

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1063

THÈSE

POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

POURRET Rémy

Le Mardi 30 JUIN 2020

ANALYSE DES FREINS A LA PRATIQUE DES VISITES A DOMICILE
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANÇAIS

Directrice de thèse : Dr BAYART Margot

JURY :

Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane

Madame la Professeure ROUGE BUGAT Marie-Ève

Monsieur le Professeur POUTRAIN Jean-Christophe

Madame la Docteure BAYART Margot

Monsieur le Docteur MAVIEL Patrick

Président

Assesseure

Assesseur

Assesseure

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeur Honoraire	Professeur ALBA REDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	Professeur BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	Professeur BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	Professeur BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	Professeur CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	Professeur CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	Professeur COSTA GLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	Professeur DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	Professeur FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	Professeur LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur LARENG Louis
		Professeur Honoraire	Professeur LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	Professeur LAZORTES Yves
		Professeur Honoraire	Professeur MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	Professeur MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	Professeur MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	Professeur MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	Professeur MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	Professeur MURAT
		Professeur Honoraire	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
		Professeur Honoraire	Professeur SALVAYRE Robert
		Professeur Honoraire	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur Honoraire	Professeur SIMON Jacques

Professeurs Émérites

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLUSEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Manyse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytotologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI A deline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Professeur des Universités,
Médecin généraliste**

Vous me faites l'Honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Madame la Professeure Marie-Ève ROUGE-BUGAT, Professeure des Universités,
Médecin généraliste**

Vous me faites l'Honneur de siéger dans ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, Professeur associé,
Médecin généraliste**

Vous me faites l'Honneur de siéger dans ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

**Madame la Docteure Margot BAYART,
Médecin généraliste**

Je te remercie vivement d'avoir bien voulu diriger ma thèse mais aussi pour ton accueil et ta disponibilité lors de mon stage dans ta maison de santé. C'est pour toi un plaisir non dissimulé de recevoir chaque semestre un nouvel étudiant afin de lui faire partager une intuition que nous avons en commun : la médecine générale de demain sera encore plus pertinente et épanouissante. Ton investissement de chaque instant au service de notre profession en gardant toujours à l'esprit l'intérêt premier du patient force l'admiration.

**Monsieur le Docteur Patrick MAVIEL,
Médecin généraliste**

Ayant été mon premier maître de stage en médecine générale je voulais que tu fasses partie de ce jury, à la fois comme un aboutissement dans mon parcours et un remerciement. Nouvellement retraité qui a repris le travail sous d'autres formes toujours dans le souci de soigner l'autre. Je garderai de ce stage ce conseil : toujours faire en sorte que le patient sorte de consultation avec le sourire. Il paraît que les patients sont souvent à l'image de leur médecin ; les tiens étaient chaleureux et surtout bienveillants. Après avoir longtemps pris soin des autres, prends soin de toi Patrick.

Aux professionnels rencontrés

- Au service des Urgences du CHIVA (Ariège),
- Au court séjour du CH d'Albi : à Guylène, Marion et Marc pour votre encadrement et votre sympathie, et à tous les paramédicaux du service et Fred la secrétaire qui m'ont si bien accueilli. Vous avez réussi un pari qui n'était pas gagné : me réconcilier avec l'hôpital.
- Aux Urgences pédiatriques et aux Urgences gynécologiques du CHU (Toulouse) ;
- Aux Dr MAVIEL et Dr BRUN pour le stage de Praticien niveau 1 ;
- Aux Dr BEX, Dr DUQUENNE, Dr FAIVRE, Dr PHILIPPE et Dr CARCAILLET pour le stage au sein de leur cabinet ;
- Aux Dr FABRE, Dr DELGA.M-E, Dr DELGA.B et Dr BAYART ainsi qu'aux paramédicaux de la maison de santé de Réalmont.
- Remerciements particuliers aux conseils départementaux de l'ordre des médecins ayant accepté de diffuser ma thèse auprès de leurs médecins généralistes : Aude, Indre, Loir et Cher, Haute Loire, Nord, Hautes Pyrénées, Deux sèvres, Vienne et Guyane. J'y ajouterai le syndicat REAGJIR mais aussi MG France dont l'aide a été déterminante dans l'obtention d'un grand nombre de réponses à l'étude.

A ma famille

- A ma mère et Marc, je n'en serais probablement pas là sans vous ;
- A mon père et Joëlle, pour votre soutien ;
- A mes sœurs dont je serai toujours fier ;
- A Florian mon beau-frère ;
- A Clément et Romane mes trésors de neveu/nièce ;
- A mes oncles/tantes, cousins/cousines ;
- A mes grands-parents ;
- A ma grande tante Andrée ;
- A mon grand Oncle, François, tu manques à ton « pti con » aujourd'hui.

Aux amis

« *Un ami c'est quelqu'un qui vous connaît bien et qui vous aime quand même... »*

Aux amis de Médecine, parce que d'avoir fait votre connaissance est certainement la principale raison pour laquelle je me relancerais dans ces 10 longues années d'études.

- **Cécile, Mathilde, Guillaume, Clara, Antonin, Arnaud, Laetitia, Arnaud, Manon, Margaux, Baptiste, Thomas** : « On part où aux prochaines vacances ? Arnaud y est déjà allé ?! Mais oui tom il y aura la clim et un bon matelas... mais qui l'a laissé choisir la voiture ? la décapotable était-ce bien nécessaire ? » Toujours au top.
- **Blandine** : la gériatre businesswoman ;
- **Alix** : à Rolland Garros qui se mettait tous les ans entre nous et les partiels ;
- **François** le roadtrip en Australie, n'oublie pas la devise de Summer and Bill ;
- **Victor** avoue que tu étais mieux à Toulouse qu'à Montpellier...
- **Benjamin et Louis** et notre stage au Vietnam. Vous pensez vraiment qu'il y avait d'écrit « pas de coriandre svp » en vietnamien sur notre papier ?
- **Diane, Valentin, Antoine, Laura, Romain, Chloé, Antoine, Juliette, Gwenaëlle, Emilie, Audren, Isabelle, Noémie** promis je vais essayer de venir plus souvent.
- **Noé** on va dans quel stage au prochain semestre ?
- Aux internes d'Albi : **Josselin, Charlotte, Alizé, Pauline, Zinar, Mathilde, Thibault, Julien, Pauline** et à l'inconnu qui a volé la bouteille offerte par le patient de Thib : semestre de rêve à vos côtés.
- **Marion**, la pneumologie à Carcassonne t'attend toujours.
- **Robin**, le meilleur interne des urgences pédiatriques... et de loin !
- A la colocation en Aveyron avec **Vincent, Anaïs**, les deux autres (vous ne croyiez pas que j'allais vous citer encore une fois...), **Camille** la locale de l'étape, **Valentin**, et enfin, et surtout, à Shakira, Diam's et Beyoncé nos poules.

Aux amis de longue date...

- **Timothée**, après 3 ans de lycée et 6 ans d'externat en colocation, avant tout, beaucoup de séquelles. Je comptais te rappeler qu'à la première colle de pré-rentree de première année je t'avais battu. Voila. Moment aussi splendide qu'éphémère. Mais quand même, souviens t'en. Je ne sais pas si j'aurais pu tenir toutes ces années sans ton soutien. Je sais ce que je te dois (calme toi, je ne parle pas d'argent). Et surtout, pneumologue vers Annecy c'est bien, mais c'est loin.
- **Baptiste**, pourquoi tu ne voulais pas partager ton livre en cours au lycée ?! Tu crois que c'est comme ça qu'on se comporte quand son voisin n'emporte jamais le sien ? Fier de ton parcours en école d'ingénieur où tu as pu montrer sans cligner des yeux pourquoi la tartine tombe toujours du côté de la confiture, j'ai cru comprendre qu'il y avait quand même un lien avec la hauteur initiale de la chute. Enfin je ne sais plus, mais je dors bien quand même la nuit. Et ton boulot des derniers mois t'allait bien. Big UP batbat t'es le meilleur d'entre nous...
- ...Mais il y a **Maxime**. Il se dit je vais être vétérinaire mais genre pas les chien-chiens : au zoo direct. On se dit « le mec qui a voulu jouer mais qui a perdu » ? Eh bah oui. Il part en stage aux USA, fait une thèse sur les ours blancs qui en fait ont la peau noire. En tout cas je n'ai pas pu venir te voir à la Palmyre mais par contre quand je viendrai à Thoiry je veux caresser des bébés lions genre visite VIP. Ne t'en fais pas je ne le dirai pas, même pas sur ma thèse.
- **Coralie**, pas sûr que les cours d'anglais du collège te servent toujours comme infirmière dans ton service. Et non tu n'avais pas copié sur moi, tu étais juste partie en vacances au même endroit...

