peut être mes collègues aussi" (M2).

Les demandes de VADNP étaient plutôt faites le matin : "je demande aux gens d'appeler le matin à 8h" (M6), rarement l'après- midi : "C'est quand même extrêmement rare" (M3). Un MG demandait à ses patients d'anticiper au maximum les VAD afin de les prévoir à l'avance et d'appeler tôt le matin pour faciliter l'organisation : "je demande aux gens d'appeler le matin à 8h, ou de le prévoir s'ils le savent à l'avance, de prévoir à l'avance" (M6).

Pour certains MG ces demandes sont restées rares, pour un autre elles ont été presque systématiquement refusées : "C'est rare mais ça peut arriver" (M9) ; "Ils appellent mais je, je dis non" (M10) ; "Si ils peuvent pas, je peux pas me déplacer non plus" (M10).

ii. Organisation personnelle face aux demandes de VADNP

Pour la plupart des MG, les VADNP étaient assurées sur les mêmes plages horaires que les VADP entre les consultations du matin et celles de l'après- midi, par des créneaux dédiés pour certains : "{des créneaux qui sont entre midi et deux vous avez dit?} ouais voilà" (M2) ; "j'arrive à intégrer entre midi et deux des fois" (M4) ; "entre midi et deux" (M7) et sur la pause repas pour d'autres : "je peux la faire entre midi et trois heures" (M5) ; "Moi les pauses que j'ai entre midi et 3h, j'y tiens beaucoup tu vois" (M5), quitte à parfois la supprimer au profit des VAD : "je n'ai pas forcément le temps de manger des fois" (M8). Il était aussi possible de remplacer ou remettre à plus tard une VADP pour pouvoir faire la VADNP : "je peux décaler une visite prévue pour un renouvellement de traitement qui n'est pas urgente" (M3) ; "quand j'ai pas le temps, je les fais passer entre midi et deux, et je vais faire le reste le soir" (M8).

Certains MG n'avaient pas de réticences à les effectuer le soir après les consultations : "sinon et bah j'y vais après les consult" (M1) ; "le faire après les consultations quoi" (M5) ; "Le soir... le soir c'est 10h quoi. 9h30 ou..." (M10), alors que pour d'autres, cet horaire tardif était rare et peu apprécié, voire incompatible avec la vie de famille et ne se justifiait que si la demande était réellement urgente : "C'est une fois ou deux par an" (M3) ; "Je fais rarement des visites après le soir ou quoi que ce soit quoi" (M6) ; "en 22 ans une fois, ou deux d'aller le soir après les consult" (M6) ; "J'aime pas trop y aller le soir" (M8) ; "parce que moi le soir j'ai mon, j'ai mon enfant à aller chercher à la crèche." (M11) ; "c'était pas faisable après les consult {...} c'était euh bah je récupère les enfants" (M2) ; "Quand c'est hyper urgent" (M8). Le MG restait donc relativement flexible dans son emploi du temps pour répondre à

ces demandes de VADNP : “si c’est pas une urgence vitale, j’essaie si possible d’y aller entre midi et deux et euh sinon et bah j’y vais après les consult” (M1). Les MG ayant des demi-journées ou des créneaux sur certains jours dédiés aux VADP privilégiaient généralement ces créneaux-là pour effectuer les VADNP : “Mais sinon les autres jours le mardi, mercredi et jeudi j’arrive à m’organiser parce que euuh j’ai des demi-journées où je peux le faire sans problème.” (M1) ; “ {donc euh vos visites urgentes vous les faites sur vos créneaux euh...} du mardi-jeudi” (M2).

Un MG expliquait réaliser parfois des VADNP sur les créneaux de consultations en cas de créneaux vacants : “je vois que j’ai un trou ... je vais faire la visite si c’est à côté” (M4), un autre évoquait la possibilité de décaler des consultations pour pouvoir effectuer la VADNP : “on décale 1h de consult” (M2), enfin, un MG déclarait interrompre ses consultations en cas de besoin : “Je mets un panneau dans la salle d’attente je dis je reviens dans une demi-heure voilà.” (M9).

Pour la majorité des MG, les VADNP étaient toujours assurées : “ouais la plupart du temps j’y arrive” (M3) ; “j’ai toujours la place quoi” (M5), voire même toujours acceptées : “Je les accepte toujours” (M7) ; “Je les accepte (rire). Vraiment hein, mais vraiment” (M8), alors que pour un autre elles étaient presque toujours refusées : “Ils appellent mais je, je dis non” (M10).

b) Critères décisionnels face à une demande de VADNP

i. Critères d’acceptation

De façon générale, les patients vus en VADNP étaient souvent ceux vus en VADP : “des patients que je vois d’habitude à domicile et qui me demandent une visite urgente j’y vais.” (M7) ; “c’est très rare hein que ce soit des patients euh que je vois inhabituellement parce qu’ils viennent” (M8). Cependant des exceptions étaient possibles, par exemple pour les personnes âgées venant habituellement au cabinet, étant temporairement dans l’impossibilité de se déplacer dans le cadre d’une pathologie aiguë, ou, pour un MG, dans le cas d’une mère d’enfants en bas âge souffrante : “ça peut arriver des patients âgés, qui, quand ils sont malades peuvent pas se déplacer” (M3) ; “après ça m’arrive des fois de faire des exceptions pour des mamans seules qui ont 2-3 enfants en bas âge” (M6).

Pour la totalité des MG interrogés, l’impossibilité du patient de se déplacer ou de se faire amener au cabinet était un critère indispensable pour justifier la VADNP : “Dont l’état de santé ne leur permet pas de se déplacer” (M3) ; “les papis mamies du coup ils peuvent pas

se déplacer jusqu'ici, et donc forcément quand ils sont malades bah c'est chez eux (rire).” (M8) ; “qui ont personne pour les amener” (M3).

L'âge élevé et la présence de comorbidités étaient également des facteurs déterminants, qui primaient sur le motif lui-même : “Mais... globalement j'vais dire les plus de 75 ans j'y vais sans faire de difficultés” (M6) ; “si c'est pas un chez un papi de 80 ans qui a des, des comorbidités... j'irai pas quoi” (M8) ; “Pour une même symptomatologie, je me déplacerais plus chez le patient euh, le patient âgé avec des comorbidités que chez le patient bien portant et jeune” (M8). Pour un MG l'âge élevé n'était pas indispensable à la VADNP : “ {il vous arrive d'aller voir des enfants en VAD} Ah oui bien sur” (M9).

La justification médicale était un critère souvent mentionné, avec le motif et la notion d'urgence : “si c'est justifié j'y vais” (M4) ; “bah les critères d'urgence” (M1) ; “est ce que c'est quelque chose qui peut être réglé plus tard” (M1) ; “si y'a des critères de gravité ou pas (M4) ; “voilà puis enfin le motif” (M7).

Pour justifier le déplacement du MG, le motif devait être une pathologie aiguë, potentiellement grave, telle qu'une infection par exemple, et l'urgence devait être gérable en ambulatoire : “Vraiment il faut que ce soit de l'aigu” (M8) ; “l'aigu grave, potentiellement grave mais gérable en ambulatoire. Voilà.” (M8) ; “Généralement c'est des infections” (M9). Une bonne connaissance de l'état général du patient, ainsi que sa pathologie était également un des critères mentionnés par les MG : “Si on connaît le patient on dit ouais je vais y aller” (M5) ; “je l'appelle au téléphone et s'il me dit, je pense que je fais encore de l'insuffisance cardiaque euh ou j'en sais rien, je peux d'abord appeler l'infirmière” (M2).

ii. Motifs de refus des VADNP

Pour l'ensemble des MG interrogés, les VADNP ont été systématiquement refusées si le patient était mobile ou en capacité de se faire amener : “patients qui sont, sont comme j't'ai dit qui sont transportables” (M1) ; “les refus c'est quand je considère qu'ils peuvent venir” (M7) ; “elle était en capacité de monter dans une voiture et de venir ici” (M3). Les demandes émanant de patients jeunes en bonne santé, souvent considérés comme toujours mobilisables, se sont également soldées en refus : “J'fais jamais de visite à domicile pour les patients jeunes” (M3) ; “Moins de 75 ans... si c'est des gens mobiles qui vont faire des randos euh hein... Ils vont venir ici (rire).” (M6) ; “pour les enfants ça par contre c'est zéro à chaque fois par contre” (7) ; “Les patients jeunes peuvent toujours se déplacer” (M3).

Le degré d'urgence était déterminant dans la prise de décision. En effet, une situation d'urgence vitale ou la présence de critères de gravité relevant d'une hospitalisation ont

également amené à un refus de la VADNP, afin de privilégier le transfert direct du patient vers le secteur hospitalier : “... si on voit au téléphone que c’est vital on dit appelez le 15 quoi” (M5) ; “Après quand c’est extrêmement urgent et que je sais que finalement je vais l’envoyer aux urg, il va aux urg directement” (M8) ; “si c’est urgent ça relève d’une hospitalisation” (M3) ; “les infirmières la trouvaient très fatiguée, euh... très algique, donc pareil on a appelé les ambulances pour la faire hospitaliser et je suis pas passée la voir.” (M6). Un MG a réduit l’urgence en médecine à l’urgence vitale : “l’urgence en médecine c’est risque vital” (M10). Pour identifier au mieux ces situations urgentes et éviter le déplacement inutile du MG, la qualité de la régulation par téléphone avait toute son importance : “je trouvais ça bizarre une visite à 17 ans, je comprenais pas pourquoi il fallait que j’y aille. (...) Une visite, mal à la tête, 17 ans, passe-moi la mère (rire), voilà.” (M2) ; “j’avais fait appeler le 15 (...) c’était une méningite ” (M2). A l’inverse, l’absence de critères d’urgence, ou de justification médicale telle qu’une douleur chronique ou une pathologie virale non grave, ou un retour d’hospitalisation ont aussi été mentionnés comme motifs de refus : “je considérais pas que c’était urgent” (M6) ; “Si elles sont pas justifiées hein” (M8) ; “Pas de justification médicale” (M3) ; “des douleurs chroniques, que, un beau jour la personne ne le supporte plus, non ça non plus j’irai pas” (M8) ; “si on m’appelle pour une gorge qui gratte depuis la matinée sans fièvre etc... j’irai pas.” (M8) ; “si elle a la grippe, elle attendra” (M4) ; “Il rentre de l’hôpital donc euh” (M6). Il en a été de même si le patient avait déjà été évalué par un médecin : “en fait, elle avait aussi appelé le SOS... et le SOS m’a parlé, il m’a dit que c’est rien.” (M10).

D’autres demandes ont été refusées car la gestion était possible à distance par téléphone : “est-ce que c’est quelque chose que je peux régler à distance ?” (M1) ; “on a géré par téléphone” (M6).

Certains refus de VADNP étaient liés à des causes plus organisationnelles, tels qu’un emploi du temps trop chargé, un manque de temps, un problème avec le véhicule du MG, ou encore un appel trop tardif dans la journée incompatible avec des obligations personnelles prioritaires : “j’étais plein évidemment j’ai dit je peux pas” (M4) ; “sauf que ce jour-là, vraiment je n’avais pas de voiture” (M6) ; “il appelle à 17h un vendredi soir là c’est mort j’y vais pas” (M7) ; “je devais aller, j’avais mon emploi personnel, toujours mon cher fiston (rires) et j’ai, j’ai pas, je ne suis pas allé la voir” (M11).

Une MG a évoqué qu’elle avait déjà refusé une VADNP chez un patient ayant eu un comportement agressif envers le personnel soignant paramédical : “j’ai une infirmière qui n’a plus voulu aller chez un de mes patients parce qu’il l’a séquestrée (...) donc j’ai dit à mon patient que je ne viendrai plus chez lui...” (M6).

Le refus de la VADNP était généralement un accord entre le patient et le MG, ce dernier proposant une alternative à la VAD s'il ne pouvait pas la réaliser : "c'est un accord entre moi et le patient" (M3).

c) Difficultés des VADNP

i. La VADNP, solution de dernier recours

Pour la plupart des MG, la réponse à ces demandes de VADNP s'accompagnait d'une certaine difficulté, excepté pour l'un d'entre eux : "non y'a pas tellement de difficultés" (M5). Ces difficultés mentionnées par les MG ont été multiples. De façon générale, la VADNP était la solution de dernier recours, après avoir recherché des solutions alternatives : "S'il est pas transportable euh ou que personne peut l'amener à ce moment-là, bah j'y vais" (M1) ; "Quand, quand c'est vraiment indispensable et des gens qui peuvent pas se déplacer, c'est sûr que on les fait quoi hein" (M5) ; "Et je vois avec lui s'il faut, si c'est vraiment urgent, est ce qu'il faut vraiment se déplacer, est ce que quelqu'un peut l'amener, est ce que, est ce qu'il est transportable, est ce que quelqu'un peut l'amener." (M1).

ii. Difficultés organisationnelles

L'une des principales contraintes a été organisationnelle, avec la difficulté d'intégrer la VADNP au planning de VADP déjà rempli : "L'organisation" (M3) ; "je peux pas passer ... j'avais déjà une visite" (M4), ou de trouver un créneau pour cet acte particulièrement chronophage dans une journée de consultations déjà bien dense : "un quart d'heure pour y aller, un quart d'heure là-bas, un quart d'heure pour revenir" (M10) ; "c'est des jours où je fais que des consults non-stop" (M1) ; "Pas le temps. Le temps. On n'a pas le temps" (M8). Des MG ont souligné la majoration de ces difficultés en période hivernale en lien avec les épidémies virales : "par exemple les périodes hivernales ça peut aller jusqu'à euh... six, sept non programmées dans la semaine, en plus" (M8). Lorsque les MG parvenaient à intégrer ces VADNP à leur emploi du temps, cela avait pu avoir comme conséquence des difficultés supplémentaires, comme une prise de retard dans leur planning : "Ça nous met à la bourre. Ça nous met à la bourre après tout le reste du planning." (M8). Pour appréhender au mieux ces difficultés en lien avec le manque de temps, un MG a insisté sur l'importance d'avoir

une bonne gestion du temps : “garder une gestion du temps, voilà c’est ça. C’est ça le plus important” (M5).

iii. Difficultés liées aux demandes tardives

Une autre catégorie de difficultés était liée au moment où les demandes de VADNP étaient faites. En effet la formulation de ces demandes l’après-midi a rendu l’organisation de ces VAD plus difficile : “Si ils m’avaient appelée après midi et deux (...) C’était foutu” (M2), car leur réalisation le soir était impossible pour certains MG qui donnaient la priorité à leurs obligations familiales : “soit c’était euh bah je récupère les enfants” (M2) ; “moi le soir j’ai mon, j’ai mon enfant à aller chercher à la crèche” (M11). D’autres MG ont expliqué terminer trop tard leur journée de consultations pour réaliser une VADNP en suivant : “c’est mardi - jeudi ou je finis très tard donc du coup ça veut dire que j’vais en visite à 21h donc c’est vraiment euh la galère” (M2). De la même façon, certains MG ont évoqué la difficulté de la réalisation de ces VADNP lorsque la demande était faite à l’approche du week-end un vendredi après-midi : “Mais même le vendredi à 10h qu’en y’en a 40 bah...” (M4).

iv. Contrainte de raccourcir le temps de pause

Pour un MG, l’horaire contraignant se trouvait être la pause du repas de midi, temps de pause auquel il a déclaré accorder beaucoup d’importance et il était prêt à le raccourcir uniquement en cas de VADNP strictement justifiée : “Moi les pauses que j’aies entre midi et 3h j’y tiens beaucoup tu vois” (M5) ; “ça va m’amputer une demi-heure de lecture ou un truc de repos tout ça... ça... ça... il faut vraiment que ce soit justifié quoi” (M5). Il s’agissait d’un temps pour lequel il a adapté ses horaires afin de privilégier sa qualité de vie : “j’ai fait une qualité de vie, c’est-à-dire je travaille pas je vous disais tout à l’heure, entre midi et trois heure je travaille pas, c’est voulu hein” (M5).

v. Difficultés relatives à l’acte lui-même

D’autres contraintes étaient relatives à la VADNP elle-même. La plupart des MG ont trouvé cet acte chronophage avec un nombre de patients vus à l’heure plus faible qu’en consultation au cabinet, écart qui s’accroît lorsque les VAD sont multiples et délocalisées : “selon la distance je vois euh environ 2 patients par heure, en visite à domicile.” (M3) ; “si j’avais

quinze visites par jour ça voudrait dire d'aller à un endroit puis à un autre, et du coup forcément là ça f'rait euh visiter toute la ville" (M2), et d'une logistique plus complexe avec un dossier médical souvent indisponible : "vous avez pas votre dossier médical, vous avez pas... j'ai pas l'ordinateur, donc du coup c'est plus compliqué" (M6).

vi. Difficultés liées au patient

Parmi les autres difficultés exprimées par les MG, certaines étaient liées aux patients, par exemple, a été mentionnée la distinction entre l'urgence réelle et celle ressentie du patient : "la rhino c'est un truc, c'est la pneumopathie quoi, direct (rire)." (M8) ; "En fait c'est des urgences ressenties mais c'est pas de vraies urgences dans le sens médical du terme" (M10), ainsi que l'exigence de certains à vouloir obtenir une réponse immédiate du MG : "le problème c'est la gestion de tout, tout de suite. Les gens c'est tout, tout de suite hein" (M8). Un MG a exprimé la bonne capacité des patients à comprendre la complexité de la réponse à leurs demandes : "ils comprennent que...on peut pas répondre comme ça... d'un claquement de doigt" (M3). Dans certains cas, la VADNP a été réalisée suite à un refus d'hospitalisation de la part du patient, mettant en difficulté le MG qui subissait alors la pression de son devoir d'effectuer cette VAD dans des conditions non optimales : "ils veulent pas aller à l'hôpital ... oui ça me met en difficulté" (M4) ; "je leur dis à un moment je peux pas et donc euh je fais mais du coup (...) ça me mets en difficulté" (M4).

vii. Difficultés relatives au mode d'exercice

D'autres difficultés étaient relatives au mode d'exercice du MG. Certains MG travaillant seuls ont évoqué la difficulté de réaliser ces VAD dans leurs conditions, ainsi que la crainte d'abandonner le cabinet avec une salle d'attente pleine : "je peux pas quitter le cabinet comme je suis seul) (M4) ; "je peux pas laisser en plan tous ceux qui sont en salle d'attente" (M4) ; "Si on était plusieurs, 4 ou 5, peut-être mais là... au moins 3. Mais là seul..." (M10) ; "qu'il y a dix personnes qui attendent dans la salle d'attente...c'est pas, c'est pas facile..." (M10).