« Difficile de se concentrer entre le chien qui fouille dans ma sacoche,
les taches de confiture sur la table sur laquelle je ne sais pas où poser
mon dossier...

(...)

Mais en même temps,
quelle richesse de voir les gens chez eux ! »

Consoeur des Côtes d'Armor,
Issu de l'espace d'expression libre du questionnaire.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
I) Données démographiques	3
II) Évolution des modes d'exercice	4
III) Évolution numérique des visites à domicile	5
IV) Des visites en question et qui se modifient	6
MATERIEL ET METHODES	7
I) Justification de l'étude	7
II) Population de l'étude	8
III) Type de l'étude et réalisation du questionnaire	8
IV) Analyse statistique	8
V) Mode de diffusion	9
VI) Recueil et gestion des données	9
RESULTATS	10
I) Participation	10
II) Caractéristiques sociodémographiques de la population	10
III) Caractéristiques des visites à domicile réalisées	12
IV) Évaluation des freins à la pratique des visites à domicile	14
V) Visites à domicile : et demain ?	16
VI) Analyses comparatives ciblées	16
DISCUSSION	19
I) Choix de la recherche	19
II) Forces de l'étude	19
III) Faiblesses de l'étude	19
IV) Discussion des résultats	20
CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE	25
ANNEXES	26

LISTE DES ABREVIATIONS

ACBUS	Accord de Bon Usage des Soins
ALD	Affection Longue Durée
BMJ	British Medical Journal
C	Nombre de consultations en cabinet
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
G(s)	Cotation : Consultation de médecine générale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
GIR	Groupe Iso-Ressources
IK	Indemnités Kilométriques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
V	Nombre de visites à domicile
VAD	Visites à domicile
VG + MD	Cotation : Visite médecin généraliste + Majoration Déplacement
VL	Cotation : Visite Longue

INTRODUCTION

I) Données démographiques

◆ Démographie de la population française

Les avancées médicales et les modifications des habitudes de vie de ces dernières décennies se sont accompagnées d'une augmentation de l'espérance de vie dans la plupart des pays industrialisés. Ainsi, en France, celle-ci est passée entre les années 1950 et ce jour de 63,4 à 80 ans chez les hommes, et de 69,2 à 85,6 ans chez les femmes.⁽¹⁾

Les études démographiques réalisées par l'INSEE projettent, avec l'avancée en âge de la génération du « baby-boom » post-guerre, qu'un français sur trois aura 60 ans ou plus en 2050 soit une hausse de 80% de cette tranche d'âge en 45 ans.⁽²⁾

Ce vieillissement s'accompagne d'une augmentation des pathologies chroniques entraînant une perte d'autonomie pour un grand nombre de patients.

Afin d'illustrer cette perspective, nous pouvons citer le scénario central de l'INSEE⁽³⁾ qui prévoit une augmentation de 71% des personnes âgées dépendantes (GIR 1-4, classification GIR en annexe 1) entre 2010 et 2040 atteignant alors près de 2 millions de patients.

Le suivi médical de cette population dépendante, souvent incapable de se déplacer, devra se faire essentiellement par des visites médicales à domicile.

◆ Démographie des généralistes français

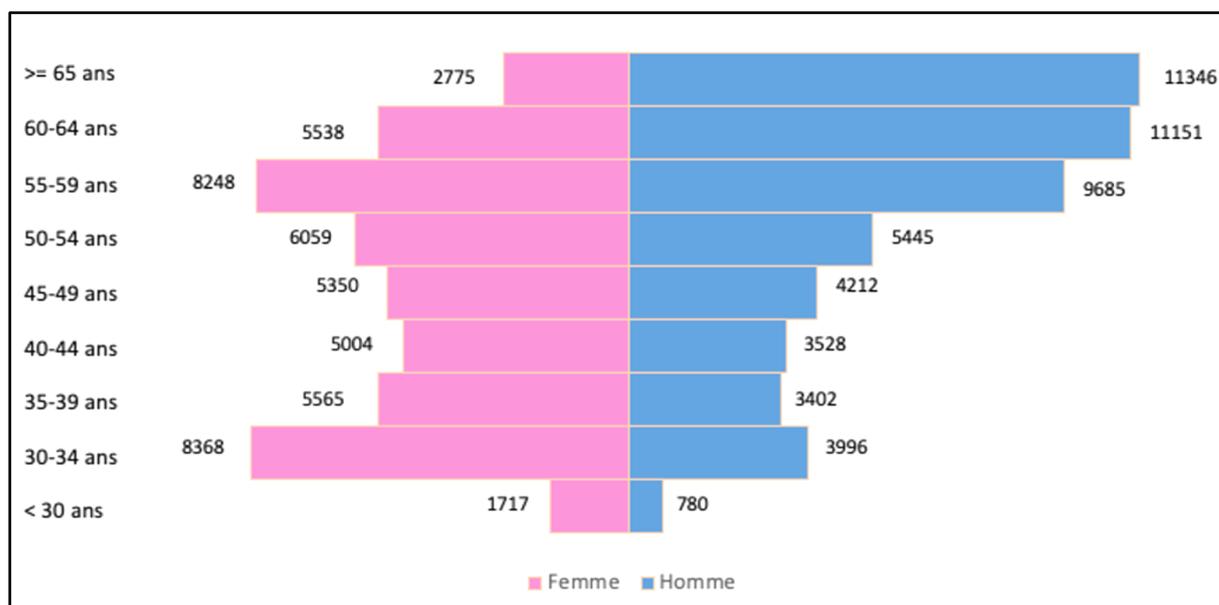
Selon les données de la DRESS⁽⁴⁾, en 2019, la démographie des médecins généralistes français « actifs » montrait :

- **102.169** médecins généralistes ;
- **52,4%** d'hommes / **47,6%** de femmes ;
- Âge moyen de **51,2 ans**.

Ces données sont intéressantes afin d'appréhender les caractéristiques actuelles de la profession. Cependant, elles sont insuffisantes pour se projeter dans l'avenir car masquent des inégalités structurelles qu'il est important de relever.

La figure 1, présentant la pyramide des âges de cette population, est particulièrement instructive.

Figure 1. Pyramide des âges – Médecins Généralistes en activité – 2019



Source des données : Dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr

On peut tout d'abord noter l'effet de l'évolution du numérus clausus appliqué aux études médicales : réelle application au début des années 1980 (tranche d'âge « 55-59 ans ») avec diminution progressive des postes pour un minimal atteint en 1993 (3500 postes) suivi d'une stagnation les années suivantes correspondant à la tranche d'âge « 40-44ans ». Suite à une prise de conscience politique des besoins de santé croissants, ce chiffre a été augmenté ces dernières années, à des cinétiques variables, pour atteindre 9314 postes en 2019⁽⁵⁾ dont 3213 médecins généralistes⁽⁶⁾.

Enfin, on remarque une féminisation de la profession au fil des années qui s'est accentuée pour atteindre, dans les dernières promotions à l'Examen Classant National, une proportion de 6 femmes pour 4 hommes⁽⁷⁾.

Cependant, l'augmentation progressive des diplômés suffit-elle à se rassurer en considérant que la demande de visites à domicile va pouvoir se répartir sur un plus grand nombre de professionnels ?

II) Évolution des modes d'exercice

Un élément important risque d'amoindrir cet effet : l'évolution du mode d'exercice des médecins généralistes. En effet, on relève au cours des années un exercice libéral qui s'atténue au profit d'un exercice mixte voire salarié exclusif.

L'évolution du nombre de généralistes et leurs modes d'exercices se retrouvent en tableau 1.

Tableau 1. Évolution du nombre de généralistes entre 2013 et 2019 selon leurs modes d'exercices.

	Libéral exclusif	Mixte	Salarié exclusif	TOTAL
2013	63595	5611	32597	101803
2019	59399	8097	34673	102169
Variation	- 4196	+ 2486	+ 2076	+ 366

Source : Dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr

L'évolution numérique des généralistes de 2013 à 2019 montre une relative stabilité en nombre global avec des départs à la retraite qui sont, sur cette période, plutôt bien compensés. Cependant, l'exercice du médecin de famille tel que la population le conçoit, libéral, en cabinet, exerçant à temps plein ce rôle diminue au profit d'un exercice mixte voire salarié exclusif.

Cette évolution est importante car pouvant être considérée comme un risque surajouté potentiel sur la disponibilité de professionnels à réaliser des visites à domicile. En effet, il faut souligner que le poids de ce type d'acte repose majoritairement sur les médecins à exercice libéral à ce jour, part de professionnels en constante diminution.

Il est vrai que l'exercice salarié ne représente pas uniquement une pratique hospitalière mais aussi, maintenant, pour une part encore marginale, de la médecine générale salariée en centre de santé qui peut aussi réaliser des visites à domicile. Cependant, cela reste possible uniquement si les professionnels ne sont pas limités dans leurs réalisations dans un souci de financement plus optimal de ces structures qualifiées par l'IGAS de « modèle économique structurellement boiteux »(8).

III) Évolution numérique des visites à domicile

Le nombre de visites à domicile (VAD) est en constante diminution ces dernières années et leur part sur l'activité du médecin généraliste (Rapport $V/(V+C)$) devient marginale. Ainsi, le tableau 2 permet d'illustrer cette dynamique.

Tableau 2. Évolution numérique des visites à domicile en France

Années	1980	2000	2013
Nombres de VAD	66.884.000	69.175.000	29.079.000
Rapport $V/(V+C)$	61,4 %	38,8%	11,5%
Moyenne annuelle VAD/Omnipraticien	1515,9	1137,3	474,4

Source : www.ecosante.fr

La diminution numérique du nombre de visites à domicile que nous constatons au fil des années est plurifactorielle :

- Modification des habitudes : les VAD post guerre représentaient la norme, médecins et patients étaient habitués à des consultations réalisées au sein-même des foyers. Ceci ne correspond plus à la vision actuelle ;

- Volonté politique : loi ACBUS (Accord de Bon Usage des Soins) en 2002 encadrant les conditions de réalisation et les patients éligibles à la visite à domicile en jouant sur le remboursement de l'acte (Texte en annexe 2) ;
- Démographie médicale et moindre disponibilité : les VAD étant chronophages et le nombre de professionnels de santé à même de les réaliser en constante diminution, la pertinence de ces actes est régulièrement reconsidérée du fait d'une augmentation croissante de la demande de soins.

La décroissance franche du nombre de visites à domicile observée en France se constate aussi en Europe et dans l'ensemble du monde occidental⁽⁹⁾, à l'exception très récente des États-Unis. En effet, on y observe un regain d'intérêt vis-à-vis de cet acte, avant tout pour des raisons financières : la visite à domicile permet souvent d'éviter un passage encore plus coûteux aux urgences. Alors que seulement 2,3% des généralistes américains déclaraient réaliser des visites à domicile en 2011⁽¹⁰⁾, cet acte se programme de plus en plus via des applications, véritable ubérisation du soin premier.

IV) Des visites en question et qui se modifient

La réalisation future des visites à domicile sera aussi dépendante de l'appréciation des jeunes et futurs médecins généralistes sur cette pratique.

Un travail de thèse⁽¹¹⁾ de Mme KHAM Anne Marie datant de Mars 2017 et portant sur la perception des visites à domicile par les patients et les internes en Picardie nous donne quelques éléments de réponse. Les internes déclaraient effectivement qu'outre l'apparente nécessité/obligation de les réaliser pour certains patients dépendants, ces dernières permettent de prendre conscience du lieu de vie des patients, une augmentation potentielle de l'observance aux traitements, un renforcement du lien médecin-patient et une anticipation des problématiques de santé chez une population fragile.

L'ensemble de ces points positifs était à contre balancer par un exercice qualifié de plus complexe en termes de moyens techniques, un environnement non adapté à la réalisation d'un bon examen clinique, des dangers liés aux déplacements et conditions météorologiques et enfin une moindre rentabilité pour un exercice chronophage.

Au total, chez ces jeunes et futurs praticiens, l'exercice de la visite à domicile restait envisageable dans leur pratique courante, souvent par obligation, en le restreignant au strict nécessaire pour des patients dépendants mais au prix d'une refonte voire d'une revalorisation de l'acte.

L'évolution des pratiques et mentalités des professionnels illustrée ici se reflète dans une modification du profil type de l'acte : la visite longue devient la norme. En effet, elle se recentre ainsi sur les patients poly-pathologiques présentant de nombreuses problématiques médicales auxquelles s'ajoutent bien souvent des situations sociales difficiles.

Outre ces questions structurelles essentielles de démographie médicale et d'évolution du mode d'exercice type pouvant influencer sur notre capacité commune à répondre à ce défi sanitaire, il est important d'identifier les problématiques actuelles rencontrées par les généralistes lors des visites afin de pouvoir proposer des solutions pour en amoindrir les effets.

MATERIEL ET METHODE

I) Justification de l'étude

L'évolution démographique évoquée précédemment va probablement nécessiter une modification des pratiques des généralistes voire de leur organisation au profit d'une plus grande part de visites à domicile pour une population plus âgée.

Alors que cette pratique des visites représentait la norme au milieu du 20^{ème} siècle, l'image du médecin de famille se rendant au domicile de ses patients s'est progressivement modifiée pour devenir marginale. Ainsi, elles ne représentaient qu'environ 10% des actes des généralistes dans les années 2010.

Cette diminution du nombre de visites s'est faite au profit d'un acte plus resserré auprès des patients les plus nécessiteux à savoir la population gériatrique dépendante que ce soit à domicile ou dans des centres de type EHPAD. Les caractéristiques mêmes de ces patients plus sélectionnés rendent cet exercice plus chronophage, moins rémunérateur et ceci bien souvent dans un inconfort matériel et organisationnel. Alors que la démographie médicale connaît une période difficile et que la demande de consultation au sein des cabinets ne peut toujours être satisfaite dans les délais désirés, il n'est pas rare que certains professionnels viennent à refuser les visites.

Nous nous retrouvons donc dans une situation particulière : une demande de soins en perpétuelle croissance faisant face à une offre tendant à diminuer pour des raisons plurifactorielles.

Le déficit démographique médical est un fait désormais bien connu dont les médias et politiques s'accordent à dire qu'il est central dans les problématiques d'accès aux soins pour tous. Cependant, si sa résolution semble représenter la pierre angulaire de toute politique de santé publique en ce sens, elle ne doit pas faire oublier les divers déterminants aggravants cette accessibilité.

Ainsi, persuadé que l'exercice de la médecine générale de demain sera avant tout gériatrique, je me suis intéressé au ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la pratique de la visite à domicile. Le but de mon étude était donc le suivant : identifier les principaux freins à la pratique des visites à domicile pour répondre aux besoins futurs d'une population vieillissante.

II) Population de l'étude

Cette étude s'adressait uniquement aux médecins généralistes.

La population de l'étude comprenait les médecins généralistes :

- En activité ;
- Installés ou remplaçants ;
- Thésés ou non.

Étaient exclus de l'étude les médecins généralistes :

- A exercice salarié exclusif ;
- N'ayant pas terminé leur internat.

III) Type de l'étude et réalisation du questionnaire

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle.