En conséquence, un MG a déclaré ne pas parvenir à assumer les demandes de VADNP de sa clientèle, et donc à refuser la quasi-totalité des demandes : "Ils appellent mais je, je dis non" (M10) ; "Je peux pas assumer honnêtement les urgences... de ma clientèle." (M10). En parallèle, d'autres MG ont confié subir un surplus de VADNP en lien avec le refus de les

faire de la part de leurs confrères : “ouais ben elle en refuse quasi systématiquement parce qu’il y a bibi le lendemain hein (rire)” (M8).

d) Éléments facilitant les VADP et VADNP

Des éléments ont été identifiés comme facilitant la prise de décision du MG. Des MG ont indiqué accepter plus facilement une demande de VADNP émanant d’un patient qu’ils voyaient habituellement en VADP : “sur des patients que je vois d’habitude à domicile et qui me demandent une visite urgente j’y vais” (M7). L’importance de l’expérience et de la qualité de l’interrogatoire du MG a également été mentionnée : “on a un peu plus de recul sur la, l’importance de la visite ou pas quoi. De savoir si c’est vraiment important d’y aller quoi hein” (M5) ; “je prends la patiente ou le patient en ligne pour savoir si c’est vraiment justifié” (M6). Enfin, un MG a expliqué la nécessité de la recherche de signes cliniques objectifs et a mis en avant la bonne connaissance de son patient comme étant un atout non négligeable dans le repérage de ces signes : “un signe clinique que je jugerais moi, grave ou...” (M10) ; “Parce que je le connais le gars, quand il me parle comme ça, dysarthrique machin, j’ai dit c’est pas normal” (M10). Un MG a évoqué accepter plus facilement les demandes de VADNP grâce à la majoration financière d’urgence : “Y’a une majoration d’urgence après” (M9).

D’autres éléments ont été identifiés comme facilitants la réalisation de la VADNP. Pour certains MG, le fait d’avoir peu de VAD permettait d’intégrer plus facilement les VADNP à leur planning : “Je fais pas beaucoup de visites, j’ai toujours la place quoi” (M5).

Un MG a expliqué que la VADNP était moins chronophage lorsque le patient était bien connu : “quand c’est mes patients, bah du coup non, c’est assez facile hein {...} ça me prend pas forcément beaucoup de temps” (M2). La saison estivale généralement plus calme a également été mise en avant : “quand c’est l’été c’est plus facile à reprendre” (M4). Une demande faite tôt dans la matinée et un regroupement des VAD par secteur permettaient au MG une meilleure organisation : “Ben si ils appellent à 8h en général je la fais. Dans la journée” (M6) ; “Ouais il essaie de réunir les gens. Par groupe” (M2).

Un MG étant également MSU a exprimé que la présence d’un interne lui permettait de réaliser plus facilement ses VAD : “par exemple je vais faire ma visite entre midi et deux, il commence la première consult” (M11).

e) Alternatives aux VADNP

Une VADNP non réalisée n'était pas simplement refusée par le MG, elle était soit remise à plus tard, soit remplacée par une autre solution proposée par ce dernier : "On tempore ou euh... ou on trouve une autre solution" (M3).

Lorsque qu'une situation présentait des critères d'urgence vitale ou d'hospitalisation, les MG se sont accordés sur le fait de transférer directement le patient vers les services d'urgence ou d'organiser une hospitalisation : "si c'est trop urgent, faut aller aux urgences et appeler le 15" (M2) ; "si c'est une urgence urgence, d'appeler le 15" (M6) ; "déjà douleur tho, ça va aux urg, et euh" (M8) ; "si c'est urgent ça relève d'une hospitalisation" (M3). En cas de nécessité d'évaluation médicale, en l'absence de critères d'urgence vitale ou d'hospitalisation, le MG étant dans l'incapacité d'assurer la VADNP, certains ont proposé aux patients d'appeler SOS médecins, ou le médecin de garde si la demande était proche des horaires de PDSA, ou encore de se rendre aux centres de soins non programmés : "ils appellent SOS" (M10) ; "Urgences ou médecin de garde" (M7) ; "Des petits centres d'urgentistes là où on peut... {...} ouais les pseudo urgences ou de soins non programmés chais plus comment c'est l'acronyme" (M11).

Un MG a souligné qu'en l'absence d'urgence vitale il était toujours possible de temporiser la VADNP : "et puis après tout, les autres on a le temps d'y aller quoi." (M7). Dans l'attente ou à la place de la VAD, les MG pouvaient proposer une surveillance ou des conseils téléphoniques : "je dis de me tenir au courant et que je passerai" (M4) ; "ça peut être un conseil téléphonique" (M3). Certains ont instauré ou adapté un traitement à distance dans l'attente de la VAD, ou encore utilisé la pharmacie du patient : "sinon ben je lui donne un petit traitement ou je lui demande de passer, d'envoyer quelqu'un récupérer une ordonnance le temps que moi je puisse passer" (M6) ; "j'ai dit à l'infirmière d'augmenter son... diurétique" (M8) ; "on voit ce qu'il a dans sa... dans sa pharmacie pour euh, pour palier" (M6).

Le passage de personnels paramédicaux, tels que les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) ou plus rarement les kinésithérapeutes, pour évaluer la situation, adapter le traitement ou réaliser des examens biologiques a également été mentionné : "infirmières la trouvaient très fatiguée, euh... très algique" (M6) ; "elle avait demandé à un kiné qui vient la voir de la soigner {...} ma présence n'était plus indispensable" (M3) ; "je peux d'abord appeler l'infirmière pour qu'elle vienne faire une prise de sang, et moi je passe le soir" (M2).

Très souvent, si la VADNP n'avait pu être assurée le jour même, elle était décalée au lendemain : "je viendrai demain" (M3) ; "Et euh j'irai la voir demain si je peux. Parce qu'aujourd'hui je peux pas du coup" (M8).

Dans ces situations où la réalisation de la VADNP était difficile voire impossible dans la journée, presque tous les MG ont proposé au patient de venir au cabinet ou de se faire amener afin d'être vu en consultation : "de venir au cabinet" (M3) ; "je leur dis de trouver un voisin ou quelqu'un qui les amène" (M4) ; "Parce qu'il y a aussi une partie des visites qu'on me demande où je les fais venir au cabinet et ils y arrivent en général" (M11). Deux MG ont évoqué l'idée de faire venir le patient au cabinet à l'aide d'un transport par VSL ou ambulances privées : "Mais quitte à envoyer des fois les ambu hein (rire). Tant pis j'ai dit vous prenez une ambu vous arrivez ici je vous regarde." (M8) ; "j'ai jamais encore fait venir en taxi en VSL {...} c'est faisable en tout cas" (M11).

Parfois en cas de besoin, les VADNP ont pu être réalisées par les confrères : "soit ça tombe à un moment où je peux vraiment pas et c'est mes collègues qui vont les faire" (M2) ; "J'avais un copain qui faisait les urgences, enfin qui pouvait m'aider" (M10) ; "ou des fois avec ma collègue" (M11).

f) VADNP faites pour les confrères

i. Organisation des cabinets de groupe dans la réponse aux VADNP

A l'échelle du cabinet, l'organisation concernant les VADNP était assez variable selon les MG. Certains ont expliqué avoir une organisation personnelle dans la gestion de ces VAD : "pour les visites chacun a sa propre organisation" (M1) ; "Après si il est là ! Il (rire), il se débrouille hein (rire). Chacun son foin" (M8), bien que pour la plupart il était quand même possible de les réaliser pour un confrère du cabinet en cas d'absence de celui-ci ou pour lui rendre un service : "Si il est pas là, si... y'a pas de soucis" (M5) ; "Pendant les congés" (M5) ; "pour leur rendre service" (M2) et réciproquement : "je peux vraiment pas et c'est mes collègues qui vont les faire" (M2). Pour quelques-uns, ces situations ont été plutôt rares et ces VAD souvent réalisées en dernier recours : "Ça m'a jamais été demandé mais je pense que je le ferais" (M8) ; "Après si vraiment je peux euhh fin si c'est pas possible et que moi je suis disponible, si j'ai pas de visite bien sûr" (M7).

D'autres MG ont décrit une organisation de groupe pour la gestion de ces demandes : "On est quand même dans un cabinet de groupe" (M7) ; "on fonctionne tout le temps ensemble, on considère qu'on a une patientèle à deux en fait" (M11).

ii. Difficultés et freins des VADNP réalisées pour un confrère du cabinet

Bien que réalisables, ces VADNP effectuées pour un confrère du cabinet ont été définies comme complexes : “c’est quand même euh complexe, quand c’est pas mes patients” (M2) et particulièrement chronophages, avec un temps de visite allongé du fait des difficultés potentielles à trouver le lieu de résidence du patient, ainsi que de la méconnaissance du dossier de ce dernier : “ce qui est compliqué c’est savoir où c’est, l’endroit, le lieu” (M2) ; “Je connais pas le patient {...} même si je regarde dans le dossier bah je suis pas au courant” (M2) ; “on perd énormément de temps” (M2).

g) VADNP hors cabinet

i. Fréquence des VADNP hors cabinet

Pour la majorité des MG interrogés, les demandes de VADNP Hors Cabinet (VADNP HC) ont été considérées comme rares voire inexistantes : “parce qu’il y a pas de demande... tout à fait” (M6) ; “J’ai même pas eu de demandes comme ça” (M10). Par conséquent, le plus grand nombre d’entre eux n’a jamais réalisé ce type de visites ou très rarement : “J’en ai jamais faite” (M2) ; “Ca m’est... jamais arrivé je dirais” (M6) ; “Pas vraiment. Pas vraiment {...} ça peut arriver quoi” (M5). Dans l’hypothèse d’une demande de VADNP HC, une grande majorité a déclaré la refuser et limiter les VAD à leur propre patientèle ou à la patientèle de la MSP pour certains : “Mais euh... non... j’ai... Moi je m’engage pour les patients dont je suis le médecin” (M3) ; “je fais pas les visites des autres” (M4) ; “mes secrétaires bloquent à notre patientèle” (M2), mais cependant accepter les demandes de consultations de patients n’appartenant pas à la patientèle du cabinet : “les consult euh, on prend les autres gens” (M2).

A l’inverse, quelques rares MG sont restés ouverts à la possibilité de réaliser ces VAD : “là je pourrais éventuellement aller le voir” (M8).

Certains MG travaillant seuls en cabinet ont expliqué les accepter dans le cadre d’un arrangement entre MG du secteur : “On s’arrange pas mal avec les médecins de Castanet donc euh...” (M6), notamment les samedis matin lorsqu’ils ont organisé un système de rotation : “le samedi matin on travaille à quatre” (M6).

Enfin, d'autres MG qui ont déclaré accepter de nouveaux patients dans leur patientèle étaient disposés à accepter des demandes de VADNP HC : "Je prends des nouveaux patients donc si c'est pas... si c'est justifié je la ferai" (M6) ; "Non car pour l'instant j'accepte toujours des patients" (M11).

ii. Critères de VADNP HC

Ces VADNP HC ont été acceptées dans des situations où le patient avait de lourds antécédents, n'avait pas de médecin traitant : "c'était un patient qui n'avait pas de médecin traitant" (M1) ; "soit ils ont pas de médecin traitant et à ce moment ça peut aller" (M5) ; "un patient {...} transplanté du foie" (M1), ou si celui-ci était en congés, qu'il n'appartenait pas à un cabinet de groupe et que la VAD était justifiée : "Si les médecins sont en vacances" (M6) ; "si il est associé ben je dis qu'il appelle ses associés quoi, son groupe" (M5) ; "que ça le justifie. Et que ça peut pas attendre le lendemain" (M5) ; "si c'est justifié bien sûr" (M9). Ces VAD étaient alors considérées comme un devoir du MG : "euh fallait qu'il ait un suivi, fallait un suivi quoi" (M1). Un MG a précisé qu'accepter une VADNP HC ne l'engageait en rien dans le suivi du patient au long cours : "je pourrais éventuellement aller le voir en disant que voilà, que si c'est, si c'est quelque chose de lourd euh je pourrais peut-être pas le suivre au long cours pour l'instant" (M8).

D'autres situations relevaient d'un arrangement entre MG de cabinets voisins, qui ont expliqué se remplacer pendant leurs congés respectifs : "on se remplace, on se remplace l'un l'autre" (M9).

Un MG a déclaré ne pas faire de différence entre un patient appartenant à sa patientèle et un patient extérieur, en expliquant qu'un patient est un patient : "Je... je fais pas la différence. Un patient est un patient." (M10).

iii. Difficultés et freins propres aux VADNP HC

Les VADNP HC ont été considérées comme contraignantes et très chronophages, d'autant plus parce que le patient n'était pas connu du MG : "si en plus il faut voir les patients des autres médecins c'est... c'est pas possible quoi" (M3) ; "c'est quand même très chronophage ça prend du temps" (M7) ; "si on les connaît pas ça va prendre plus de temps" (M6). Cette méconnaissance du dossier patient a eu comme conséquence la crainte de l'erreur médicale de la part de MG et une évaluation de l'urgence rendue plus délicate : "j'ai toujours peur de

passer à côté de quelque chose parce que je connais pas” (M11) ; “parce qu'on les connaît pas, c'est difficile d'évaluer l'urgence” (M11).

Un MG a décrit une de ces VAD qu'il avait faite pour un patient d'origine étrangère, comme difficile à cause de la barrière de la langue : “c'est un patient d'origine mongole {...} qui parlait pas français en plus” (M1).

Un MG a comparé ces situations de VADNP HC à celles rencontrées en garde de PDSA, qu'il estimait similaires : “Mais bon, quand on est en garde de nuit c'est pareil” (M2).

D'autres MG ont exprimé la crainte qu'accepter une demande de VADNP HC pouvait être un mode d'entrée dans leur patientèle, pouvant entraîner une augmentation des demandes de VAD, voire parfois des abus de la part des patients : “les rares fois où c'est arrivé, on a fini par récupérer le patient” (M11) ; “à la fin le problème c'est que le bouche à oreille, tout le monde appelle.” (M4) ; “On se retrouve à en voir un et puis d'autres et après on fait les visites des autres” (M4). Un MG a déclaré que le fait de ne pas accepter de nouveaux patients était un motif de refus non recevable : “c'est pas parce qu'on a peur d'avoir des nouveaux patients qu'il faut les laisser à domicile ou crever, en tout cas, il faut qu'ils soient vus” (M11).

Certains MG ont mentionné avoir un devoir envers leur patientèle uniquement et que chaque médecin avait la responsabilité de sa patientèle : “bah que moi j'ai la responsabilité de ma patientèle mais pas la responsabilité de celle des autres” (M3) ; “je fais l'effort pour mes patients” (M4) ; “C'est à eux à se débrouiller à gérer leur patientèle quoi” (M5). Par conséquent, les demandes émanant de patients ayant déjà un médecin traitant étaient refusées, d'autant plus si ce dernier appartenait à un cabinet de groupe : “si vous avez un médecin traitant c'est à lui à se débrouiller pour vous voir” (M5) ; “j'aurais dit de demander aux collègues du cabinet de groupe” (M8).

D'autres MG ont expliqué refuser ces demandes par manque de temps et pour limiter la surcharge de travail : “l'emploi du temps des médecins est... quand même très euh... tendu euh” (M3) ; “Le problème c'est le temps” (M7) ; “Le temps, le temps !” (M10) ; “Parce qu'après ça nous surcharge de fou euh... voilà” (M8).

Un MG a confié être réticent à la réalisation de ces VADNC HC, craignant parfois pour sa sécurité : “Euh de ne pas connaître le... qu'est-ce qu'il a, de ne pas savoir chez lui si c'est... ça craint ou ça craint pas...” (M6).

C. Évolution

a) Évolution de la place des VAD depuis l'installation des MG

i. Augmentation des VAD depuis l'installation et leurs causes

Depuis qu'ils sont installés, trois MG ont noté une augmentation dans leur nombre de VAD : "elles ont augmenté un peu " (M6) ; "Augmente" (M8) ; elles augmentent légèrement en nombre" (M11) cela pouvant s'expliquer selon eux du fait du vieillissement de leur patientèle : "parce que ma patientèle a vieilli avec moi" (M6) ; "Ma patientèle qui vieillit." (M8) ; "j'en ai un petit peu plus mais parce qu'avant j'en avais euuh, je démarrais, là j'en ai quelques-uns qui maintenant peuvent plus se déplacer donc je vais chez eux" (M11). Cette augmentation a contraint un MG à refuser de nouveaux patients aux lourds antécédents : "on freine hein... à contre cœur mais on freine, on freine les nouveaux patients trop lourds etc... (M8).

Un MG n'a pas eu le même ressenti mais a observé cette augmentation chez ses confrères du cabinet : "mais mes collègues oui." (M2).

Enfin, un MG a mis en avant le fait que l'évolution du nombre de VAD était fonction du territoire d'exercice, notamment rural ou urbain : "j'ai remplacé aussi dans la campagne, en Corrèze, dans la Drôme, dans l'Aude, là y'avait beaucoup, beaucoup plus de visites. " (M9).

ii. Diminution des VAD depuis l'installation et leurs causes

À l'inverse, la majorité des médecins interrogés a constaté une diminution de leurs VAD depuis l'installation : "elles ont plutôt diminué" (M3) ; "par rapport à l'évolution des 20 dernières années, j'allais dire qu'avant on en faisait plus des visites "(M4) ; "j'en fais de moins en moins" (M5)"Non elles diminuent" (M7); "Y'en a moins qu'avant " (M9), le plus souvent du fait d'une réduction volontaire de leur part : "j'ai quand même réussi à réduire les visites à domicile" ; "j'ai vachement diminué je pense, euh, au moins deux tiers" (M1) ; "Oui, on a déjà réduit au minimum on va dire donc euh Voilà." ; "je précise bien que la visite à domicile reste une exception" (M3) ; "Ça a été une volonté vraiment, de notre part " (M5) ;

"par rapport à mes autres collègues j'essaie de réduire un peu au maximum" (M7) ; "Parce que il y a une volonté de la part du praticien, enfin de moi."(M10).