Les freins soumis au questionnement étaient issus d'études⁽⁹⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ réalisées auprès d'autres généralistes, européens ou non, mais aussi complétés par ceux rencontrés dans ma pratique ou celle de consœurs/confères interrogés préalablement.

L'étude interrogeait enfin sur l'avenir de cet acte afin d'évaluer l'attachement des généralistes à cette pratique et leur capacité à en augmenter le nombre.

A noter qu'un espace d'expression libre était laissé en fin de questionnaire afin d'apporter des précisions si nécessaire voire de relever des freins non présentés dans l'étude.

La durée nécessaire pour répondre au questionnaire était inférieure à 5 minutes.

IV) Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes et de médianes puis comparées par un t-test de student ou un t-test de Welch en cas de variance inconnue ou inégale.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages puis comparées par un test de Fisher ou un Chi-2.

L'analyse des variances de variables catégorielles a été faite par des test d'ANOVA.

Le seuil α de significativité statistique retenu était de 0,005.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel MEDISTICA pvalue.io et EXCEL.

V) Mode de diffusion

Le questionnaire a été diffusé par divers moyens :

- Mail à l'ensemble des conseils de l'Ordre départementaux des médecins, sans mail de relance, pour diffusion du lien auprès de leurs généralistes ;
- Diffusion du lien sur des groupes professionnels de remplaçants sur l'ensemble du territoire ;
- Aide à la diffusion par le biais de listes de courriels de syndicats de la profession : MG France et REAGJIR.

VI) Recueil et gestion des données

Le questionnaire était diffusé par un lien internet de document GOOGLE FORM accessible du 8 décembre 2019 au 22 février 2020. Il était de même disponible sur le site internet du syndicat MG France. L'ensemble des réponses des deux bases obtenues (GOOGLE FORM pour le lien et questionnaire sur le site internet MG France) était ensuite fusionné sur un même document EXCEL.

Les médecins devaient répondre à toutes les questions pour valider le questionnaire. Celles portant sur les types de visites réalisées n'étaient accessibles que par les praticiens ayant répondu qu'ils réalisaient actuellement des visites à domicile. Celles sur les freins et l'avenir des visites étaient quant à elles disponibles pour tous.

La méthodologie suivante a été adoptée pour classer les différents freins limitant la réalisation ou la poursuite des visites à domicile : la réponse « Pas du tout gênant » apportait 1 point ; « Peu gênant » apportait 2 points ; « Moyennement gênant » apportait 3 points et enfin « Très gênant » apportait 4 points. En fonction du nombre de points obtenus, un classement de ces freins était alors obtenu.

Concernant l'avenir des visites à domicile, la question « selon vous, le médecin généraliste de demain devrait-il continuer à réaliser des visites à domicile ? » était proposée à l'ensemble des médecins répondants. Enfin, la question « Dans les conditions actuelles de réalisation et de rémunération de vos visites à domicile, seriez-vous prêt à en augmenter le nombre pour répondre à la demande démographique ? » ne s'adressait qu'aux médecins réalisant actuellement des visites à domicile.

RÉSULTATS

I) Participation

Le nombre de réponses obtenues était de **4443**.

II) Caractéristiques sociodémographiques de la population

Les caractéristiques de la population ayant répondu à l'étude sont résumées dans le tableau 3. Il s'agissait d'une population majoritairement **fémnine** (56,8%), d'un âge moyen de **44,7 ans**, **installée** ou en **collaboration** (76,4%) ayant un exercice surtout **urbain** ou **semi-rural** (41,4% chacun).

Tableau 3. Caractéristiques générales de la population

	%	Effectifs	
Âge (années)	Moyenne	44,7	
	Médiane	42	
	Minimal	25	
	Maximal	84	
Sexe	Femmes	56,8	2522
	Hommes	43,2	1921
	Activité		
Installé/Collaborateur	76,4	3410	
Remplaçant	23,6	1033	
Lieux d'exercice	Rural	17,2	763
	Semi-rural	41,4	1838
	Urbain	41,4	1842

Les généralistes ayant répondu au questionnaire exerçaient sur la quasi-totalité du territoire français, aussi bien en métropole qu'en outre-mer. A noter que les qualificatifs des lieux d'exercice (« Rural », « Semi-Rural » et « Urbain ») étaient volontairement laissés subjectifs, sans critère de définition.

Le nombre de réponses par département est représenté à l'aide de la figure 2. Les résultats sont ensuite détaillés par département dans le tableau 4.

Figure 2. Répartition géographique des réponses au questionnaire

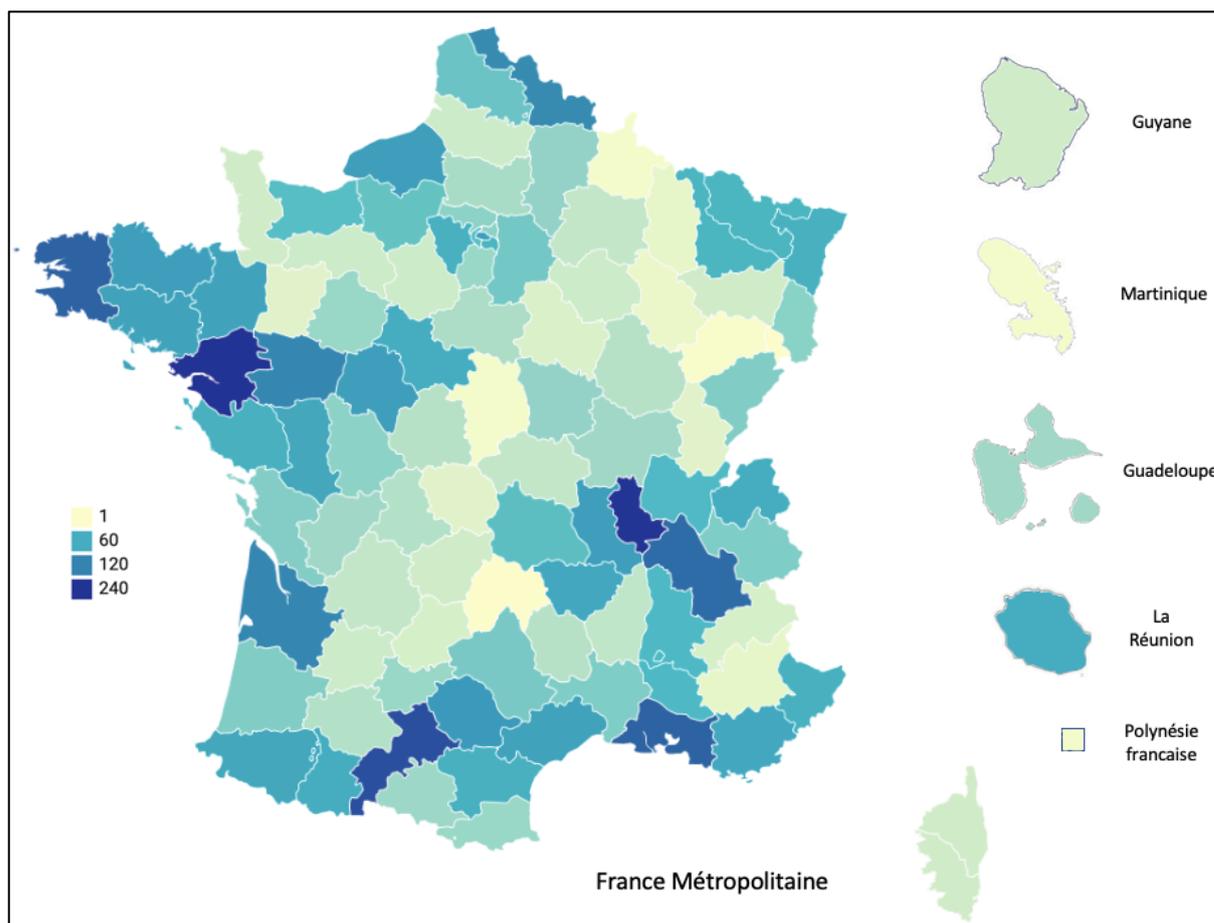


Tableau 4. Nombre de réponses par département français

Département	Réponses	Département	Réponses
AIN	42	MARNE	16
AISNE	27	HAUTE MARNE	7
ALLIER	16	MAYENNE	9
ALPES HTE PROVENCE	8	MEURTHE ET MOSELLE	47
HAUTES ALPES	12	MEUSE	8
ALPES MARITIMES	49	MORBIHAN	75
ARDECHE	17	MOSELLE	48
ARDENNES	5	NIEVRE	27
ARIEGE	25	NORD	105
AUBE	14	OISE	22
AUDE	53	ORNE	14
AVEYRON	33	PAS DE CALAIS	36
BOUCHES DU RHONE	165	PUY DE DOME	39
CALVADOS	41	PYRENEES ATLANTIQUES	68
CANTAL	3	HAUTES PYRENEES	57

CHARENTE	24	PYRENEES ORIENTALES	26
CHARENTE MARITIME	30	BAS RHIN	50
CHER	5	HAUT RHIN	29
CORREZE	13	RHONE	235
CORSE	13	HAUTE SAONE	4
COTE D'OR	19	SAONE ET LOIRE	24
COTES D'ARMOR	78	SARTHE	26
CREUSE	9	SAVOIE	32
DORDOGNE	16	HAUTE SAVOIE	62
DOUBS	31	PARIS	77
DROME	43	SEINE MARITIME	80
EURE	38	SEINE ET MARNE	34
EURE ET LOIRE	14	YVELINES	51
FINISTERE	167	DEUX SEVRES	68
GARD	32	SOMME	14
HAUTE GARONNE	194	TARN	83
GERS	20	TARN ET GARONNE	26
GIRONDE	114	VAR	63
HERAULT	76	VAUCLUSE	43
ILLE ET VILAINE	69	VENDEE	51
INDRE	19	VIENNE	28
INDRE ET LOIRE	81	HAUTE VIENNE	20
ISERE	155	VOSGES	13
JURA	9	YONNE	11
LANDES	31	TERRITOIRE DE BELFORT	3
LOIR ET CHER	57	ESSONE	26
LOIRE	79	HAUTS DE SEINE	41
HAUTE LOIRE	63	SEINE SAINT DENIS	28
LOIRE ATLANTIQUE	239	VAL DE MARNE	48
LOIRET	21	VAL D'OISE	28
LOT	12	GUADELOUPE	23
LOT ET GARONNE	14	MARTINIQUE	5
LOZERE	19	GUYANE	15
MAINE ET LOIRE	110	LA REUNION	60
MANCHE	13	POLYNESIE FRANCAISE	1

III) Caractéristiques des visites à domicile réalisées

La majorité des répondants (95%) déclaraient actuellement réaliser des visites à domicile, en grande partie (46,9%) en nombre limité (1 à 5 par semaine). En ce qui concerne le temps moyen passé à réaliser une visite à domicile trajet inclus, on obtenait une médiane à **40 minutes**.

L'ensemble des données obtenues sont regroupées dans le tableau 5.

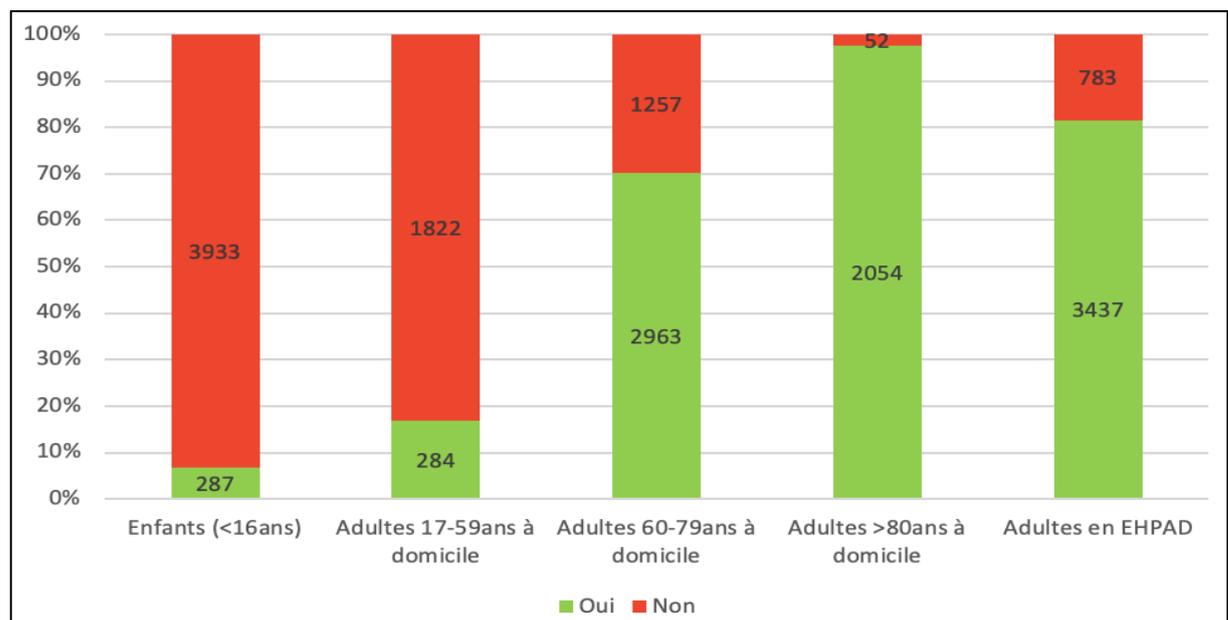
Tableau 5. Réalisation et caractéristiques des visites à domicile

		%	Effectifs
« Effectuez-vous des visites à domicile ? »			
	OUI	95	4220
	NON	5	223
Parmi ceux effectuant des visites à domicile...		%	Effectifs
- « <u>Combien par semaine ?</u> »			
	1-5	46,9	1980
	5-10	28,3	1193
	10-15	12,6	533
	15-20	6,3	266
	>20	5,9	248
	Total	100	4220
		Variable	Valeur (min)
- « <u>Durée moyenne par visite, trajet inclus ?</u> »			
		Moyenne	38,7
		Médiane	40
		25 ^{ème} percentile	30
		75 ^{ème} percentile	45

Afin d'apprécier quel type de population était vu en visite par les médecins répondants, il leur a été demandé de préciser s'ils s'étaient rendus au domicile de patients appartenant à différentes catégories de la population lors de leur dernier mois d'exercice.