Cela a pu s'expliquer pour certains par le fait que certaines demandes de VAD par le passé pouvaient se révéler ubuesques, ou tout du moins pas forcément justifiées : "parce que les gens ils avaient euh l'habitude qu'on vienne chez eux pour euh, pour un oui ou pour un non"(M1) ; "c'est souvent des motifs qui sont pas justifiés quoi" (M5) ; "c'est quand ils ont commencé à réguler les gardes, à dire que les visites qui sont... qui sont pour confort " (M6) ; "prendre une tension à quelqu'un est-ce que ça justifie une visite ?" (M11). Les critères de VAD ont été moins stricts auparavant selon un MG : "le médecin acceptait de faire des visites à domicile pour des gens qui avaient la possibilité de se déplacer" (M3).

En effet, des MG ont remarqué un changement à la fois des habitudes mais aussi de la mentalité au sein de leur patientèle : "y'avait aussi des habitudes différentes " (M3) ; "les patients sont pas les mêmes qu'à l'époque parce qu'avant ils appelaient, c'était plus urgent... maintenant, c'est un peu du confort" (M4) ; "Parfois on en fait moins qu'avant, ça oui... parce que ça a changé " (M9) ; "{réussi à changer les...} mentalités" (M1) ; "sinon je les ai habitués directement " (M10). Le dernier MG cité a ainsi mis en place une nouvelle organisation de son travail non négociable : "c'était comme ça ou rien du tout quoi" (M1). D'autres MG ont également vu évoluer leur organisation de travail notamment vis-à-vis des VAD : "y'avait une organisation de travail différente" (M3) ; "à un moment je m'étais dédié des journées euh, des demi-matinées (M2) " ; "Avant j'étais les visites tous les jeudis aprem" (M8) ; "Mais c'est pas comme il y a 20 ans ou 15 ans où... je faisais une matinée..." (M10). L'un d'eux a précisé que l'organisation du cabinet a évolué du fait d'une reprise de patientèle : "en fait, j'ai repris une patientèle ... C'était beaucoup beaucoup de visites donc après tout ça bon ben une fois que je me suis installé " (M7). Ce dernier a ajouté que ses VAD avaient diminué également du fait du décès de certains patients : "voilà j'ai eu quand même pas mal de décès sur les visites "(M7) sans qu'il n'en ait pris de nouveaux en VAD : "j'ai pas repris de nouveaux patients en visite " (M7).

Un autre a attribué la diminution du nombre de VAD au fait que certains médecins ne recevraient ce jour leurs patients que sur rendez-vous, diminuant ainsi les créneaux pour les VAD : "si les médecins ils en font mais y'en a qui font que des rendez-vous" (M9).

Aujourd'hui, certains ont expliqué la diminution des VAD au fait que les patients se déplaçaient moins dans le passé : "les gens peuvent se déplacer" (M5) ; "les gens se déplacent plus "(M7). M3 a mis en avant qu'il était en effet habituel de recevoir le MG à la maison il y a quelques années : "Le médecin on le voyait... autant à la maison que à son cabinet", ce qui ne se ferait plus pour lui aujourd'hui : "... ce qui aujourd'hui n'est plus acceptable.". Selon lui, ces changements pourraient s'expliquer par un manque de temps plus flagrant ces

temps-ci : "Pour des raisons de temps" (M3). Un autre a expliqué cela par le fait qu'il ait fallu se constituer sa clientèle par le passé et qu'il était ainsi plus difficile de refuser toute nouvelle demande : "Au début enfin quand tu t'installes aussi, tu vas pas refuser parce que c'est ta création de clientèle tu vois ça" (M5).

Deux MG ont mentionné que la baisse des VAD faisait suite aux préconisations nationales : "... y'a eu une préconisation de limiter les visites" (M5) ; "c'est quand ils ont commencé à réguler les gardes, à dire que les visites qui sont... qui sont pour confort (...) ... Les gens doivent payer plus du coup" (M6), mais aussi pouvait être du fait de leur rémunération peu rentable : "la visite est payée par rapport à une nomenclature 35 euros, au cabinet c'est 25 euros quoi, hein" (M5).

Enfin, un MG a vu ses demandes de VAD diminuer du fait d'un filtrage plus sélectif par son secrétariat : « Ça fait différent que si, que si on passait sur le secrétariat téléphonique qui filtre, hein comme beaucoup de jeunes font maintenant" (M5), cette diminution des VAD étant selon lui au profit de sa qualité de vie : "qualité un peu, qualité de vie quoi hein" (M5).

iii. Stabilité des VAD depuis l'installation et leurs causes

Deux MG ont décrit l'évolution de leur nombre de VAD depuis leur installation comme stable : "elles sont stables là actuellement, depuis euh... (réfléchit)... 5 ans environ" (M3) ; "C'est stable" (M4), ce dernier MG expliquant cela par la jeunesse de sa clientèle : "c'est plutôt jeune donc c'est stable" (M4).

b) Et après ?

i. Perspectives d'une augmentation à venir du nombre de VAD et leurs causes

Lorsque nous avons interrogé les MG sur l'évolution à venir concernant le nombre de VAD, les réponses ont été plus partagées. Environ la moitié a envisagé une augmentation future des demandes de VAD : "elles risquent d'augmenter" (M1) ; "Y'aura beaucoup de visites " (M4) ; "Ouais c'est ça. Donc ça va être encore pire que maintenant. " (M6) ; "On en aura plus" (M8). Tous ont justifié cela par le vieillissement à venir de la population : "à cause du

vieillesse de la population" (M1) ; "j'imagine que ma patientèle va vieillir " (M2) ; "la population vieillit comme partout, si ça vieillit bah un moment ça peut bloquer " (M4) ; "parce que la population vieillit j'y pense" (M8).

Ce dernier MG a poursuivi son argumentaire à propos de l'augmentation future des VAD, imputable selon lui à de nombreux autres critères. En effet, cette personne a expliqué l'évolution croissante à venir par le manque actuel de médecins : "parce qu'il {n'} y a plus de médecin", mais aussi par la saturation du milieu hospitalier : "C'est la saturation de l'hôpital, voilà" et de ses urgences : "On en aura plus parce que les urgences sont, ça commence, les urgences sont saturées donc les gens n'ont pas envie d'aller aux urgences" (M8), urgences où les patients refuseraient de se rendre : "les gens n'ont pas envie d'aller aux urgences. Donc ils nous appellent systématiquement pour qu'on y passe". Aussi, M8 a ajouté que cette saturation du milieu hospitalier entraînerait des retours à domicile de patients qui auraient dû être hospitalisés : "finalement euh, on les envoie aux urgences, on nous les renvoie. Moi j'ai encore une dame je l'ai envoyée aux urgences pendant ma garde de la, du weekend, elle, elle avait une hyponatrémie, donc comme ils m'envoient pas la bio je sais pas, ils ont dit tout va bien sur la bio etc... Ils me l'ont renvoyée avec un contrôle 48h après. En fait elle avait une hyponatrémie à 129 en partant des urgences" (M8).

ii. Perspectives d'une diminution de nombre de VAD et leurs causes

L'autre partie des MG interrogés a supposé à l'inverse une diminution à venir des VAD : "Je pense qu'il y en aura moins" (M3) ; "comme elle a évolué jusqu'à maintenant, c'est de moins en moins de visites" (M10) ; "diminuer oui ça c'est sûr " (M7) ; "Beaucoup moins qu'avant." (M9) ce dernier pensant même que les VAD risquent de disparaître : "Oui je pense oui" (certains pensent qu'elles vont disparaître) (M9), l'un d'entre eux l'expliquant par une moins grande popularité de cet acte : "il y a de plus en plus de patients d'ailleurs qui ont, des fois dans la conversation quand je dis « ah ben je dois partir car je pars en visites » ils me disent « ah bon vous faites des visites ? », ils sont surpris eux-mêmes que je fasse encore des visites donc voilà je pense que petit à petit quand même ça s'inscrit dans les mœurs que been il faut venir quoi." (M7).

M10 a évoqué différentes causes pour expliquer selon lui la baisse future des VAD : tout d'abord le manque de temps : "Manque de temps. Toujours pareil", et la diminution du temps de travail : "parce qu'ils veulent travailler que peu de temps aussi... ", mais aussi la féminisation du métier : "C'est un peu la féminisation de notre métier qui fait que ça va

évoluer un peu, je pense... " ainsi que la priorisation nouvelle de la vie familiale et personnelle au profit de la vie professionnelle : "Elles sont aussi mères de famille, elles sont mamans, elles sont... elles ont autre chose à faire...".

Un autre a expliqué la diminution à venir par la régulation imposée par la PDSA : "Bah oui à l'époque oui maintenant c'est fini, les gardes s'arrêtent à minuit, les gens ont accepté parce qu'avant où on nous appelait encore une fois à 11h le soir " (M9) et par le changement d'époque avec, selon lui, des visites qui n'étaient pas forcément justifiées dans le passé : "on pouvait vous appeler à 3h du matin pour une angine et c'était pas justifié hein" (M9) et un changement de mentalité des patients : "Une évolution, des mentalités" (M9). Une modification de l'activité et plus précisément une augmentation du volume de la patientèle a été évoquée pour expliquer la diminution à venir des VAD : "Il y avait pas le même nombre de patients qui était vu aussi c'était pas du tout la même activité " (M7).

Néanmoins, les MG ont tenu à signaler qu'il resterait selon eux une quantité de visites incompressibles : "il y en aura toujours donc euh... je vois pas trop comment ça pourrait... J'ai l'impression d'être sur une, une quantité un peu incompressible aujourd'hui." (M3) ; "Y'aura toujours des visites incompressibles" (M4) ; "ça disparaîtra jamais vraiment, c'est impossible car il y a des incompressibles " (M7) ; "Celles-là oui il me semble on peut pas faire autrement " (M9) ; "je pense qu'il y en aura après" ; "une fin de vie à domicile ça ne disparaîtra pas" (M11), du fait, selon M3, d'une persistance d'une patientèle âgée : "et des patients très âgés... il y en aura toujours ".

c) Ressenti des médecins sur l'évolution des VAD

Qu'elles aient augmenté ou diminué, certains des MG interrogés ont exprimé une vision plutôt pessimiste du futur : "il manque des médecins, ça va pas s'arranger... dans toute la santé" (M4) ; "ça va être encore pire que maintenant" (M6) ; "Ça va être pire" ; "Moi j'y crois pas à une amélioration en tout cas pas pendant les 25 ans qu'il me restent à faire. (Rire)" (M8), deux d'entre eux craignant un surplus de patients : "on pourra pas voir tout le monde... on bloque là" (M4) ; "J'espère ne pas avoir à limiter les gens que je vois en visite " (M11). Ce dernier a prédit un changement d'organisation nécessaire pour palier à une plus forte demande de VAD à venir : "on est obligé, soit de dédier plus de temps aux consult, aux visites pardon, soit de, de trouver un moyen pour que les patients se déplacent, une organisation de secteur pour que les patients se déplacent pour moi les deux." (M11).

Une MG a exprimé une peur de l'augmentation des responsabilités des MG : "C'est d'avoir à gérer les problèmes hospitaliers qui sont normalement hospitaliers mais comme y'a pas de place" (M8).

L'un d'eux souhaitant la disparition des VAD a fait un parallèle avec d'autres modèles existant pour appuyer son souhait : "Comme dans d'autres pays, oui oui où y'en a pratiquement pas" (M9). Afin de faire perdurer cet acte, il a été évoqué sa revalorisation financière : "Après qu'est-ce qui peut changer pour la visite à domicile ? Bah une revalorisation financière" (M3).

D'autres ont essayé de se projeter à l'échelle de la CPTS : "tout dépendra de... de la coordination au niveau des CPTS hein..." (M5) ; "ils disent qu'avec la CPTS ça va évoluer en... pire" (M6).

Enfin, un MG a exprimé sa volonté de transmettre le flambeau aux nouvelles générations de praticiens : "je fais mon boulot hein et... aux nouveaux... enfin aux générations qui arrivent à faire, à continuer quoi" tout en doutant toutefois de leur implication : "Et puis en plus, souvent, généralement, ils travaillent pas toute la semaine, ils sont plusieurs, ils sont à mi-temps etc... Bon. Euh... c'est quand même une euh... face à la demande quand même de la population, c'est une réponse qui est pas adaptée" (M5).

D. Solutions évoquées pour améliorer la réponse aux VADNP

a) Propositions de changement à l'échelle du cabinet

Afin de faciliter la réponse aux demandes de VADNP, certains MG ont proposé des améliorations à l'échelle du cabinet, telles que la limitation volontaire des VAD et davantage de filtrage des demandes : "il va falloir, ça devient difficile mais faut apprendre à dire non" (M4) ; "c'est dédramatiser si... si c'est pas dramatique... fin essayer d'être plus objectif qu'eux" (M10).

Un MG travaillant seul a mis en avant que l'association avec d'autres MG pouvait être une solution : "J'sais pas... à part s'associer à 4 ou 5 médecins... dans les centres médicaux, je vois pas..." (M10).

Des MG étant déjà en cabinet de groupe ont évoqué la possibilité de changer l'organisation du cabinet, comme par exemple élargir les créneaux de VADNP, dédier une demi-journée aux VAD, ou encore désigner un MG par jour qui serait responsable de la gestion des

urgences pour tout le cabinet : “peut-être que du coup je modifierai mes horaires de visites d'urgences, de visites en général” (M1) ; “à un moment va falloir quand même que je m'arrange à trouver une demi-journée en plus” (M2) ; “comme les MSP, où les médecins ils ont toujours un médecin qui est d'urgence le jour même, voilà” (M8).

b) Propositions de changement à l'échelle de la CPTS

i. Instauration d'un interlocuteur unique pour la gestion des demandes de CNP et VADNP

Un MG a proposé la mise en place d'un coordinateur de CNP en journée, pour les consultations et VAD, pour le territoire de la CPTS : “j'aimerais qu'on mette en place euh une personne qui va gérer le SAS {...} donc le SAS appellera cette personne-là {...} une personne unique qui va gérer toutes les consultations ou visites urgentes” (M1) ; “un interlocuteur unique” (M1), qui pourrait être une personne administrative : “qui sera, non, qui euh sera une personne administrative” (M1). Les effecteurs seraient les MG de la CPTS, qui chacun pourrait dédier quelques créneaux de consultations ou de VADNP à ce système, comme pour le SAS actuel : “ {un peu comme pour le SAS vous mettriez des horaires de, des créneaux de dispo et ces personnes...} Ouais c'est ça” (M1), ou alors fonctionner par système de rotation : “qu'on fasse une espèce de euh {...} de, garde, {...} de rotation” (M1). Ce MG a expliqué s'être inspiré du fonctionnement d'une CPTS voisine et a estimé qu'une demande de VADNP faite par un interlocuteur connu était plus facilement acceptable : “ce qui se fait déjà dans la CPTS voisine” (M1) ; “si c'est quelqu'un que l'on connaît {...} j'ai rien contre” (M1).

Il a néanmoins confié que pour fonctionner, ce système nécessitait une implication collective : “il faudrait que beaucoup de médecins participent : “il faudrait que beaucoup de médecins participent” (M1).

ii. Instauration d'une « Permanence » en journée type MG mobile

Un MG a proposé la mise en place d'une « Permanence » en journée à l'échelle de la CPTS principalement pour les VADNP, avec une coordination entre MG du secteur et un MG mobile qui serait dédié à ces VAD : “si la PDSA peut aussi se faire dans la journée” (M5) ;

“Ben on est en train de mettre en place les CPTS ici” (M5) ; “une régulation entre médecins {...} On peut le faire entre nous hein” (M5) ; “dans la journée qu’on sache qu’un médecin peut le faire quoi” (M5). L’organisation se ferait par un système de roulement, d’astreinte : “admettons euh... une fois par mois, nous sommes assez nombreux” (M5). Les patients concernés seraient ceux dont le médecin traitant est absent et les patients sans médecin traitant : “Oui ou des collègues hein bien sûr. Là, à condition qu’il y ait un empêchant... vraiment... quelqu’un qui est en vacances etc...” (M5) ; “je peux ce jour-là aller faire des visites non programmées de quelqu’un qui a pas de médecin traitant” (M5).

Les avis concernant cette idée ont été variables, mais de nombreux MG se sont montrés réticents : “pour l’instant ça me, on sait pas trop ouais. C’est pas prévu” (M1) ; “moi je suis pas trop quand même euh... (souffle) {...} j’espère que je verrai pas ce..” (M3) ; “ça me paraît compliqué” (M4) ; “moi je suis complètement contre” (M7) ; “En territoriale, ça va être... ça va être chaud hein” (M8) ; “Non c’est pas justifié non” (M9). Pour certains MG l’idée même que la gestion des VADNP se fasse à l’échelle de la CPTS était un frein, doutant de la faisabilité de cette organisation : “Oui moi je trouve la CPTS c’est une euh... bêtise (M6) ; “Territoriale c’est-à-dire qui c’est qui va commander ?! {...} Je pense pas (M10) ; “ça demande quand même une organisation que je sens pas venir” (M5), allant même jusqu’à la comparer aux difficultés rencontrées pour la gestion de la PDSA : “parce que récemment on a voulu fusionner deux secteurs de garde (...) et donc euh ça a été refusé cette fusion” (M5). De plus, un MG a exprimé son doute concernant la volonté de ses confrères du secteur à modifier leur pratique : “Donc euh chacun voulait rester dans son petit confort.. {...} Je ne les vois pas se coordonner pour autre chose quoi” (M5).

D’autres freins ont été identifiés tels que les difficultés logistiques : “si l’effecteur est pris ou quoi je vais être embêté aussi” (M4), un territoire de CPTS considéré comme trop grand pour être assumé par un seul médecin : “Parce que le secteur est grand quand même” (M8) ; “Il faut pas que ce soit un seul médecin. Il... il faut que ce soit un médecin par, pas par CPTS. C’est ingérable” (M8), une crainte de surcharge de travail et de demande abusive des patients, ou au contraire une rareté des demandes : “Euuuuuuh ben en plus du travail qu’on a...” (M7) ; “si on commence à mettre un effecteur j’ai l’impression que c’est comme SOS Médecins, j’en ai fait quelques années, c’est pareil les gens ils appellent pour tout et n’importe quoi” (M4) ; “Comme c’est quand même rare {comme demande}” (M9) et surtout une crainte d’une charge de travail inéquitable entre MG : “donc ça sera toujours les mêmes qui feront les visites {...} y’en a qui jouent pas forcément le jeu équitablement” (M4).

Des freins relatifs à la non-connaissance du patient et la difficulté d’accès à son dossier médical ont été mentionnés : “il connaît pas trop les patients euh, donc ça, c’est compliqué j’crois” (M2) ; “on n’a pas les dossiers” (M4).

Un MG a estimé qu'assurer ces VADNP était un devoir qui revenait au médecin traitant : "je crois encore à la place du médecin traitant. Je crois que ça a encore du sens" (M3). Afin de rendre cette idée plus réalisable, certains MG ont insisté sur l'importance de la coordination et la nécessité d'une implication collective : "Donc tout dépendra de la coordination entre médecins" (M5) ; "il faudrait que, beaucoup de médecins participent" (M1) ; "est-ce que tout le monde va participer parce que y'en a les visites ils veulent pas en faire" (M4). Un autre MG a proposé la présence de plusieurs MG mobiles pour pouvoir couvrir la totalité du secteur de la CPTS : "J pense il faut que ce soit plusieurs médecins par CPTS" (M8).

iii. Instauration d'une « Permanence » en journée type Point fixe de CNP

Pour répondre aux VADNP, un MG a soumis l'idée d'instaurer un Point fixe de CNP inspiré du modèle « Maison Médicale de Garde » (MMG) en journée : "Une PDSA mais en journée" (M8) ; "de mettre des maisons médicales euh... de garde mais peut-être pas forcément la nuit" (M8).

c) Délégation des tâches

Des MG ont suggéré de déléguer certaines tâches à des Infirmières de Pratique Avancée (IPA) formées et qui auraient alors leur propre responsabilité : "mais c'est de déléguer les tâches. C'est de déléguer les tâches hein" (M8) ; "Je sais pas, une infirmière, formée par contre" (M8) ; "Mais, que nous on porte pas la responsabilité de leurs erreurs du coup {...}" (M8). Les tâches confiées ne seraient pas des urgences mais plutôt des renouvellements, libérant ainsi du temps aux MG pour répondre plus facilement à ces demandes urgentes : "Pas forcément peut-être pour les urgences" (M8) ; "effectivement les renouvellements, peut-être, voilà" (M8) ; "je sais pas si c'est... ouais ça libérera {du temps}" (M8). L'intérêt serait de compenser un manque de soins, en apportant notamment une écoute différente, ne remplaçant pas le MG mais en étant complémentaire de celui-ci : "qu'on dit compenser un manque de soin pour moi c'est pas la bonne façon de faire donc oui pourquoi pas" (M11) ; "que je pense que ça pourrait être complémentaire" (M11) ; "une écoute différente" (M11). Un MG a mentionné l'avantage financier de travailler avec des IPA : "en plus on aurait de meilleurs financements" (M11).

Des MG ont expliqué être réticents à cette solution déjà mise en place dans d'autres pays : "Non pour moi c'est chacun à sa place !" (M7) ; "Non faut pas" (M9) ; "On s'en sort plus ! On n'est pas au Canada" (M7).

Les freins identifiés au développement des IPA ont été la représentation négative de ces dernières auprès de certains médecins : "le problème des IPA actuellement c'est leur, c'est la représentation que les médecins en ont en général" (M11), la crainte d'un surplus de cas complexes pour le MG, non gérables par l'IPA du fait de leur formation possiblement insuffisante : "faut qu'il y ait un médecin derrière qui accepte de voir que des situations compliquées qu'elle n'arrive pas à gérer et donc c'est-à-dire un temps (tousse) en fin de compte beaucoup plus long pour une même consultation." (M11) ; "elles peuvent le faire mais elles se retrouvent souvent un peu déstabilisées" (M11). Un MG a évoqué le fait que leur planning était déjà bien saturé : "je crois qu'elles n'ont pas le temps non plus" (M10).

d) Autres idées évoquées

i. Transport pris en charge par l'Assurance Maladie

Quelques MG ont suggéré la prise en charge du transport par l'Assurance Maladie, du patient vers le cabinet médical : "Bah éventuellement euh la possibilité que... que, un transport soit pris en charge par l'assurance maladie" (M3) ; "y'aura quelqu'un des ambulances des pompiers ou quoi pour les amener au cabinet ça pourrait être une solution y'aura quelqu'un des ambulances des pompiers ou quoi pour les amener au cabinet ça pourrait être une solution" (M4) ; "Mais quitte à envoyer des fois les ambu hein (rire) {...} Tant pis j'ai dit vous prenez une ambu vous arrivez ici je vous regarde" (M8), en justifiant que ces transports sont déjà réalisés pour se rendre en consultation chez un spécialiste, en proposant un fonctionnement par quotas de transports vers le généraliste pris en charge par an : "Je vois pas pourquoi l'assurance maladie accepte, enfin, et c'est normal et personne n'a jamais rien dit... à ce que un patient ait une consultation chez le cardiologue, et pourquoi pas son médecin traitant" (M3) ; "mais on pourrait dire euh bon, par exemple... 4 fois par an, on accepte euh" (M3).

Les freins identifiés à cette solution ont été l'aspect financier, potentiellement coûteux de la prise en charge de ces transports, le problème de synchronisation entre l'horaire de consultation dédié au patient et l'heure d'arrivée de celui-ci au cabinet médical, ainsi que la saturation actuelle des ambulances : "les gens on peut pas les voir de suite" (M4) ; "au niveau

du coût j'y crois pas trop" (M4) ; "s'ils peuvent hein, parce que tout le monde est saturé (sourire)" (M8).

ii. Véhicule Léger de Médecine Générale

Pour répondre à ces demandes de VADNP, un MG a proposé de développer davantage le dispositif actuel de Véhicule Léger de Médecine Générale (VLMG) : "Après maintenant il y a le dispositif du SMUR qui est bien aussi" (M7).

iii. SOS médecins

Un MG a évoqué son souhait d'extension de la société SOS médecins à la CPTS : "qu'il y ait {...} l'extension de SOS médecin ici" (M7).

iv. Gestion des EHPAD par un médecin coordonnateur

Un MG a proposé que les patients en EHPAD soient pris en charge par les médecins coordonnateurs de l'EHPAD : "il faudrait que le médecin co il gère les patients de la... de l'EHPAD. Et que nous on ait plus à les gérer" (M6).

v. Valorisation financière

Un MG a mis en avant qu'une valorisation financière des VAD pourrait faciliter ces dernières : "Après qu'est-ce qui peut changer pour la visite à domicile ? Bah une revalorisation financière" (M3).

vi. Former plus de médecins

Un autre MG a accusé le manque de médecins et a proposé d'en former davantage, ce qui lui a paru en même temps compliqué au vu de la difficulté à trouver des volontaires et devant le long temps de formation : "avoir plus de médecins bah ça... c'est l'idéal" (M8) ; "Un : il faut qu'il y ait des vocations" (M8) ; "il faut les faire euh, leur faire finir leurs études ça fait, c'est dix ans d'études donc euh... Faut attendre dix ans" (M8).

vii. Changement du côté des patients

D'autres MG ont proposé des changements du côté des patients, tels que leur éducation concernant des VAD non justifiées, afin de supprimer les visites de confort : "il va falloir que les patients apprennent {...} Il va falloir un peu qu'ils soient raisonnables, qu'ils appellent pas pour n'importe quoi" (M4) ; "y'en a beaucoup c'est des visites de confort qui va falloir sérieusement resserrer" (M4) ; "à l'époque où les anciens collègues qui avaient des tournées de visite de surveillance qui faisaient même tous les mois à la place de tous les trois mois oui ça par contre j'espère que ça, ça va, stop" (M11). Selon ce MG, de leur côté les patients devraient essayer au maximum de trouver des solutions pour se faire amener au cabinet, et, dans les cas où ce n'est pas possible, anticiper autant que faire se peut la demande de VAD afin de permettre une meilleure organisation du MG : "Ça va être plutôt au patient de s'organiser s'ils peuvent trouver un frère, une sœur, une fille qui les amène au cabinet"; "qu'ils se débrouillent un peu pour venir au cabinet" (M4) ; "c'est pas la peine qu'on se rende compte qu'on a plus de médicaments, que on a mal depuis 4 jours, c'est pas le vendredi qu'on appelle pour pouvoir programmer, donc il va falloir que les patients apprennent à anticiper" (M4).

viii. Supprimer les VAD

Un MG a confié espérer la suppression des VAD, bien que cette idée lui parût compliquée : "il faudrait les supprimer mais les supprimer c'est compliqué" (M6).

ix. Projet de participation au SAS 31

Un MG nous a fait part de son projet de participation au SAS 31 : "j'ai prévu plus tard de, de donner mes créneaux de consultation urgente via le SAS le matin de 8h à 8h30" (M1).

e) Freins au changement de pratique

Des freins au changement de pratique ont pu être identifiés. Concernant la gestion des VADNP à une échelle plus large que la patientèle des MG, certains ont considéré que les

VAD étaient trop chronophages et qu'ils n'avaient pas suffisamment de temps pour les réaliser pour des patients extérieurs à leur patientèle : "ça prend énormément de temps" (M2) ; "Parce que pas le temps" (M7). "Mais je ne sais pas si elle va être facilement mise en pratique. Toujours pareil, question de temps." (M10). D'autres ont confié douter de la volonté de leurs confrères à changer leur pratique, et, de ce fait, craindre une surcharge de travail par rapport à certains MG en cas de gestion collective des VADNP : "Je ne les vois pas se coordonner pour autre chose" (M5) ; "il faut pas qu'il y ait deux ou trois pelés qui fassent toutes ces visites sinon ça va pas aller" (M1). Un MG a jugé que la prise en charge d'un patient par un médecin d'urgence, gérant uniquement l'aspect urgent de la situation, était souvent incomplète et qu'il incombait donc régulièrement au MG de devoir finalement gérer cette situation : "les patients qui voient le 15, on les renvoie toujours sur le médecin traitant, et j'm'en rends compte qu'ils ont fait la moitié du boulot la plupart du temps" (M2). D'autres MG ont vécu l'adhésion à la CPTS comme une contrainte et redoutent une augmentation de la charge de travail avec celle-ci : "Non moi j'ai adhéré parce qu'on a pas le choix" (M6) ; "On va nous embêter encore plus, avoir plus de contraintes" (M6). Certains MG ont été freinés par l'idée de changer leurs pratiques car ils étaient satisfaits de leur situation actuelle, et d'autres encore ne voyaient pas ce qu'ils pouvaient faire de plus : "Parce que ce que vous avez ça vous va et que...) Ouais." (M2) ; "j'arrive quand même à réguler et... à en maintenir une par jour au grand maximum voilà donc euh... c'est encore gérable" (M6) ; "je vois pas ce que je pourrais faire de plus" (M9). Un MG a considéré que l'efficacité des VADNP étaient le rôle propre du médecin traitant : "je crois encore à la place du médecin traitant. Je crois que ça a encore du sens" (M3). Un autre MG a évoqué craindre une perte de liberté en cas de gestion des VADNP à une échelle territoriale et a exprimé sa volonté de maintenir cette liberté de la médecine libérale : "Territoriale c'est-à-dire qui c'est qui va commander ?! {...}... enfin moi je fais de la médecine libérale... de mon... de mon temps, être salarié c'était une insulte (rire)... » (M10).

f) Sur le plan personnel

i. Souhait de maintenir une organisation individuelle

Certains MG nous ont fait part de leur volonté de garder une organisation individuelle : "c'est mon organisation personnelle, qui est comme ça" (M3) ; "chacun travaille en

indépendant” (M7), et que c’était le rôle de chaque MG d’assumer les demandes urgentes de sa propre clientèle : “chaque médecin gère sa clientèle” (M9).

ii. Engagements personnels

Un MG a expliqué qu’il était du devoir du MG de s’impliquer davantage pour répondre aux besoins des patients : “Ah oui après parce que les gens ils en ont besoin hein” (M8), mais qu’il était important d’améliorer les pratiques pour le bien-être des MG également, actuellement en souffrance : “ça fera avancer les choses parce que c’est vrai que nous on est vraiment... on, on se noie, petit à petit en fait” (M8).

La bonne organisation a encore été mentionnée comme facteur déterminant à l’implication des MG dans une gestion territoriale des besoins : “honnêtement, si l’organisation est bonne moi je suis pour les maintenir, pour les réguler, pour les améliorer” (M8).

Un autre MG a confié s’impliquer personnellement dans une volonté d’amélioration des pratiques par le biais des mouvements de grève : “le secteur est sinistré d’où le 14 février : grève” (M4).

DISCUSSION

La VAD est un acte inhérent à la médecine générale, existant depuis les débuts de la médecine et de l'existence du médecin de famille. Encore très appréciée par certains MG, elle n'en reste pas moins contraignante notamment par son aspect chronophage, et sa réalisation est rendue difficile dans le contexte actuel de vieillissement de la population et de démographie médicale insuffisante. Les VADNP sont considérées comme particulièrement difficiles par les MG notamment sur le plan organisationnel. Le caractère non programmé de ces visites conduit à des demandes imprévisibles parfois tardives, désorganisant le planning du MG et pouvant parfois avoir un impact sur son temps de repos ou sa vie personnelle. La distinction entre une urgence réelle et une urgence ressentie par le patient est parfois difficile, l'expérience du MG et sa position de Médecin Traitant prennent alors toute leur place dans le repérage de signes d'alarme et la connaissance si particulière du patient.

De nombreuses solutions ont été proposées pour pallier les différentes difficultés décrites par les MG. Celles-ci vont du changement d'organisation personnelle du MG à une organisation plus large à l'échelle territoriale de la CPTS engageant tous les MG adhérents, en passant par l'idée d'une organisation collective restreinte au cabinet de groupe.

I. Forces et limites

A. Forces

Notre étude s'intéresse aux difficultés des VAD à domicile urgentes, sujet concernant l'ensemble des médecins MG, ce qui est intéressant dans notre travail de recherche. Ce sujet est original, peu d'études ayant été faites concernant VADNP.

Le fait d'avoir utilisé une méthode qualitative est pertinent car nous permet d'être au plus près des impressions des MG et de répondre le plus justement possible à notre objectif. La réalisation des entretiens au cabinet des médecins, lieu constructif et familier pour eux, a permis d'instaurer un climat de confiance.

L'échantillon des MG interrogés est diversifié tant sur le plan de l'expérience et de l'ancienneté que sur leurs opinions sur la réalisation des VADNP nous permettant un recueil de données varié.

La triangulation des données a été appliquée lors de l'analyse des verbatims, permettant de limiter toute forme de subjectivité mais aussi d'augmenter la validité interne des résultats. Le principe de réflexivité a été appliqué lors du travail de recherche grâce à la tenue du journal de bord par chacune des chercheuses. Aussi, des notes ont été prises lors de chaque entretien afin de leur permettre d'être le plus fidèles possible à la réalité observée par les participants.

Enfin, la relecture de cette étude à l'aide de la grille COREQ, retrouvant un score de 26 sur 32 items, a nettement renforcé la validité externe (disponible en Annexe 11).

B. Limites

Tout d'abord, il s'agissait de la première recherche qualitative pour les deux chercheuses, preuve d'un manque d'expérience de leur part, ceci ayant pu entraîner un manque de reproductibilité des entretiens.

Les modalités de recrutement ont pu engendrer un biais de sélection : seuls les médecins intéressés par le sujet ont répondu aux mails ; d'autres n'ont pu être contactés directement du fait du filtrage des appels exercé par leur secrétariat.

Il a pu exister un biais de mémorisation concernant la narration de VAD anciennes.

II. Analyse et confrontation aux données de la littérature

A. La visite à domicile aujourd'hui

La VAD a beaucoup évolué au fil du temps. En effet, comme expliqué en introduction, sa diminution est en partie en lien avec l'arrêté de 2002 et à la démographie médicale actuelle. Les MG sont parmi les plus touchés par cette baisse du nombre de médecins. Dans son dernier rapport, l'Ordre des médecins confirme une légère diminution des médecins en activité régulière, au nombre de 197 417 en 2023, soit -1,3% entre 2010 et aujourd'hui, érosion compensée par l'augmentation du nombre de médecins remplaçants et de retraités poursuivant une activité. Concernant ces derniers, leur nombre devrait diminuer dans les prochaines années rendant compte de la fragilité de la démographie médicale pendant une décennie encore (13). Cette diminution des VAD n'est pas limitée à la France mais à de nombreux pays, tels que la Suisse, l'Allemagne, et d'autres (14) et pourrait s'expliquer par la volonté de certains médecins (notamment les plus jeunes) de limiter les indications des VAD chez les personnes âgées en perte d'autonomie (15).

Bien que la majorité des médecins ne souhaite pas développer l'activité de VAD dans le futur, il semblerait qu'ils restent volontaires pour faire perdurer cet acte, spécifique de la médecine générale à leurs yeux et permettant pour certains de nouer un lien tout particulier avec le patient. Malgré les contraintes imposées par les VAD (que ce soit la perte de temps décrite par tous les MG mais aussi les difficultés à la réalisation d'un examen clinique soigneux par exemple), ces dernières restent précieuses pour les patients et le maintien de leur accès aux soins.

La nécessité d'optimiser le temps dédié aux VAD motive ainsi une organisation particulière au sein de chaque cabinet. La majorité des MG interrogés était organisée de manière à avoir des plages dédiées aux VAD, le plus souvent entre les consultations du matin et de l'après-midi ; d'autres faisaient leurs VAD sur des demi-journées dédiées. La quasi-totalité de ces VAD consistait en des renouvellements de traitement chez des patients dans l'impossibilité de se rendre au cabinet, le plus souvent polypathologiques. Nous retrouvons des données similaires chez nos confrères Suisses (16) chez qui l'immense majorité des VAD consiste en des renouvellements chez des personnes âgées. Dans sa thèse, Elodie TEKAYA précise que

l'organisation du temps de ces VAD est très variable entre les médecins, le temps dédié à une VAD pouvant aller de 15 à 60 minutes par patient (17).