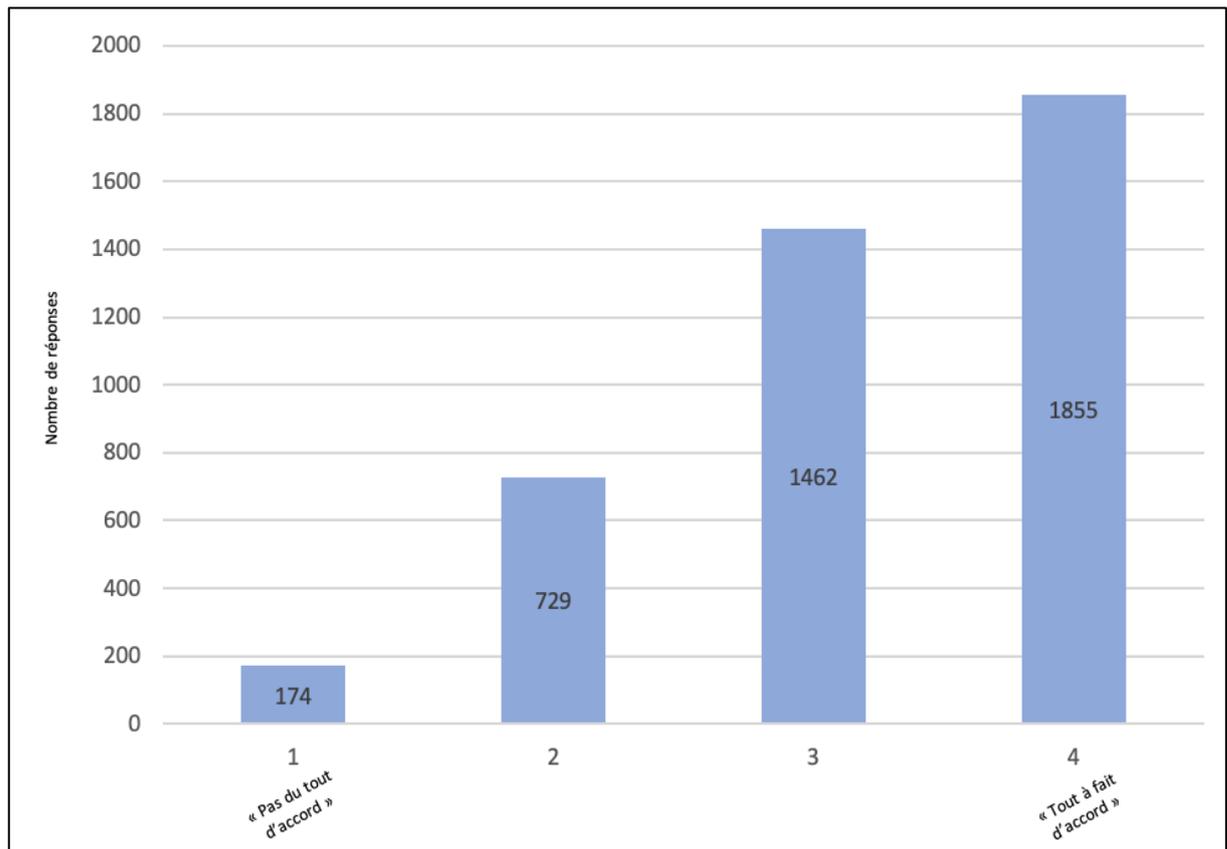
A noter que pour les catégories « Adultes 17-59ans à domicile » et « Adultes 60-79ans à domicile », un problème d'enregistrement des données sur l'une des deux bases de recueil explique des totaux de répondants différents et moindres que les trois autres catégories. Les résultats sont à retrouver en figure 3.

Figure 3. Population vue en visite à domicile au cours du dernier mois d'exercice



Enfin, à l'affirmation suivante : « Les visites à domicile deviennent de plus en plus longues », il était demandé aux répondants de se positionner sur une échelle numérique de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Le score moyen obtenu sur la population effectuant des visites (4220) était de **3,18**. Le résultat détaillé de cette interrogation est présenté ci-dessous en figure 4.

Figure 4. « Les visites à domicile deviennent de plus en plus longues »



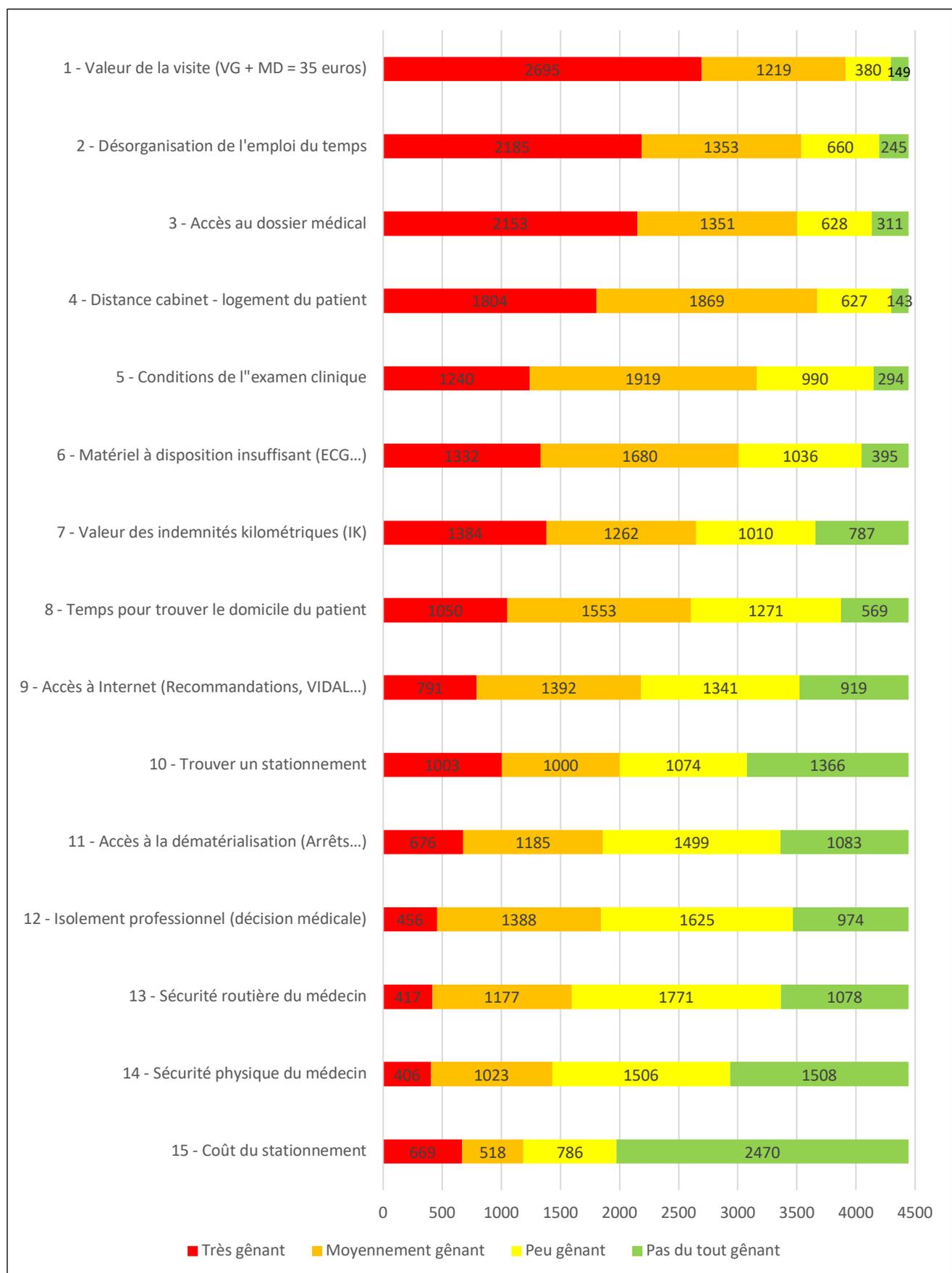
IV) Évaluation des freins à la pratique des visites à domicile

Les freins proposés pouvaient être regroupés en 4 grands groupes thématiques à savoir : économique, sécuritaire, organisationnel et qualité de l'exercice.

Les trois freins les plus importants identifiés étaient dans l'ordre : **la valeur de la visite** (VG+MD = 35 euros), **la désorganisation de l'emploi du temps aux dépens des consultations** et enfin **l'absence d'accès au dossier médical**.

L'ensemble du classement est présenté dans la figure 5.