L'impression de perte de temps en VAD a été encore plus marquée concernant les EHPAD, où les médecins de l'étude ont particulièrement insisté sur leurs difficultés à la fois organisationnelles mais aussi relationnelles avec le personnel paramédical. Le temps d'une visite dans ces établissements pour un patient apparaît 2,6 fois supérieur à celui d'une consultation au cabinet (45 minutes pour une VAD en EHPAD environ) alors que, selon le personnel d'EHPAD, une visite dure entre 10 et 15 minutes, ceci pouvant expliquer certaines discordances au niveau de l'organisation générale des visites en établissement (18).

A ces VADP s'ajoutaient pour chacun des MG de notre étude des demandes de VADNP, variables sur multiples aspects.

B. Les visites à domicile non programmées

Dans notre étude, les MG interrogés ont rapporté entre une à trois demandes de VADNP dans la semaine, correspondant entre 10 et 50% de l'ensemble de leurs VAD. Nous retrouvons des données similaires dans une étude suisse portant sur les VAD des MG en Suisse où, sur l'ensemble de cet acte, 35% des VAD sont considérées comme urgentes (16).

a) Organisation des VADNP

Concernant l'organisation des demandes de visites à VADNP, notre travail de recherche est cohérent avec plusieurs études évoquant le plus souvent des demandes filtrées par le secrétariat (15,19–21). Les MG interrogés décidaient ou non d'accorder la visite.

Il était plus facile pour eux d'accepter la visite dans leur organisation si la demande était faite tôt dans la journée. Ils faisaient en sorte de toujours apporter une réponse face à la demande de VADNP.

La réalisation de ces VADNP varie en fonction des MG. Dans un travail portant sur la gestion des demandes de SNP (qu'il s'agisse de visites ou de consultations), 65 % des médecins interrogés déclarent avoir des créneaux dédiés spécifiquement pour ces urgences, 11 % consultent ces patients sur leur temps de pause (20). Cela recoupe les réponses obtenues lors des différents entretiens où la plupart des MG expliquaient réserver des créneaux pour les VADNP, le plus souvent les mêmes que ceux consacrés aux VADP, entre les consultations du matin et de l'après-midi. Il se pouvait également que les visites soient

faites le soir, de manière plus exceptionnelle, après les consultations. Il est décrit dans une étude que rares sont les MG qui doivent quitter la consultation en cours pour se rendre en urgence en VAD (14). Un seul des médecins interrogés dans le cadre de notre travail a stipulé faire de même parfois.

Nous n'avons pas trouvé d'organisation commune dans la réponse aux demandes de VADNP après avoir échangé avec des MG travaillant en groupe et pouvons ainsi nous interroger sur les raisons motivant cette organisation plus personnelle quand d'autres se répartissent l'ensemble des VAD (programmées ou non) du cabinet sur des créneaux définis pour chaque médecin. Dans leur étude concernant la gestion des SNP en médecine générale (20), les auteurs nous apprennent que 72 % des MG travaillant en groupe avaient une organisation de travail spécifique pour gérer les demandes urgentes contre 47 % des MG travaillant seuls. Aussi, cette gestion des soins urgents était significativement plus fréquente chez les MG installés depuis moins de vingt ans (75 %) comparativement aux MG installés depuis plus de vingt ans (43 %). Il pourrait être ainsi intéressant de discuter d'une organisation commune dans les cabinets de groupe face aux demandes de VADNP.

b) Difficultés des VADNP

Nombreuses et variées ont été les difficultés des MG interrogés concernant les VADNP. Il a le plus souvent été question de problématiques organisationnelles notamment concernant le fait de trouver un créneau à ces visites, comme le signalent également dans leur travail de thèse Guillot et Ritter qui précisent la nécessité de "plannings adaptés" pour répondre à ces visites (22). Qu'il s'agisse de visites en urgence pour sa patientèle ou alors en dehors du cabinet, l'aspect chronophage a largement été souligné dans les difficultés de cet acte urgent : les auteurs parlent de "désorganisation et aspect chronophage des visites à domicile" (22).

Le moment de la journée ou de la semaine durant lequel se fait la demande a pu mettre certains MG en difficulté, notamment tard dans l'après-midi ou à la veille du week-end. La saison de l'année a pu de la même manière influencer les MG quant à la réalisation de ces visites, leur emploi du temps pouvant en être dépendant. Nous retrouvons cette donnée dans le travail de Guillot et Ritter qui notent que les "facteurs climatiques influencent les médecins" (22).

Il a été intéressant de relever la précision apportée par l'un des MG dans notre travail quant à la différence entre l'urgence réelle et l'urgence ressentie par le patient. Nous pouvons ainsi

nous interroger sur les facteurs permettant de distinguer ces deux entités : expérience, bonne connaissance du patient ?

Aussi, certains MG travaillant seuls ont évoqué leur crainte de partir en visite urgemment et de laisser ainsi leur salle d'attente pleine. Cela nous questionne alors sur les avantages de structures à plusieurs MG et nous permet de faire un parallèle avec la distinction faite au préalable entre une organisation commune aux cabinets de groupe par rapport aux MG isolés quant à la gestion des visites à domicile urgentes.

La non-disponibilité du dossier médical lors des visites urgentes était vécue comme une contrainte dans notre étude, mettant en difficultés plusieurs MG. Cela peut être préjudiciable pour le patient car, comme le signalent Buirette et Carrot dans leur travail de recherche, l'accès au dossier médical pendant la visite améliore la qualité des soins (17)(23)

La présence d'un carnet de liaison au domicile se retrouve parfois, même si cela remet en doute le secret médical du fait d'informations accessibles à toute personne se rendant au domicile. L'utilisation du DMP n'a pour l'heure pas été adoptée par tous les professionnels de santé, certains préférant rester au format papier, d'autres étant victimes des difficultés d'un accès à internet au domicile. Il semblerait toutefois que le DMP pourrait, à l'avenir, faciliter l'accès à certaines informations essentielles notamment lors de visites ou consultations réalisées en urgence, afin de ne pas méconnaître un antécédent important, le traitement de fond, un traitement ponctuel, ou encore la dernière ordonnance prescrite souvent gardée par le personnel infirmier et donc absente du domicile du patient.

De manière plus spécifique, concernant les visites à domicile en dehors de la patientèle du MG, celles-ci apparaissaient comme plus chronophages encore avec de surcroît, pour certaines, la difficulté à trouver le domicile du patient. Pour les MG travaillant en groupe, nous pouvons nous interroger sur des solutions à apporter concernant cette dernière contrainte : à l'heure d'internet et des smartphones, nous pourrions envisager de renseigner les coordonnées GPS des patients dont le domicile est difficile à localiser pour faciliter ainsi le déplacement des confrères si nécessaire en cas d'urgence.

Plusieurs craintes ont été rapportées à propos des visites urgentes effectuées chez des patients non suivis au cabinet, notamment la peur d'une erreur médicale par méconnaissance du patient, mais aussi la crainte d'un mode d'entrée dans la patientèle du MG effecteur, trop facilité. Pour répondre à ce dernier point, il a été proposé au sein de la CPTS que chaque

patient sortant d'hospitalisation ait un fléchage vers un MG traitant (fonction de son lieu d'habitation).

Certains ont rapporté craindre pour leur propre sécurité, comme le signale également ce travail où est notée "la peur de se faire agresser" (22)(21).

Enfin, il est intéressant de constater que de nombreux travaux mettent en avant la difficulté énoncée par plusieurs médecins quant à la faible valorisation financière des visites à domicile urgentes (4,15,17,22) tandis que cette contrainte éventuelle n'a été évoquée qu'à une seule reprise lors de notre travail. Nous n'avons pas trouvé d'explication particulière pour justifier cela. Des MG de notre étude ont suggéré qu'une revalorisation de l'acte pourrait encourager la réalisation des VAD en général.

Certains MG ont expliqué limiter volontairement leur temps de travail afin de se ménager et de limiter le risque d'épuisement. Cet épuisement a été évoqué durant nos entretiens, en lien avec la surcharge de travail des MG libéraux. Il est intéressant de noter que dans une étude française de 2021, 44,8 % des MG libéraux installés souffraient d'épuisement professionnel, avec comme facteurs de risque le sexe masculin, avoir plus de 28 rendez-vous par jour et travailler plus de 50 heures par semaine (24). Au vu des difficultés précédemment évoquées concernant ces VADNP, notamment la désorganisation et le travail supplémentaire qu'elles entraînent, avec parfois des fins de journées tardives pouvant impacter la vie personnelle et familiale du MG, il est légitime de penser qu'elles participent à cet épuisement professionnel.

C. Critères décisionnels des VADNP

Il était fréquent pour les MG interrogés de refuser des demandes de VADNP. Dans la plupart des cas, ces refus s'expliquaient par l'absence de critère d'urgence avec la possibilité de reprogrammer la VAD à un autre jour, ou au contraire un caractère trop urgent, relevant dans ce cas d'un recours aux urgences ou d'une hospitalisation. Ces dernières étaient alors considérées comme une perte de chance pour le patient et une perte de temps pour le MG, qui estimait qu'elles ne relevaient pas de leur devoir mais de celui de leurs confrères urgentistes. Nous retrouvons cette notion de devoir des VADNP en urgence dans le travail de thèse de Guillot et Ritter (22), où l'avis des MG interrogés est partagé. En effet certains MG estiment qu'il est de leur devoir de les assurer et de quitter le cabinet en urgence, d'autres rejoignent le point de vue des MG interrogés durant notre étude.

Dans le cas où la VAD est simplement reprogrammée quelques jours plus tard, il est intéressant de souligner l'intérêt d'une coopération pluriprofessionnelle avec les IDE notamment, comme mentionné par certains MG, pour une évaluation de l'état du patient, la réalisation d'un bilan biologique ou une adaptation de traitement dans l'attente d'une évaluation médicale afin de permettre une prise en charge optimale du patient.

D'autres critères amènent à un refus de la VADNP, comme la possibilité du patient de se déplacer, son âge jeune, un appel trop tardif dans la journée, ou l'absence de justification médicale. Ainsi, pour les MG interrogés, la VADNP apparaît souvent comme la solution de dernier recours.

En cas de refus, il est du devoir du MG de proposer une alternative afin d'assurer la continuité des soins, comme nous le rappelle le Code de la Santé Publique : *“Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.”* (25). Ces alternatives sont nombreuses : venir au cabinet par ses propres moyens ou se faire amener par un proche, conseils ou surveillance téléphoniques, prescription d'un traitement, utilisation de la pharmacie du patient, proposition de prise en charge par un Centre de Soins non Programmés, le médecin de garde ou SOS médecin. Cette notion de continuité des soins et une partie de ces alternatives sont évoquées dans le travail de recherche de Guillot et Ritter (22). Il est important de souligner que ces alternatives sont pour la plupart rendues possibles par le caractère semi-rural à semi-urbain du secteur de notre étude. En effet, nous pouvons facilement penser que ces alternatives ne sont pas disponibles dans des secteurs plus ruraux où l'offre de soins peut être plus limitée.

Concernant les VADNP hors cabinet, on retrouve dans la littérature qu'un tiers des MG refusent les SNP pour les patients hors de leur patientèle (20). Dans notre étude, ces refus s'expliquent principalement par un manque de temps du MG qui est déjà surchargé, et par un sentiment de devoir souvent limité à sa patientèle uniquement. Ce sentiment de devoir est plus étendu pour d'autres, qui acceptent alors d'aller voir le patient si son état de santé le justifie et s'il n'a pas de médecin traitant, ou si ce dernier est absent et n'appartient pas à un cabinet de groupe.

Au vu de la difficulté de la réalisation des VADNP, celles-ci sont réduites au maximum et tous les MG interrogés se sont accordés pour dire que ces VAD sont réservées aux patients étant dans l'impossibilité de se déplacer. Ce critère est, dans notre étude, souvent rapporté à l'âge élevé du patient et à ses comorbidités et concerne en général les patients qui sont habituellement vus en VADP, ou alors les patients âgés qui se déplacent normalement au

cabinet mais qui sont exceptionnellement non mobilisables en raison d'une pathologie aiguë. Ceci peut s'expliquer d'une part par l'importante quantité de travail des MG, qui cherchent alors à limiter les actes chronophages tels que les VAD, et d'autres par l'Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins, visant à limiter les VAD uniquement aux patients ne pouvant se déplacer (5).

De la même façon, pour motiver le déplacement du MG, la notion de justification médicale a systématiquement été mentionnée. Elle n'a pas été précisément définie, et semble être restée floue pour les MG.

D. Qu'est-ce qu'une VADNP justifiée ?

Il nous paraît intéressant de nous questionner sur cette définition de VADNP justifiée. A l'aide des résultats de notre étude, de l'Arrêté du 26 août 2002 (5), et des résultats d'autres travaux de recherche tels que celui de Guillot et Ritter (22), de Tekaya (17), nous proposons de définir cette notion selon trois axes :

- Selon les caractéristiques du patient, qui semblent prévaloir sur le motif :
 - Age élevé,
 - Présence de comorbidités,
 - Ne pouvant se déplacer du fait d'une pathologie chronique ou d'un handicap physique ou psychique,
 - Patient généralement vu en VADP,
 - Ou exceptionnellement patient ne pouvant se déplacer sur pathologie aiguë.
- Selon les caractéristiques du motif :
 - Symptômes aigus,
 - Potentiellement graves.
- Selon le degré d'urgence :
 - Aggravation potentielle de l'état du patient à court/moyen terme,
 - Symptômes n'évoquant pas une urgence vitale,
 - Absence de critères d'hospitalisation évidents,
 - Urgence potentiellement gérable en ambulatoire.

E. VAD incompressibles

Lors de nos différents entretiens, nous avons pu constater que la majorité des médecins interrogés considéraient certaines visites à domicile essentielles, « incompressibles ». Cependant, il semble difficile de donner une définition précise à ce terme, tant les motifs de demandes de visites à domicile sont nombreux et les situations propres à chaque patient.

Même si cela apparaît comme « primordial » pour la plupart des médecins généralistes (26), les raisons pour lesquelles cet acte le serait restent assez floues.

Dans un rapport du Conseil de l'Ordre en 2021 (27), il est indiqué que la notion de visites à domicile incompressibles « *n'est pas définie dans les textes et est inégalement abordée dans les cahiers des charges régionaux* ». Ainsi, l'Ordre tente de préciser cette notion : « *les visites dites incompressibles correspondent aux situations où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et pour lesquels il n'est pas opportun de mettre en œuvre un transport sanitaire* ».

De la même façon, l'Assurance Maladie considère que la visite à domicile est « *réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer* », cette incapacité étant à évaluer par le médecin (28).

Nous rappelons que les MG de notre étude ont mis en avant la nécessité d'un passage à domicile pour les patients ne pouvant venir au cabinet. La mobilité réduite de certains individus fait un parallèle avec l'âge des patients vus en domicile. En effet, la quasi-totalité des MG rencontrés nous ont indiqué considérer les VAD essentielles pour les personnes âgées. Ainsi, il semble être légitime d'avancer que certaines VAD sont incompressibles pour les patients âgés ne pouvant se déplacer au cabinet.

Dans cette étude, il a été mis en avant que les VAD étaient nécessaires lorsqu'elles étaient justifiées sur le plan médical ; toutes les personnes interrogées semblaient d'accord sur ce point.

Cette définition semble être propre à chaque MG, chaque pratique, fonction de sa patientèle et de son organisation de visites à domicile.

Au vu de toutes ces données, nous pouvons dire que la frontière entre une VAD « incompressible » et une VAD « justifiée » est assez mince. En effet, les critères d'une VADNP justifiée proposés dans le paragraphe précédent semblent similaires à ceux relatifs à la VAD incompressible retrouvés dans la littérature. Il ne paraît donc pas aberrant de définir une VADNP incompressible comme : « une demande de VAD pour un patient âgé comorbide, ne pouvant se déplacer du fait d'une pathologie chronique, d'un handicap physique ou psychique, ou bien rendu non mobilisable du fait d'une pathologie aiguë,

présentant des symptômes aigus potentiellement graves susceptibles de s'aggraver à court ou moyen terme, en l'absence de critère d'urgence vitale ou d'hospitalisation et dont la prise en charge est envisageable en ambulatoire. »

F. Solutions proposées

Les VADNP sont donc contraignantes pour les MG avec une réalisation parfois laborieuse en lien avec les nombreuses difficultés évoquées précédemment. Cependant, ces VAD sont indispensables et leur effecton doit d'être assurée devant l'existence de VAD incompressibles. Des solutions doivent être mises en place pour permettre et faciliter cet accès aux soins et limiter la saturation des urgences. Selon une étude française de 2018, le nombre de visites aux urgences a augmenté en France de 50 % entre 2000 et 2015, souvent en raison de la facilité d'accès aux services d'urgence. Ce travail suggère que l'amélioration de l'organisation et de l'accessibilité des soins primaires et de soutien aux personnes âgées est importante pour réduire leur part de passage aux urgences (29).

a) Réorganisation à l'échelle du cabinet

Parmi les MG interrogés, des difficultés étaient rencontrées, qu'ils soient en cabinet seul ou en cabinet de groupe. Pour la plupart des MG appartenant à des cabinets de groupe, la gestion des VADNP était individuelle, bien qu'il leur soit possible de réaliser des VAD pour leur confrère en cas d'absence de celui-ci, ou pour rendre service. Certains MG ont proposé de mettre en place une gestion de groupe des CNP et des VADNP par un système de roulement, avec chaque jour un MG dédié aux urgences de la patientèle du cabinet de groupe ou de la MSP. Une étude française de 2021 réalisée dans le secteur du sud Gironde a exploré les stratégies d'adaptation des MG pour répondre aux CNP et VADNP (20). Celle-ci mentionnait l'intérêt d'une gestion de groupe pour répartir la charge de travail liée aux demandes de SNP entre les MG, permettant également de limiter les refus de soins et de répondre plus facilement aux demandes de VADNP.

b) Perspective d'une gestion territoriale des VADNP

Une solution proposée était la mise en place d'un effecteur mobile sur le bassin de la CPTS, pour effectuer les VADNP du secteur. La plupart des MG interrogés n'étaient pas favorables

à cette solution. Cela peut s'expliquer d'une part par un manque de volonté à réaliser davantage un acte qui est vécu comme contraignant par les MG, auquel s'ajoutent les difficultés propres à la réalisation d'une VAD chez un patient qui leur est inconnu. D'autre part, certains MG ont exprimé ressentir un devoir envers leur patientèle uniquement, freinant par conséquent la possibilité d'un engagement plus collectif. Par ailleurs, les MG ont conscience de la volonté réduite de leurs confrères à s'impliquer dans cette gestion collective des VADNP, ce qui engendre la crainte d'une inégalité dans la répartition de la charge de travail et limite à son tour l'espoir d'une gestion de groupe. Le travail de thèse de C. Berthonneau de 2015 (30) a étudié l'expérimentation d'un effecteur mobile sur le bassin de Muret. Dans cette étude, l'effecteur mobile intervient pendant les horaires de PDSA (durant les weekends mais hors nuits profondes), et réalise les VADNP "incompressibles" sur demande de la régulation sur le bassin de Muret. Le matériel nécessaire est fourni, une chambre de garde est disponible à la clinique d'Occitanie, le dossier médical est informatisé de façon à garder une trace écrite de chaque VAD. Bien que se rattachant aux horaires de PDSA, 89 % des MG installés sur le bassin de Muret ont estimé que la présence de cet effecteur mobile était bénéfique sur la qualité de travail du MG effecteur fixe ou mixte (cabinet ou MMG). Ces données pourraient nous laisser penser qu'un effecteur mobile à l'échelle de la CPTS pourrait être également bénéfique sur la qualité du travail quotidien des MG. Avec suffisamment de MG volontaires, une étude expérimentale de cet effecteur mobile hors horaire de PDSA pourrait être intéressante afin d'évaluer ce bénéfice.

Un autre type de solution proposée à l'échelle de la CPTS était la mise en place d'une « MMG » en journée. On peut s'interroger sur un problème, aussi d'actualité pour les MMG de PDSA, qui est l'assurance par un seul MG des CNP et des VADNP. En effet à l'heure actuelle, lors de la PDSA un MG posté en MMG n'assure en général que les consultations et non les VAD, on peut donc penser qu'en heures ouvrables la demande de soins serait suffisamment importante pour que cette problématique persiste. On pourrait alors envisager la présence de deux MG postés, l'un sur place à la MMG assurant les consultations urgentes, l'autre mobile pour effectuer les VADNP, ce qui semble déjà se faire en PDSA dans certains secteurs (31). Une étude expérimentale serait nécessaire pour évaluer l'efficacité de cette organisation.

Ce dispositif amène à s'intéresser aux Centres de SNP (CSNP), qui sont des structures intermédiaires entre les cabinets de médecine générale et les services d'urgence et disposent d'un plateau technique adapté (matériel de suture et d'immobilisation, biologie, imagerie médicale, médecine de spécialité) (32). Il pourrait être intéressant de les développer davantage afin de couvrir plus de territoire pour répondre aux CNP parfois nombreuses,

laissant alors la possibilité aux MG libéraux d'avoir plus de temps disponible pour assurer leurs VADNP.

Un MG avait proposé une autre version du SAS actuel : l'ouverture de créneaux de VADNP par les MG de la CPTS, pour les patients sans médecin traitant ou dont le médecin est absent et sans associé, ainsi qu'une coordination locale de ces demandes à l'échelle de la CPTS. Il explique l'intérêt de cet interlocuteur local par une plus grande facilité de communication et de volonté d'entraide entre MG se connaissant. Il s'agit d'un dispositif qui nécessite, encore une fois, l'engagement d'un nombre suffisant de MG et qui doit être expérimenté pour vérifier sa faisabilité et son bénéfice en termes d'amélioration de l'accès aux soins.

c) Délégation des tâches

En France, la délégation des tâches est encore peu développée. Pourtant cette pratique est très soutenue dans de nombreux pays, et ce depuis une dizaine d'années. Une étude pilote anglaise de 2009 (33) a étudié la faisabilité et les résultats cliniques de la gestion par les infirmières praticiennes des demandes de soins aigus le jour même, y compris celles qui nécessitent des visites à domicile. Celle-ci semblait réalisable dans la pratique pour des pathologies aiguës mineures ou des blessures aiguës, avec une satisfaction du patient suite à l'intervention de l'infirmière, qui paraissait semblable à celle du MG. Dans cette étude, l'infirmière était une infirmière prescriptrice indépendante qualifiée avec douze ans d'expérience, et était plus susceptible que le MG de se déplacer pour évaluer le patient physiquement. Une autre étude de 2021 réalisée au Royaume-Uni a exploré l'expérience des patients et des professionnels d'un service de VAD en soins primaires assurés par des Praticiens de Soins d'Urgence (PSU), à la place des MG. Ces PSU avaient une formation paramédicale ou infirmière spécifique et étaient employés par le service ambulancier local (34).

Dans cette étude, l'impact de l'intervention de ces PSU sur la charge de travail des MG et sur les soins aux patients a été perçu comme positif par les patients, les MG et les PSU, bien qu'initialement, de nombreux MG avaient émis des réserves quant à l'acceptabilité par les patients des VAD réalisées par les PSU, ainsi qu'au niveau de connaissances et d'expertise possiblement restreint des PSU. Un MG avait souligné un point intéressant en expliquant qu'il serait préférable que les PSU soient intégrés dans leurs propres équipes plutôt que de venir de l'extérieur. D'autres études suggèrent un bénéfice de la réalisation de certaines VAD par du personnel paramédical notamment les IDE, comme par exemple une étude

suisse de 2021 (16), une étude irlandaise de 2022 (35), une étude américaine de 2018 (36) ou encore une étude de 2019 réalisée aux Pays-Bas (37). Ces données nous amènent à nous questionner sur la faisabilité d'un transfert des tâches en France. Depuis quelques années se sont développés les IPA, infirmières et infirmiers formés à une pratique clinique et à la réalisation de prescriptions. Il nous paraît intéressant de faire un parallèle entre les compétences cliniques de ces PSU et celles des IPA afin d'envisager une délégation des tâches, notamment pour les VADNP qui pourraient être en partie réalisées par les IPA. L'idée de déléguer les VAD aux IPA a été évoquée dans notre travail de recherche, mais contrairement à ces différentes études, seules les VAD programmées de renouvellement, non complexes, étaient concernées par ce transfert de tâches, et ce sous condition que l'IPA agissait avec sa propre responsabilité. Les autres MG étaient pour la plupart réticents à cette idée. Nous nous interrogeons donc sur les raisons qui conduisent les MG à repousser cette idée. Il n'est pas exclu qu'il s'agisse en partie de la crainte d'une expertise insuffisante des IPA, comme évoqué dans le travail de Barker et Stocker (34). Un MG de notre étude évoquait également la crainte de n'avoir plus que la gestion des cas complexes. Au vu de ces données, il nous semble pertinent de remettre en question les idées préconçues sur la qualité de l'évaluation clinique d'un patient par un professionnel paramédical, et de réaliser des études expérimentales quant au bénéfice de l'intervention des IPA pour des situations non complexes telles que certaines VAD.

d) Développement de la télémédecine

Le développement de la télémédecine n'a pas été évoqué par les MG que nous avons interrogés. Cependant une étude allemande de 2020 a testé la télémédecine entre un MG et un patient en EHPAD pour les consultations de routine et les consultations urgentes, afin de limiter le recours aux urgences (38). Un système télémédecine comprenant des dispositifs médicaux intégrés a été développé avec succès et s'est avéré utile voire nécessaire pour une prise de décision prudente et fiable de la part du MG.

Une autre étude allemande, qui ne se rapporte pas à la télémédecine, suggérait de former davantage les IDE des EHPAD (19).

e) Autres solutions évoquées

D'autres idées intéressantes ont été évoquées lors de notre étude.

Plusieurs MG ont exprimé l'idée de développer une prise en charge par l'Assurance Maladie de transport des patients vers le cabinet médical, en soulignant que cette pratique existait déjà pour les consultations chez le spécialiste. D'un point de vue organisationnel, cela nous paraît difficile, mais non impossible, à mettre en place pour les CNP où la synchronisation entre le temps de consultation et l'arrivée du patient au cabinet peut être aléatoire. Cette situation impliquerait un engagement du MG à recevoir le patient en priorité. Cette alternative paraît tout à fait envisageable dans le cadre de consultations programmées, où une VADP trimestrielle pourrait être remplacée par une consultation, ce qui libérerait du temps pour d'éventuelles VADNP. La problématique du coût est néanmoins à prendre en compte.

Un MG a évoqué le développement du VLMG (Véhicule Léger de Médecine Générale). Ce dernier, mis en place au printemps 2020 à l'occasion de la Pandémie Covid-19, est basé au SAMU 31 et est déclenché par la régulation pour les situations médicales aiguës sans détresse vitale évidente, qui ne relèvent pas d'une prise en charge SMUR ni d'une hospitalisation d'emblée. Il se compose d'un MG et d'un ambulancier (39). Le travail de thèse de 2022 de N. Rey a évalué ce dispositif innovant, mettant en avant son intérêt multiple, à la fois pour le patient, les services d'urgences et le MG. Avec un délai de prise en charge inférieur à 80 minutes dans la moitié des cas et une moyenne de 6 à 7 interventions par jour, les médecins de la VLMG ont probablement permis de décharger les services d'urgences. Il nous paraît donc intéressant de développer d'autres équipes afin de répondre davantage aux VADNP.

SOS médecin, association créée en 1966, est un important dispositif d'urgence et de permanence de soins non programmés en France (40). Bien que largement développé sur l'agglomération toulousaine, son champ d'intervention ne couvre pas toute la superficie de la future CPTS des Portes du Lauragais comme expliqué par quelques MG interrogés. Élargir celui-ci comme proposé par un MG de notre étude pourrait être intéressant pour faciliter la réponse aux demandes de VADNP. Cette solution nécessiterait un nombre d'effecteurs suffisant.

Les VAD en EHPAD sont vécues comme particulièrement contraignantes par les MG. Un MG a évoqué l'idée que le médecin coordonnateur d'EHPAD ait aussi le rôle de médecin traitant pour les résidents. Cette réflexion semble intéressante, mais il est cependant important de prendre en considération l'augmentation de la charge de travail de ce médecin coordonnateur, qui aurait alors à gérer une patientèle particulièrement complexe.

Bien que cela soit recommandé (41), très peu d'EHPAD ont mis en place des mesures visant à faciliter la venue du MG telles que l'accompagnement de ce dernier par un personnel de l'établissement lors de ses visites ou encore une salle de consultation dédiée à l'examen des patients (18). Cela permettrait peut-être d'améliorer le quotidien du MG en EHPAD dont la place semble parfois difficile à trouver au sein de l'équipe de l'établissement. Depuis 2019, le rôle du médecin coordonnateur d'EHPAD a été élargi (41) permettant un droit de prescription lorsque le médecin traitant ne peut assurer une visite ; des établissements salarient désormais des médecins dédiés au suivi de leurs pensionnaires : cela sera-t-il suffisant pour alléger les contraintes des VAD en EHPAD très dépréciées par certains MG ?

Enfin, si la diminution des VAD dans le temps est en partie liée à une surcharge de travail due à un manque de MG libéraux, il nous paraît évident, comme évoqué par l'un des MG, que former plus de professionnels permettrait aux MG d'alléger leur planning et ainsi de libérer du temps pour assurer leurs VADNP.

f) Freins au changement de pratique

Plusieurs freins au changement de pratique ont été mentionnés par les MG, notamment la crainte d'effectuer davantage un acte non apprécié, chronophage, et la peur d'une répartition inégale de la charge de travail. Ainsi, ces réticences au changement pourraient également s'expliquer par le fait que les MG soient satisfaits du système d'organisation actuel, de par leur implication personnelle au sein de leur patientèle et à la densité médicale de la CPTS potentiellement suffisante pour permettre une couverture médicale acceptable afin de répondre à la demande des SNP. Nous pouvons également supposer que la mise en place d'un système raccourcissant considérablement les délais de rendez-vous ou de visites d'urgence pourrait entraîner un mésusage du soin de la part des patients, et perturber l'organisation de chaque cabinet.

G. Et après ?

Bien que nous assistions depuis une vingtaine d'années à une baisse drastique du nombre de VAD (diminution d'un facteur trois de 1997 à 2016 (4)), les avis concernant l'évolution du nombre de VAD divergeaient nettement au sein des MG interrogés.

Une moitié prévoyait une augmentation à venir des VAD (et donc des VADNP) du fait principalement du vieillissement de la population. En effet, la population française continue d'augmenter (42) et, en 2060, un tiers des Français sera âgé de plus de 60 ans (8). Nous pouvons ainsi aisément penser qu'avec le vieillissement de la population, les patients polypathologiques à mobilité réduite seront plus nombreux et pourraient alors motiver un plus grand nombre de VAD. Cette vision est également partagée par des médecins Picards (43) et les internes parisiens (44).

Néanmoins, l'autre moitié de notre échantillon envisageait à l'avenir une diminution certaine du nombre de VAD, expliquant cela par plusieurs motifs. Tout d'abord, il a été évoqué que cet acte devenait de moins en moins populaire, ce que décrit également Vialtel dans son travail de recherche où les internes en médecine générale expliquaient la diminution à venir des visites par le désintérêt accordé à cet acte mais aussi par la pénurie actuelle et à venir de médecins (45). Ensuite, d'autres ont imputé la baisse à venir au manque de temps des médecins pour la réalisation des visites, mais aussi du fait de la féminisation du métier de médecin généraliste (46)(7).

Nous pouvons alors nous questionner sur une telle divergence quant à l'évolution à venir du nombre de VAD : alors que la population augmente et vieillit, l'évocation d'une diminution de cet acte serait-elle l'expression d'un souhait plus que d'une réalité de terrain ? De plus, le devenir de la médecine et donc de la VAD est indissociable de l'évolution de la société, qui, depuis maintenant plusieurs années a pris un virage vers un développement de la numérisation. La médecine elle-même tend à être plus numérisée avec notamment de déploiement du DMP, et, nous pouvons imaginer le développement d'autres technologies modifiant les pratiques actuelles. Au vu des données épidémiologiques, il est peu probable que le nombre de VAD, déjà bien limité, diminue davantage, car cela irait à l'encontre de l'intérêt des patients. Il est cependant possible que la réalisation de ces VAD soit modernisée. Quel que soit le chemin pris, que nous ne connaissons pas à l'heure actuelle, les MG de l'étude semblaient pessimistes concernant l'avenir.

CONCLUSION

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés met en évidence que la visite à domicile non programmée, imprévisible et chronophage, généralement peu appréciée des médecins généralistes, s'accompagne de difficultés notamment sur le plan organisationnel puisqu'elle désorganise le planning du médecin et s'ajoute à une journée de travail déjà bien chargée, phénomène aggravé en période hivernale. Si une demande formulée tôt dans la journée peut être assurée sur la pause de midi, les demandes tardives posent le problème des journées à rallonge et du possible impact sur la vie familiale et personnelle du médecin, participant à l'épuisement professionnel. D'autres difficultés se rapportent au patient, notamment la distinction parfois difficile entre l'urgence réelle et celle ressentie par ce dernier, qui peut alors exiger une réponse immédiate de la part du praticien. Malgré ces difficultés, nous constatons que les visites non programmées sont généralement assurées par les médecins généralistes et lorsque ce n'est pas le cas le refus s'accompagne toujours de solutions alternatives proposées au patient. Ce sentiment de devoir est généralement limité à la patientèle. Cela ajouté au caractère chronophage aggravé par la méconnaissance du patient, au manque de temps, à la crainte de l'erreur médicale, de la surcharge de travail, et parfois de la sécurité, fait que les médecins sont peu engagés dans la réalisation de visites urgentes pour des patients n'appartenant pas à leur patientèle. Limitées au maximum aux seules visites justifiées, elles ne peuvent être supprimées par la persistance de visites dites "incompressibles", pour lesquelles le déplacement du médecin est indispensable pour maintenir l'accès aux soins. La population étant vieillissante et la démographie médicale actuellement insuffisante, il nous paraît indispensable d'envisager des solutions pour répondre plus facilement à ces demandes, afin d'améliorer la qualité des soins aux patients et de limiter l'épuisement professionnel des médecins généralistes. Ces solutions évoquées, qu'il s'agisse de repenser l'organisation au sein des cabinets de groupe, de mettre en place une gestion territoriale des visites non programmées ou encore de les déléguer à du personnel paramédical ou infirmier, nécessitent toutes d'être explorées par des études dédiées afin d'évaluer leur efficacité et leur faisabilité. Nous pensons que le fait que cette étude soit réalisée sur un territoire de CPTS donné est un point fort quant à l'applicabilité de ces solutions proposées.