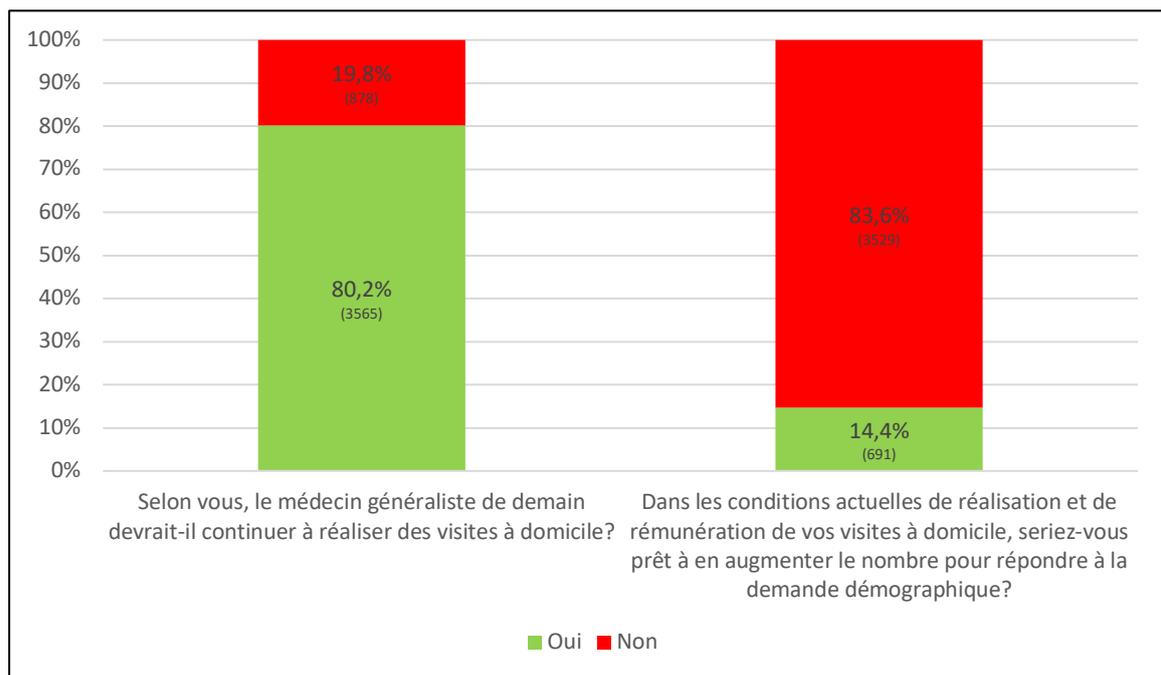
Figure 5. Impact des différents freins sur la réalisation / poursuite des visites à domicile



V) Visites à domicile : et demain ?

L'interrogation des médecins généralistes sur l'avenir des visites à domicile révèle qu'une majorité d'entre eux (80,2%) est favorable à leur poursuite par la profession ; mais ils ne sont qu'une minorité (14,4%) à être favorables à leur augmentation en nombre pour répondre à la demande démographique dans les conditions actuelles de réalisation. Le détail des données est disponible en figure 6.

Figure 6. Avenir des visites à domiciles par les médecins généralistes



VI) Analyses comparatives ciblées

◆ Impact du sexe

Il existait une différence significative sur le temps moyen de la visite à domicile en fonction du sexe du médecin. En effet, celui-ci était de **40,6 minutes** (+/-18,3) pour les **femmes** contre **36,1 minutes** (+/- 15,8) pour les **hommes** ($p < 0,001$; test de Welch).

◆ Impact du statut remplaçant ou installé/collaborateur

Le statut du médecin impactait particulièrement deux réponses relatives aux freins : le frein de l'**absence d'accès au dossier médical** était qualifié de « très gênant » pour **63%** des remplaçants contre **44%** des installés/collaborateurs ($p < 0,001$, test de Fisher). De même, le **temps pour trouver le lieu de vie du patient** était qualifié de « très gênant » pour **43%** des remplaçants contre **18%** des installés/collaborateurs ($p < 0,001$, test de Fisher).

◆ Impact du lieu habituel de pratique/installation

Le lieu habituel de pratique soulignait la particularité du stationnement. Le frein relatif au fait de **trouver un stationnement** automobile était influencé par le lieu d'exercice habituel des professionnels : **39%** des répondants qualifiaient de « très gênant » le fait de trouver un stationnement lorsqu'ils exerçaient en milieu urbain alors qu'ils n'étaient que **13%** en milieu semi rural et **4,5%** en milieu rural ($p < 0,001$, test de Fisher). Enfin, le **coût du stationnement** était qualifié de « très gênant » pour **25%** des praticiens exerçant en milieu urbain, **10%** pour le semi-rural et **3,8%** pour le rural ($p < 0,001$, test de fisher).

A noter que le temps moyen des VAD n'était pas statistiquement influencé par le lieu de pratique habituel.

◆ Impact de l'âge

Le désir de poursuivre les visites à domicile ne montrait pas de différence significative en fonction de l'âge du répondant. En effet, à la question « Le médecin Généraliste de demain devrait-il continuer à réaliser des visites à domicile ? » on obtenait une réponse « **OUI** » avec une moyenne d'âge de **44,8 ans** (+/-13,7) contre un « **NON** » à **44,3 ans** (+/- 12,6) pour un $p = 0,89$, test de Welch.

En ce qui concerne le lien entre l'âge des répondants et le nombre de VAD, les résultats sont à retrouver dans le Tableau 6.

Tableau 6. Nombres de VAD par semaine en fonction de l'âge des médecins

	p : <0,001	Test : Anova
Nombre de VAD	Moyenne d'âge (+/- écart type)	
Une à cinq	41,6 (+/-12,6)	
Cinq à dix	44,7 (+/- 13,5)	
Dix à quinze	49,3 (+/- 13,0)	
Quinze à vingt	51,6 (+/-13,1)	
Plus de vingt	54,2 (+/- 11,7)	

Le nombre de visites à domicile hebdomadaires est donc significativement corrélé à l'âge du médecin répondant. A noter que si l'on ne gardait uniquement que les réponses des médecins installés pour éviter le biais structurel de moindres visites dans l'exercice des remplaçants on retrouvait cette même gradation d'âge significative.

Tableau 7. Impact de l'âge sur le ressenti de deux freins

	<u>p : <0,001</u> <u>Test : Anova</u>	
	« Matériel à disposition insuffisant (ECG...) »	« Isolement professionnel et décision médicale »
	<u>Moyenne d'âge (+/- écart type)</u>	
Très gênant	40,7 (+/-12,5)	39,5 (+/-12,2)
Moyennement gênant	43,8 (+/- 13,1)	40,5 (+/- 12,5)
Peu gênant	48,8 (+/- 13,5)	45,9 (+/- 13,2)
Pas du tout gênant	51,3 (+/-12,7)	51,1 (+/-12,8)

Ainsi, plus les répondants étaient jeunes, plus ils considéraient comme gênant l'absence de matériel à disposition mais aussi l'isolement professionnel rencontrés lors des visites à domicile.

◆ Impact des bases de données sur le frein principal

Nous avons pu constater une différence significative entre les deux bases de données avec une accentuation du frein de la valeur de la visite dans la base de données provenant du syndicat MG France.

Tableau 8. Impact de l'origine des données sur le frein principal

	<u>p : <0,001</u> <u>Test : Chi2</u>	
	« Valeur de la visite (VG + MD : 35 euros)	
	<u>Base GOOGLE Forms</u>	<u>Base MG FRANCE</u>
Très gênant	1266 (56%)	1429 (65%)
Moyennement gênant	672 (30%)	547 (25%)
Peu gênant	212 (9,4%)	168 (7,6%)
Pas du tout gênant	94 (4,2%)	55 (2,5%)

La population de la base de données du syndicat était plus âgée (53,1 ans vs 36,4 ans), plus masculine (57,8% vs 28,9%) et comportait en plus grande proportion des médecins installés/collaborateurs (95,2% vs 58,7%) que la base de données obtenue par le lien du document GOOGLE FORMS.

En réalisant un ajustement sur deux facteurs influençant positivement cette réponse à savoir le sexe masculin du répondant et le statut installé/collaborateur on obtenait tout de même cette différence significative.

DISCUSSION

I) Choix de la recherche

Le choix de réaliser une étude quantitative permettait une analyse simplifiée d'un grand nombre de données attendu sur une étude de diffusion nationale.

La population excluait les médecins à exercice salarié exclusif afin de ne pas biaiser les résultats des items sur le domaine économique. De plus, les médecins n'ayant pas terminé leur internat étaient exclus afin de s'assurer d'un minimum de pratique de la visite à domicile pour pouvoir répondre au questionnaire.

II) Forces de l'étude

La taille de la population est une force majeure de cette étude. Ceci s'explique par la diffusion nationale du questionnaire et par l'intérêt des répondants pour le sujet.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude nationale de ce type sur ce sujet dans la littérature.