Doyenne de la faculté

Toulouse, le 28/08/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Présidente de Jury

le 28/08/2023

Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

69

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES SELON VANCOUVER

1. Allen DJ, Heyrman PJ. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste, et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. 2002 ; :52.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>. [consulté le 24 août 2023].
3. Tonnellier F. Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles. Les Tribunes de la santé. 2009 ; n° 23(2):57.
4. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Thèse de Médecine, Faculté de Médecine Paris Descartes. 26 juin 2019 ; :83.
5. Légifrance. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000414131>. [Consulté le 24 août 2023].
6. DREES. Démographie des professionnels de santé. [En ligne]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf. [Consulté le 24 août 2023].
7. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. 2004 ; (353)2025;12.
8. INSEE. Projection de population à l'horizon 2070. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2496228/ip1619.pdf>. [consulté le 11 mai 2022].
9. DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>. [consulté le 11 mai 2022].
10. DREES. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>. [consulté le 11 mai 2022].
11. Observatoire Régional de la Santé. Fréquence des soins non programmés en médecin générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. 2017 [En ligne]. Disponible sur :
:

- https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf. [consulté le 8 novembre 2022].
12. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [EN ligne]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>. [consulté le 24 août 2023].
 13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>. [consulté le 25 juillet 2023].
 14. Mueller Y, David S, Cohidon C, Locatelli I, Senn N. Home visits made by general practitioners in the canton of Vaud between 2006 and 2015. *Swiss Med Wkly*. 11 mars 2019 ; 149:w20037.
 15. Dufour A. La visite à domicile encore d'actualité. Thèse de Médecine. Université Lyon Sud ; 2017.
 16. Joachim L, Patrick T, Stephane D, Nicolas S, Yolanda M. Swiss family physicians and home visits: A 10-year retrospective analysis and typology based on billing data. *Swiss Med Wkly*. 2021 ; 151(5-6).
 17. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. Thèse de Médecine. Université de Montpellier ; 2019 ; 107.
 18. Ruelle Y, Bessah N, Hami L. Le médecin généraliste en EHPAD : un acteur incongru ? Étude au sein des EHPAD d'un territoire défavorisé. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juin 2023 ; 71(3):101423.
 19. Bleckwenn M, Ashrafnia D, Schnakenberg R, Weckbecker K. [Urgent Visits to Nursing Homes: A General Practitioner's Perspective]. *Gesundheitswesen*. avril 2019 ; 81(4):332-5.
 20. Management of unscheduled care in general practice in South-West France. *Santé Publique*. 22 novembre 2021 ; Vol. 33(4):517-26.
 21. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice*. 22 avril 2011 ; 12:24.
 22. Guillot A, Ritter C. Éléments décisionnels de la réalisation de visites à domicile non programmées par les médecins généralistes de l'agglomération grenobloise : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de Médecine. Université de Grenoble Alpes ; 2017
 23. Buirette C, Carrot A. Étude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des

- visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes. Thèse de Médecine. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2016
24. Dutheil F, Parreira LM, Eismann J, Lesage FX, Balayssac D, Lambert C, et al. Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16 novembre 2021 ;18(22).
 25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 47 - Continuité des soins. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuete-soins>. [consulté le 22 juillet 2023].
 26. Le Généraliste.fr. Les visites à domicile, en faire ou pas ? 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/demographie/les-visites-domicile-en-faire-ou-pas>. [consulté le 15 mai 2023].
 27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du conseil national de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021. [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uhurvh/cnom_rapport_pdsa_2021.pdf. [consulté le 15 mai 2023].
 28. Ameli.fr. Visites à domicile [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haute-garonne/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-visites-domicile>. [consulté le 24 août 2023].
 29. Or Z, Penneau A. A Multilevel Analysis of the determinants of emergency care visits by the elderly in France. *Health Policy*. 2018 ;122(8):908-14.
 30. Berthonneau C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret. Évaluation lors du premier semestre 2014. Thèse de Médecine. Université Toulouse III-Paul Sabatier ; 2015
 31. Agence Régionale de Santé Occitanie. Permanence des soins en médecine ambulatoire - Cahier des charges de la région Occitanie ; 2022 [En ligne]. Disponible sur : https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS%20Occitanie_CDC%20PDSA_VF_2019_0.pdf. [consulté le 22 juillet 2023].
 32. Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ffcsnp.fr>. [consulté le 24 août 2023].
 33. Edwards M, Bobb C, Robinson S. Nurse practitioner management of acute in-hours home visit or assessment requests: a pilot study. *BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE*. janvier 2009 ; 59(558):7-11.
 34. Barker RO, Stocker R, Russell S, Hanratty B. Future-proofing the primary care workforce: A qualitative study of home visits by emergency care practitioners in the UK. *European Journal of General Practice*. décembre 2021 ; 27(1):68-76.

35. Feerick F, Connor CO, Hayes P, Kelly D. Introducing Advanced Paramedics into the rural general practice team in Ireland - general practitioners attitudes. *BMC Primary Care*. 26 mai 2022 ; 23(1):130.
36. Kant RE, Vejar M, Parnes B, Mulder J, Daddato A, Matlock DD, et al. Outcomes and provider perspectives on geriatric care by a nurse practitioner-led community paramedicine program. *Geriatric Nursing*. octobre 2018 ; 39(5):574-9.
37. Smits M, Peters Y, Ranke S, Plat E, Laurant M, Giesen P. Substitution of general practitioners by nurse practitioners in out-of-hours primary care home visits: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. avril 2020 ; 104:103445.
38. Ohligs M, Stocklassa S, Rossaint R, Czaplik M, Follmann A. Employment of Telemedicine in Nursing Homes: Clinical Requirement Analysis, System Development and First Test Results. *Clinical Interventions in Aging*. 2020 ; 15:1427-37.
39. Rey N, Dubucs X. Étude prospective de la mise en place du véhicule léger de médecine générale au SAMU 31. Thèse de Médecine. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2022
40. SOS Médecins. Histoire et valeurs. [En ligne]. Disponible sur : <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/histoire-et-valeurs/>. [consulté le 23 juillet 2023].
41. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. 2012 [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese_qualite_de_vie_4_novembre2012-2_2018-03-16_12-32-35_310.pdf. [consulté le 24 août 2023].
42. Papon S., Beaumel C. Bilan démographique 2017. INSEE. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173?sommaire=1912926>. [consulté le 19 juillet 2023].
43. Gest F., Dubois A. Les visites à domicile en médecine générale en Picardie : état des lieux en 2013, évolution des pratiques, ressenti des médecins généralistes. Thèse de Médecine. Université de Picardie Jules Verne ; 2014
44. Jennah D, Doré M. La visite à domicile : quel avenir pour ce mode d'exercice en médecine générale ? étude quantitative descriptive transversale d'un échantillon d'internes de Paris XIII. Thèse de Médecine ; Université Sorbonne Paris Nord ; 2016
45. Vialtel SE. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. Thèse de Médecine. Université de Lorraine ; 2012
46. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? : Analyses micro-économétriques de l'offre de soins. Thèses de Médecine. Université Paris Dauphine - Paris IX ; 2015

ANNEXE 1 : E-mail de présentation

Bonjour,

Nous sommes Lucie Esclavard et Célia Thomas, deux internes rattachées à la faculté de Toulouse, et stagiaires en autonomie en périphérie Toulousaine.

Dans le cadre de notre thèse co-dirigée par le Dr VALDEYRON, nous recherchons à recueillir des **retours d'expérience de Médecins Généralistes concernant l'organisation des VAD urgentes (non programmées) dans la pratique quotidienne.**

Nous aimerions vous rencontrer pour discuter de votre approche de ce type de situation et recueillir vos anecdotes.

Votre pratique nous intéresse, que vous soyez en cabinet individuel ou en groupe, installé depuis 2 ou 30 ans !

Notre travail est bien entendu anonymisé. Nous nous rendrons disponibles pour vous rencontrer à l'endroit et l'heure qui vous arrangent, **l'entretien dure trente minutes environ.**

Si vous souhaitez des informations supplémentaires ou si vous êtes motivés à nous rencontrer, contactez-nous :

Lucie ESCLAVARD : téléphone ; mail

Célia THOMAS : telephone ; mail

En vous remerciant de votre attention,

Confraternellement,

Lucie et Célia

ANNEXE 2 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien

Version avant entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Lucie Esclavard et Célia Thomas

1. **Données épidémiologiques** : pour commencer nous allons vous poser quelques courtes questions sur vous avant de nous concentrer sur les visites :
 - (Sexe)
 - Quel âge avez-vous ?
 - Comment décririez-vous votre type de patientèle : urbain / rural / semi-rural
 - Avez-vous des enfants ; si oui combien ? (Dont nombre à la maison)
 - Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?
 - Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, cabinet de groupe, MSP, ESP, CPTS)
 - Combien d'heures travaillez-vous par semaine environ ?
 - Combien de VAD effectuez-vous par semaine ?
 - Sauriez-vous dire la part de votre patientèle ayant plus de 80 ans ?
 - Avez-vous validé votre inscription en tant qu'effecteur de SNP dans le cadre du SAS 31 ?
 - o *(SAS 31 : service d'accès aux soins. La HG a fait partie d'un des 22 laboratoires d'essais du ministère de la santé ; le but étant de donner accès de façon égale partout en France aux soins, en ayant 48h pour répondre à l'effectif, avec régulation obligatoire. L'ARSNP 31 (association de régulation non programmée) est chargée de prendre ces appels via le 39 66 ou le 15. Les médecins effecteurs de ce dispositif peuvent mettre en ligne des créneaux disponibles pour accueillir ces patients, avec en bénéfice une majoration de la cotation MG + SNP (+ 15€) et une intégration de cette démarche dans la validation du ROSP).*

- Participez-vous à la PDSA ? Quel est le type d'organisation locale ?
MMG ou cabinet ?

2. Place des visites à domicile non urgentes/ programmées dans le quotidien du médecin

- Comment organisez-vous les VAD programmées dans votre pratique quotidienne ?
 - o **Relance** : avez-vous des créneaux dédiés aux visites sur votre planning ? Si oui comment ceux-ci sont organisés ?
- Quelle valeur accordez-vous aux VAD ?
 - o Relance : trouvez-vous cet acte essentiel dans la pratique du médecin généraliste ? Pouvez-vous développer ?
 - o Si vous ne faites pas de VAD, pourquoi ?
- Avez-vous l'impression que ces VAD augmentent ou diminuent en nombre depuis que vous êtes installé ? Comment expliqueriez-vous cela ?

3. Organisation du médecin face aux demandes de VAD urgentes/non programmées

Nous allons désormais aborder la question plus spécifique des VAD non programmées c'est-à-dire les visites urgentes qui n'étaient initialement pas prévues dans votre emploi du temps et qui se déroulent à des horaires différents de la PDSA.

Par exemple imaginons que vous êtes en plein cœur de votre matinée de consultations et que l'on vous appelle pour l'un de vos patients de 80 ans qui vient habituellement en voiture mais qui fait des malaises à répétition depuis le matin ? Ou alors une mère de trois enfants en bas âge qui a 39°C de température et est souffrante ?

- Comment vos patients peuvent-ils vous contacter pour demander une demande de VADNP ?
 - o Relance : les demandes passent-elles par le secrétariat ? le téléphone portable du médecin ? l'agenda électronique ? SAS ?
- Qui décide d'accorder ou de discuter la VADNP ? Votre secrétaire ? Vous ?

- Comment intégrez-vous cette demande VAD non programmée dans votre emploi du temps ?
 - o Question de relance : Vous y allez le soir à la fin des consultations ? Entre midi et deux heures ? Le lendemain ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient d'un autre médecin **du cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - o Quelle est l'organisation de continuité des soins au sein du cabinet de groupe ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient **d'un autre cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - o Quelle est l'organisation de continuité des soins avec les autres confrères isolés ?

4. Difficultés du médecin face aux demandes de VAD non programmées

- Quels sont vos freins à la réalisation de ces visites dans votre organisation professionnelle ?
 - o Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour répondre à ces demandes ?
- Quels peuvent-être vos motifs de refus ?
- Si vous êtes dans l'incapacité d'assurer cette visite, que conseillez-vous au patient dans l'attente ou à la place ?
 - o Relance : d'appeler le 15 ? De se rendre aux urgences ?
- Sur quels critères vous basez-vous pour accepter ou refuser une VADNP ?
 - o Relance : certaines situations ou caractéristiques du patient pourraient-elles vous faire accepter ou refuser une visite ?

5. Évolution de la place des VAD non programmées et perspectives pour l'avenir :

- Pensez-vous que votre pratique actuelle concernant ces visites va évoluer dans le temps et si oui de quelle façon ?

- Relance : que vos VAD vont augmenter ou au contraire diminuer voire disparaître ?
- Avez-vous des idées pour répondre plus facilement à ces demandes ? Au niveau du cabinet ? A un niveau plus large ?
 - Relance : Que pensez-vous de l'idée d'un effecteur mobile pour répondre à ces visites ? L'effecteur qui est habituellement un médecin, pourrait-il être un ou une infirmier(e) ? Autre forme de délégation d'acte ?
- Que diriez-vous si l'on vous proposait de vous impliquer à une échelle plus large que le cabinet ? A une organisation plus territoriale ?
 - Par exemple, certains bassins de santé ont expérimenté un système de rotation des médecins pour répondre à ces demandes de VADNP

Guide d'entretien

Version 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Lucie Esclavard et Célia Thomas

1. **Données épidémiologiques** : pour commencer nous allons vous poser quelques courtes questions sur vous avant de nous concentrer sur les visites :
 - (Sexe)
 - Quel âge avez-vous ?
 - Comment décririez-vous votre type de patientèle : urbain / rural / semi-rural
 - Avez-vous des enfants ; si oui combien ? (Dont nombre à la maison)
 - Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?
 - Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, cabinet de groupe, MSP, ESP, CPTS)
 - Combien d'heures travaillez-vous par semaine environ ?
 - Combien de VAD effectuez-vous par semaine ?
 - Sauriez-vous dire le pourcentage de votre patientèle ayant plus de 80 ans ?
 - Avez-vous validé votre inscription en tant qu'effecteur de SNP dans le cadre du SAS 31 ?
 - o *(SAS 31 : Service d'Accès aux Soins. La Haute-Garonne a fait partie d'un des 28 laboratoires d'essais du ministère de la santé; donner accès de façon égale partout en France aux soins, 48h pour répondre à l'effection avec régulation obligatoire. ARSNP 31 (association de régulation soins non programmés) qui est chargée de prendre ces appels via le 39 66 ou le 15. Les médecins effecteurs de ce dispositif peuvent mettre en ligne des créneaux disponibles pour accueillir ces patients, avec en bénéfice une majoration de la cotation et une intégration de cette démarche dans la validation du ROSP).*

- Participez-vous à la PDSA ? Quel est le type d'organisation locale ? MMG ou cabinet ?

2. Place des visites à domicile non urgentes/ programmées dans le quotidien du médecin

- Quelle place occupent les VAD dans votre pratique quotidienne ?
 - o Relance : avez-vous des créneaux dédiés aux visites sur votre planning ? Si oui comment ceux-ci sont organisés ?
- Quelle valeur accordez-vous aux VAD ?
 - o Relance : trouvez-vous cet acte essentiel dans la pratique du médecin généraliste ? Pouvez-vous développer ?
 - o Si vous ne faites pas de VAD, pourquoi ?
- Avez-vous l'impression que ces VAD augmentent ou diminuent en nombre depuis que vous êtes installé ? Comment expliqueriez-vous cela ?

3. Organisation du médecin face aux demandes de VAD urgentes/non programmées

Nous allons désormais aborder la question plus spécifique des VAD non programmées c'est-à-dire les visites urgentes qui n'étaient initialement pas prévues dans votre emploi du temps et qui se déroulent à des horaires différents de la PDSA

Par exemple imaginons que vous êtes en plein cœur de votre matinée de consultations et que l'on vous appelle pour l'un de vos patients de 80 ans qui vient habituellement en voiture mais qui fait des malaises à répétition depuis le matin ? Ou alors une mère de trois enfants en bas âge qui a 39°C de température et est souffrante ?

- Comment vos patients peuvent-ils vous contacter pour demander une demande de VADNP ?
 - o Relance : les demandes passent-elles par le secrétariat ? le téléphone portable du médecin ? l'agenda électronique ? SAS ?
- Qui décide d'accorder ou de discuter la VADNP ? Votre secrétaire ? Vous ?
- **Comment répondez-vous à une demande de VAD non programmées ?**
 - o Question de relance : comment vous l'intégrez à votre emploi du temps ? Vous y allez le soir à la fin des consultations ?

- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient d'un autre médecin **du cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - o Quelle est l'organisation de continuité des soins au sein du cabinet de groupe ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient **d'un autre cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - o Quelle est l'organisation de continuité des soins avec les autres confrères isolés ?

4. Difficultés du médecin face aux demandes de VAD non programmées

- Pourriez-vous nous raconter la dernière fois que vous n'avez pas pu accepter une VADNP ?
- Quelles sont vos difficultés à la réalisation de ces visites dans votre organisation professionnelle ?
- Quels peuvent-être vos motifs de refus ?
- Si vous êtes dans l'incapacité d'assurer cette visite, que conseillez-vous au patient dans l'attente ou à la place ?
 - o Relance : d'appeler le 15 ? De se rendre aux urgences ?
- Quels sont vos freins à la réalisation d'une visite concernant un patient n'appartenant pas à votre patientèle ?
- Sur quels critères vous basez-vous pour accepter ou refuser une VADNP ?
 - o Relance: certaines situations ou caractéristiques du patient pourraient-elles vous faire accepter ou refuser une visite ?

5. Évolution de la place des VAD non programmées et perspectives pour l'avenir :

- Pensez-vous que votre pratique actuelle concernant ces visites va évoluer dans le temps et si oui de quelle façon ?
 - o Relance : que les VAD vont augmenter ou au contraire diminuer voire disparaître ?

- Avez-vous des idées pour répondre plus facilement à ces demandes ? Au niveau du cabinet ? A un niveau plus large ?
 - o Relance : Que pensez-vous de l'idée d'un effecteur mobile pour répondre à ces visites ? L'effecteur est habituellement un médecin, pourrait-il être un ou une infirmier(e) ? Autre forme de délégation d'acte ?
- Quel pourrait-être votre degré d'implication concernant les VAD NP ?
 - o Relance : seriez-vous prêt à vous impliquer personnellement pour maintenir une efficacité des VAD NP ?

Guide d'entretien

Modifié Version 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Lucie Esclavard et Célia Thomas

1. **Données épidémiologiques** : pour commencer nous allons vous poser quelques courtes questions sur vous avant de nous concentrer sur les visites :
 - (Sexe)
 - Quel âge avez-vous ?
 - Comment décririez-vous votre type de patientèle : urbain / rural / semi-rural
 - Avez-vous des enfants ; si oui combien ? (Dont nombre à la maison)
 - Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?
 - Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, cabinet de groupe, MSP, ESP, CPTS)
 - Combien d'heures travaillez-vous par semaine environ ?
 - Combien de VAD effectuez-vous par semaine ?
 - Sauriez-vous dire le pourcentage de votre patientèle ayant plus de 80 ans ?
 - Avez-vous validé votre inscription en tant qu'effecteur de SNP dans le cadre du SAS 31 ?
 - o *(SAS 31 : service d'accès aux soins. La Haute-Garonne a fait partie d'un des 28 laboratoires d'essais du ministère de la santé; donner accès de façon égale partout en France aux soins, 48h pour répondre à l'effectation avec régulation obligatoire. ARSNP 31 (association de régulation soins non programmés) qui est chargée de prendre ces appels via le 39 66 ou le 15. Les médecins effecteurs de ce dispositif peuvent mettre en ligne des créneaux disponibles pour accueillir ces patients, avec en bénéfice une majoration de la cotation et une intégration de cette démarche dans la validation du ROSP).*
 - Participez-vous à la PDSA ? Quel est le type d'organisation locale ? MMG ou cabinet ?
 - Êtes-vous Maître de stage universitaire ?
 - Avez-vous une activité hors cabinet ? (Syndicat, médecin coordonateur, FAM, sapeur-pompier, régulation etc..)

2. **Place des visites à domicile non urgentes/ programmées dans le quotidien du médecin**
 - Quelle place occupent les VAD dans votre pratique quotidienne ?
 - o Relance : avez-vous des créneaux dédiés aux visites sur votre planning ? Si oui comment ceux-ci sont organisés ?
 - Quelle valeur accordez-vous aux VAD ?

- Relance : trouvez-vous cet acte essentiel dans la pratique du médecin généraliste ? Pouvez-vous développer ?
- Si vous ne faites pas de VAD, pourquoi ?
- Comment mettez-vous à jour le dossier patient lorsque vous partez en VAD ?
 - Utilisez-vous une tablette ? Dossier sur place ? Autre ? Logiciel ?
- Avez-vous l'impression que ces VAD augmentent ou diminuent en nombre depuis que vous êtes installé ? Comment expliqueriez-vous cela ?

3. Organisation du médecin face aux demandes de VAD urgentes/non programmées

Nous allons désormais aborder la question plus spécifique des VAD non programmées c'est-à-dire les visites urgentes qui n'étaient initialement pas prévues dans votre emploi du temps et qui se déroulent à des horaires différents de la PDSA

Par exemple imaginons que vous êtes en plein cœur de votre matinée de consultations et que l'on vous appelle pour l'un de vos patients de 80 ans qui vient habituellement en voiture mais qui fait des malaises à répétition depuis le matin ? Ou alors une mère de trois enfants en bas âge qui a 39°C de température et est souffrante ?

- Comment vos patients peuvent-ils vous contacter pour demander une demande de VADNP ?
 - Relance : les demandes passent-elles par le secrétariat ? le téléphone portable du médecin ? l'agenda électronique ? SAS ?
- Qui décide d'accorder ou de discuter la VADNP ? Votre secrétaire ? Vous ?
- **Comment répondez-vous à une demande de VAD non programmées ?**
 - Question de relance : comment vous l'intégrez à votre emploi du temps ? Vous y allez le soir à la fin des consultations ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient d'un autre médecin **du cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - Quelle est l'organisation de continuité des soins au sein du cabinet de groupe ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient **d'un autre cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - Quelle est l'organisation de continuité des soins avec les autres confrères isolés ?

4. Difficultés du médecin face aux demandes de VAD non programmées

- Pourriez-vous nous raconter la dernière fois que vous n'avez pas pu accepter une VADNP ?
- Quelles sont vos difficultés à la réalisation de ces visites dans votre organisation professionnelle ?

- Quels peuvent-être vos motifs de refus ?
- Si vous êtes dans l'incapacité d'assurer cette visite, que conseillez-vous au patient dans l'attente ou à la place ?
 - o Relance : d'appeler le 15 ? De se rendre aux urgences ?
- Quels sont vos freins à la réalisation d'une visite concernant un patient n'appartenant pas à votre patientèle ?
- Sur quels critères vous basez-vous pour accepter ou refuser une VADNP ?
 - o Relance: certaines situations ou caractéristiques du patient pourraient-elles vous faire accepter ou refuser une visite ?

5. Évolution de la place des VAD non programmées et perspectives pour l'avenir :

- Pensez-vous que votre pratique actuelle concernant ces visites va évoluer dans le temps et si oui de quelle façon ?
 - o Relance : que les VAD vont augmenter ou au contraire diminuer voire disparaître ?
- Avez-vous des idées pour répondre plus facilement à ces demandes ? Au niveau du cabinet ? A un niveau plus large ?
 - o Relance : Que pensez-vous de l'idée d'un effecteur mobile pour répondre à ces visites ? L'effecteur est habituellement un médecin, pourrait-il être un ou une infirmier(e) ? Autre forme de délégation d'acte ?
- Quel pourrait-être votre degré d'implication concernant les VAD NP ?
 - o Relance : seriez-vous prêt à vous impliquer personnellement pour maintenir une efficacité des VAD NP ?

Guide d'entretien

Modifié Version 3

GUIDE D'ENTRETIEN

Lucie Esclavard et Célia Thomas

6. **Données épidémiologiques** : pour commencer nous allons vous poser quelques courtes questions sur vous avant de nous concentrer sur les visites :
- (Sexe)
 - Quel âge avez-vous ?
 - Comment décririez-vous votre type de patientèle : urbain / rural / semi-rural
 - Avez-vous des enfants ; si oui combien ? (Dont nombre à la maison)
 - Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ?
 - Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, cabinet de groupe, MSP, ESP, CPTS)
 - Combien d'heures travaillez-vous par semaine environ ?
 - Combien de VAD effectuez-vous par semaine ? **Dont combien de VADNP ?**
 - Sauriez-vous dire le pourcentage de votre patientèle ayant plus de 80 ans ?
 - Avez-vous validé votre inscription en tant qu'effecteur de SNP dans le cadre du SAS 31 ?
 - *(SAS 31 : service d'accès aux soins. La Haute-Garonne a fait partie d'un des 28 laboratoires d'essais du ministère de la santé; donner accès de façon égale partout en France aux soins, 48h pour répondre à l'effectation avec régulation obligatoire. ARSNP 31 (association de régulation soins non programmés) qui est chargée de prendre ces appels via le 39 66 ou le 15. Les médecins effecteurs de ce dispositif peuvent mettre en ligne des créneaux disponibles pour accueillir ces patients, avec en bénéfice une majoration de la cotation et une intégration de cette démarche dans la validation du ROSP).*
 - Participez-vous à la PDSA ? Quel est le type d'organisation locale ? MMG ou cabinet ?
 - Êtes-vous Maître de stage universitaire ?
 - Avez-vous une activité hors cabinet ? (Syndicat, médecin coordonateur, FAM, sapeur-pompier, régulation etc..)
7. **Place des visites à domicile non urgentes/ programmées dans le quotidien du médecin**
- Quelle place occupent les VAD dans votre pratique quotidienne ?
 - Relance : avez-vous des créneaux dédiés aux visites sur votre planning ? Si oui comment ceux-ci sont organisés ?
 - Quelle valeur accordez-vous aux VAD ?

- Relance : trouvez-vous cet acte essentiel dans la pratique du médecin généraliste ? Pouvez-vous développer ?
- Si vous ne faites pas de VAD, pourquoi ?
- Comment mettez-vous à jour le dossier patient lorsque vous partez en VAD ?
 - Utilisez-vous une tablette ? Dossier sur place ? Autre ? Logiciel ?
- Avez-vous l'impression que ces VAD augmentent ou diminuent en nombre depuis que vous êtes installé ? Comment expliqueriez-vous cela ?

8. Organisation du médecin face aux demandes de VAD urgentes/non programmées

Nous allons désormais aborder la question plus spécifique des VAD non programmées c'est-à-dire les visites urgentes qui n'étaient initialement pas prévues dans votre emploi du temps et qui se déroulent à des horaires différents de la PDSA

Par exemple imaginons que vous êtes en plein cœur de votre matinée de consultations et que l'on vous appelle pour l'un de vos patients de 80 ans qui vient habituellement en voiture mais qui fait des malaises à répétition depuis le matin ? Ou alors une mère de trois enfants en bas âge qui a 39°C de température et est souffrante ?

- Comment vos patients peuvent-ils vous contacter pour demander une demande de VADNP ?
 - Relance : les demandes passent-elles par le secrétariat ? le téléphone portable du médecin ? l'agenda électronique ? SAS ?
- Qui décide d'accorder ou de discuter la VADNP ? Votre secrétaire ? Vous ?
- **Comment répondez-vous à une demande de VAD non programmées ?**
 - Question de relance : comment vous l'intégrez à votre emploi du temps ? Vous y allez le soir à la fin des consultations ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient d'un autre médecin **du cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - Quelle est l'organisation de continuité des soins au sein du cabinet de groupe ?
- Vous arrive-t-il d'accepter une visite non programmée concernant un patient **d'un autre cabinet** ? Si non, pourquoi ? Si oui, pourquoi ?
 - Quelle est l'organisation de continuité des soins avec les autres confrères isolés ?

9. Difficultés du médecin face aux demandes de VAD non programmées

- Pourriez-vous nous raconter la dernière fois que vous n'avez pas pu accepter une VADNP ?
- Quelles sont vos difficultés à la réalisation de ces visites dans votre organisation professionnelle ?
- Quels peuvent-être vos motifs de refus ?

- Si vous êtes dans l'incapacité d'assurer cette visite, que conseillez-vous au patient dans l'attente ou à la place ?
 - o Relance : d'appeler le 15 ? De se rendre aux urgences ?
- Quels sont vos freins à la réalisation d'une visite concernant un patient n'appartenant pas à votre patientèle ?
- Sur quels critères vous basez-vous pour accepter ou refuser une VADNP ?
 - o Relance: certaines situations ou caractéristiques du patient pourraient-elles vous faire accepter ou refuser une visite ?

10. Évolution de la place des VAD non programmées et perspectives pour l'avenir :

- Pensez-vous que votre pratique actuelle concernant ces visites va évoluer dans le temps et si oui de quelle façon ?
 - o Relance : que les VAD vont augmenter ou au contraire diminuer voire disparaître ?
- Avez-vous des idées pour répondre plus facilement à ces demandes ? Au niveau du cabinet ? **ET** a un niveau plus large ?
 - o Relance : Que pensez-vous de l'idée d'un effecteur mobile pour répondre à ces visites ? L'effecteur est habituellement un médecin, pourrait-il être un ou une infirmier(e) ? Autre forme de délégation d'acte ?
- Quel pourrait-être votre degré d'implication concernant les VAD NP ?
 - o Relance : seriez-vous prêt à vous impliquer personnellement pour maintenir une efficacité des VAD NP ?

ANNEXE 6 : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'Information et de Consentement

Projet de Recherche et informations :

Bonjour,

Et tout d'abord merci d'avoir répondu à notre sollicitation et de nous accorder de votre temps. Nous sommes deux jeunes médecins en fin de cursus qui réalisons notre thèse de médecine générale. Notre travail de recherche est encadré par le Pr DELAHAYE Motoko, du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de la Faculté de Toulouse. Ce document vous renseigne sur les modalités de l'étude : n'hésitez pas à nous solliciter si vous avez des questions à la fin de sa lecture.

Notre travail de recherche porte sur l'organisation des médecins généralistes pour répondre à la demande de visites à domicile non programmées.

Pour obtenir le plus d'expérience et de vécu différents, nous allons réaliser des entretiens individuels qui seront effectués en présence de l'une d'entre nous (chercheuse) et de vous, médecin généraliste. Votre participation implique votre accord quant à l'utilisation des informations récoltées pour notre travail de recherche scientifique. Les discussions recueillies lors de l'entretien seront enregistrées sous forme de fichier audio et anonymisées (par attribution aléatoire d'une lettre) lors de la retranscription des données. Nous détruirons par la suite les enregistrements dès leur retranscription.

Votre participation à ce projet est totalement volontaire, non rémunérée, et vous êtes libres d'y mettre fin à tout moment et sans justification. Dans ce cas, nous n'utiliserons pas vos réponses.

Lucie ESCLAVARD et Célia THOMAS

Formulaire de consentement

Je soussigné(e) atteste avoir lu et compris le présent formulaire, reconnais que les responsables de l'étude ont répondu de manière satisfaisante à mes questions et consens librement à participer à ce projet de recherche.

Fait à :

le :

Signature du participant :

Souhaitez-vous recevoir, une fois terminé un PDF de notre travail de recherche ?

Non Oui adresse mail :

ANNEXE 7 : Extrait d'entretien retranscrit intégralement

Entretien E8 : réalisé au cabinet du médecin

Légende :

Chercheur

Médecin

C'est vous. Du coup comment est-ce que vous intégrez euh... comment est-ce que vous répondez à ces visites non programmées ? Comment est-ce que vous l'intégrez à votre emploi du temps ?

(réfléchit)... Je fais souvent... Quand c'est très urgent, je peux facilement faire du surplus.

C'est-à-dire ?

De le, de le prendre, enfin.. de, de d'y aller le soir quoi. J'aime pas trop y aller le soir, parce que je finis toujours tard le soir. Des fois j'y vais à 21h quoi. Voilà.

Ok.

Quand c'est hyper urgent. Après quand c'est extrêmement urgent et que je sais que finalement je vais l'envoyer aux urg, il va aux urg directement. Voilà.

Ok.

C'est rare que j'interrompe mes consults pour aller les voir.

D'accord.

Parce que dans ces cas-là moi je juge que c'est quelque chose qui.. qui rentre déjà dans l'ordre de l'hospitalier. Si je dois me déplacer c'est qu'il doit aller à l'hôpital. Et donc du coup je, je... je le prends au téléphone et je lui explique bien que voilà pour ça c'est une perte de temps que de m'attendre, il faut direct aller à l'hôpital pour faire des examens.

Ouais. Ok. D'accord.

Parce que de toute façon, je l'enverrai à l'hôpital faire des examens. Voilà.

Hm. Ok.

Mais après voilà ceux qui peuvent attendre le soir des fois j'y vais le soir.

D'accord. Mais du coup les visites non programmées vous les faites surtout le soir ?

Je les rajoute quand j'ai le temps entre midi et deux. Mais euh.. quand j'ai pas le temps je les fais passer entre midi et deux, et je vais faire le reste le soir. Des fois. C'est le contraire en fait.

D'accord.

Voilà. Mais je le rajoute à ma journée. Voilà.

Ouais, ok. Hm... est-ce que ça vous arrive d'accepter une visite non programmée d'un patient d'un autre médecin du cabinet ?

Oui.

Ouais.

Oui. Ca m'a jamais été demandé mais je pense que je le ferais.

Ouais. D'accord. Y'a pas d'organisation de groupe pour les visites non programmées... ?

Alors euh je sais pas, mais euh... on s'était dit quand fait si y'avait une urgence, si y'en avait un qui pouvait y aller euh.. on y allait quoi.

Si l'autre est absent ou...

Si l'autre est absent. Si l'autre est absent.

Après si il est là...

Après si il est là ! Il (rire), il se débrouille hein (rire). Chacun son foin.

Ouais. (rire).

Chacun son foin quand on est là. Après quand on est pas là voilà.

{...}

ANNEXE 9 : Accords de conformité du CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme THOMAS Célia

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX)

à la date du 31/12/2022

sous le numéro : **2022TC118**

Fait à Toulouse, le 31/12/2022

Pr. BOYER



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme ESCLAVARD Lucie

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX)

à la date du 31/12/2022

sous le numéro : **2022EL119**

Fait à Toulouse, le 31/12/2022

Pr P. BOYER

ANNEXE 10 : Avis favorable du Comité d'Éthique



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 25/11/22,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude comment les médecins généralistes s'organisent-ils pour répondre aux demandes de VAD non programmées ? quelles sont leurs difficultés ?

AVIS 101122422

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude « comment les médecins généralistes s'organisent-ils pour répondre aux demandes de VAD non programmées ? quelles sont leurs difficultés ? ».

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

ANNEXE 11 : Grille COREQ

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

AUTEURS : Lucie ESCLAVARD et Célia THOMAS

TITRE : Réponse des médecins généralistes de la CPTS des Portes du Lauragais à la demande de visites à domicile non programmées

DIRECTEUR et CO-DIRECTEUR DE THESE : Pr Motoko DELAHAYE et Dr Bertrand VALDEYRON

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecin Rangueil le 14 septembre 2023

RESUME :

Introduction : la visite à domicile, acte propre à la médecine générale, voit son nombre diminuer depuis quelques années, en partie en lien avec la diminution du nombre de médecins généralistes. Si les consultations urgentes sont généralement assurées par les médecins, la réalisation des visites non programmées est quant à elle plus problématique.

Objectif : l'objectif principal de cette étude était d'évaluer les difficultés des médecins généralistes de la CPTS des Portes du Lauragais à intégrer les visites non programmées dans leur pratique quotidienne. L'objectif secondaire était de recueillir les solutions proposées pour répondre plus facilement à ces demandes.

Méthode : nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes de la CPTS des Portes du Lauragais, jusqu'à saturation des données, obtenue et confirmée après 11 entretiens.

Résultats : les visites non programmées, décrites comme indispensables pour les personnes ne pouvant se déplacer, sont généralement réalisées sur la pause repas du médecin, rarement le soir après les consultations. Les principales difficultés sont organisationnelles avec une perturbation du planning du médecin, l'ajout d'un acte chronophage et épuisant sur un emploi du temps déjà conséquent, impactant parfois sa vie personnelle, mais aussi une perte de confort par rapport au cabinet. Une gestion territoriale de ces visites et une délégation des tâches ont été proposées.

Discussion : les visites à domicile non programmées sont vécues comme contraignantes par les médecins en lien avec les difficultés qu'elles entraînent. Certaines visites sont cependant justifiées, voire incompressibles et doivent être assurées. Des solutions pour répondre plus facilement à ces visites ont été mentionnées, telles qu'un effecteur mobile, une gestion territoriale des visites, une délégation des tâches, et méritent d'être étudiée spécifiquement.

TITLE: Response from GPs in the Portes du Lauragais CPTS to requests for unscheduled home visits

SUMMARY:

Introduction: home visits, a procedure specific to general practice, have been declining in number in recent years, partly as a result of the reduction in the number of GPs. While urgent consultations are generally carried out by doctors, unscheduled visits are more problematic.

Method: the primary objective of this study was to assess the difficulties experienced by GPs in the Portes du Lauragais CPTS in integrating unscheduled visits into their daily practice. The secondary objective was to identify the solutions proposed to make it easier to respond to these requests.

Results: unscheduled visits, described as essential for people who are unable to travel, are generally carried out during the doctor's lunch break, and rarely in the evening after consultations. The main difficulties are organisational, with disruption to the doctor's schedule, the addition of a time-consuming and exhausting procedure to an already extensive timetable, sometimes impacting on the doctor's personal life, but also a loss of comfort in relation to the practice. A territorial management of these visits and a delegation of tasks have been proposed.

Discussion: unscheduled home visits are seen as restrictive by doctors because of the difficulties they entail. However, some visits are justified, or even unavoidable, and must be carried out. Solutions for responding more easily to these visits have been mentioned, such as a mobile end-effector, territorial management of visits, delegation of tasks, and deserve to be studied specifically.

MOTS CLES : visites à domicile, médecin généraliste, soins urgents

KEY WORDS: home visits, general practitioner, urgent cares

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France