Cette étude portait sur un acte courant de la pratique d'un médecin généraliste, acte qui risque de prendre encore plus d'importance avec le vieillissement de la population. S'interroger sur l'avenir de la visite à domicile, c'est aussi s'interroger sur l'avenir de notre profession.

III) Faiblesses de l'étude

Le taux de participation n'est pas calculable compte tenu des moyens de diffusion divers de la thèse avec bases de praticiens inconnues.

Le choix des items relatifs aux freins à la réalisation/poursuite des visites à domicile peut également représenter une faiblesse. Le risque de la méthodologie employée (freins issus d'études complétés par ceux de ma pratique et de ceux de confrères) serait de ne pas avoir repéré un ou plusieurs freins à la réalisation des VAD. Cependant, il est important de notifier qu'aucun frein majeur supplémentaire n'a été soumis par un répondant dans l'espace d'expression libre de fin de questionnaire.

Pour finir, dans cette étude nous pouvons retrouver plusieurs biais :

- Biais de recrutement : les médecins n'ayant pas l'habitude d'utiliser les moyens informatiques étaient moins susceptibles de recevoir et donc de répondre au questionnaire. De plus, utiliser, en partie, des mailing-lists syndicales pour

diffuser l'étude peut accentuer les réponses de revendications habituelles. Cependant, il est important de souligner que le frein principal de la valeur de la visite à domicile restait tout de même le premier frein dans la base de données GOOGLE FORMS ;

- Biais d'auto-sélection ou de volontariat : l'inclusion dans l'étude relevant du désir du professionnel de répondre au questionnaire cela sélectionne les plus motivés et potentiellement les plus en accord avec la notion de « freins » à la poursuite/réalisation de visites à domicile ;
- Biais de mémorisation : si les dernières visites ont fait l'objet d'une problématique particulière, même si le praticien est habituellement peu confronté à celle-ci, elle pourra apparaître de manière accentuée dans les réponses du médecin répondant à l'instant T.

IV) Discussion des résultats

◆ **Une population jeune et féminine, reflet de l'avenir**

La population de l'étude était plus jeune (44,7ans versus 51,2ans de moyenne) et plus féminine (56,8% versus 47,6%) que la population des médecins généralistes actuellement en exercice selon les chiffres officiels rappelés dans l'introduction. Ceci peut diminuer la validité externe actuelle de l'étude. Cependant, cela représente une force majeure dans une logique de projection sur l'avenir en retrouvant à peu près la répartition des sexes des nouveaux diplômés et en s'intéressant plus particulièrement aux réponses des plus jeunes des praticiens. Cette jeunesse se reflète aussi dans la part importante de médecins remplaçants (23,6%).

La pyramide des âges des généralistes présentée dans l'introduction nous informe d'une modification prochaine et rapide de la profession : la large plage des médecins âgés, majoritairement masculins devrait partir à la retraite, remplacée par un large socle de médecins jeunes, féminins. Les générations intermédiaires, fruits d'un numéris clausus resserré, atténueront difficilement cette bascule : dans son ensemble, la profession devrait se diriger vers une moyenne d'âge globalement plus jeune et surtout plus féminine. Mais alors, quels sont les impacts à en attendre sur l'avenir des visites à domicile ?

Notre étude a permis de montrer que la durée moyenne de la VAD était plus importante chez les femmes (40,6 minutes) que chez les hommes (36,1 minutes). De plus, celle-ci confirme que les médecins les plus jeunes réalisent moins de visites à domicile que leurs aînés. L'ensemble de ces données, conformes au rapport de la DRESS⁽¹³⁾ de mars 2012, contribuent à accentuer les modifications du profil type des visites à domicile.

◆ **Une modification du profil type des visites qui se confirme**

L'altération de la démographie médicale a participé à accentuer le mouvement initié par la loi ACBUS de 2002, à savoir recentrer les visites à domicile vers les patients réellement nécessiteux (âgés, dépendants, poly-pathologiques...). L'impression des répondants que la visite se raréfie au prix d'un allongement et d'une complexification se confirme dans l'étude : 77,2% des praticiens réalisent moins de 10 visites par semaine, recentrées sur les

patients les plus âgés à domicile ou en structure pour une durée médiane de 40 minutes. A noter que cette impression de complexification au fil des années restait majoritaire si l'on considérait uniquement les répondants de plus de 45 ans (3,0/4 de score moyen à l'échelle).

Ce recentrage sur la population gériatrique souligne de plus une réalité : la visite à domicile est un type d'exercice particulier qui n'a pas changé au fil des années. Le praticien se rend toujours chez les patients, dans des conditions d'exercice parfois compliquées, uniquement équipé de sa mallette et de son ordonnancier. Dans une période où les cabinets médicaux s'équipent de moyens supplémentaires permettant d'augmenter la polyvalence du généraliste (échographe, électrocardiogramme, dermatoscope et autres objets d'aide au diagnostic connectés...), celle-ci n'est pas mise au profit de cette part de nos patientèles qui pourrait pourtant en tirer le plus grand bénéfice. L'asymétrie ainsi créée est bien perçue et relayée par les répondants à l'étude qui plaçaient respectivement en 5^{ème} et 6^{ème} position les freins « conditions de l'examen clinique » et « matériel à disposition insuffisant ». L'accentuation de la différence de prise en charge cabinet/domicile pourrait jouer en la défaveur des visites dont l'exercice paraîtrait de moindre qualité et de pertinence médicale discutable.

◆ Un frein principal : la rémunération de l'acte

Notre étude a montré que le principal frein à la réalisation des VAD concernait la rémunération de cet acte. Ce résultat paraît concordant avec les autres données de l'étude à savoir la complexification des visites à domicile qui deviennent plus chronophages. Ainsi, cet acte devient moins acceptable au regard de la rémunération-horaire qui en découle. La question que l'on peut alors se poser est de savoir quelle cotation pourrait sembler acceptable au moins en comparaison au temps passé pour des consultations en cabinet.

Selon une étude⁽¹⁴⁾ de 2017 publiée dans le BMJ comparant la durée de la consultation de médecine générale dans 67 pays de développements économiques divers, les généralistes français passaient en moyenne 16,4 minutes avec leur patient. Cette durée, rapportée à la valeur de la consultation « Gs » dont le montant actuel est de 25 euros, permet de se projeter pour une rémunération au moins équivalente, à une visite « VG+MD » dont la rémunération s'élèverait à 60 euros contre 35 euros aujourd'hui. La logique de limitation de la valeur de cette visite à la fois pour en compenser d'autres qui seraient plus « courtes » mais aussi afin de respecter des objectifs de la loi ACBUS est totalement anachronique. Le rattrapage du montant de la visite devrait être à l'image de l'évolution de la pratique même de cet acte au fil des dernières années : rapide et franche.

La notion de création d'un cinquième risque « dépendance » couvert par la sécurité sociale est une promesse politique qui semble effectivement inévitable et nécessaire pour répondre à la demande de la population de pouvoir vieillir à domicile. Cependant, pour permettre d'appliquer ces volontés, un financement des « métiers du grand âge », comme nommés dans le rapport⁽¹⁵⁾ de Mme EL KHOMRI remis en octobre 2019, doit être assuré. La revalorisation de la visite à domicile pourrait ainsi être reconsidérée dans ce cadre.

◆ Un attachement à la visite qui persiste...

Dans le cas où l'on doutait de l'attachement des médecins généralistes pour la visite à domicile, la réponse est claire : une très nette majorité (80,2%) de ceux-ci juge qu'elle devra continuer à faire partie de leur pratique dans les prochaines années.

Cet attachement se retrouve dans l'ensemble des classes d'âges des répondants comme montré dans l'étude par l'absence de différence significative sur les questions d'avenir de la profession. Ces données sont concordantes avec une thèse⁽¹¹⁾ de 2017 qui portait cette fois sur la perception de la visite à domicile dans une population d'internes de médecine générale. Ceux-ci la plébiscitaient bien volontiers pour l'ensemble de ses caractéristiques : conforter la relation médecin-patient, améliorer l'observance des traitements, découverte fondamentale du milieu de vie du patient et enfin une anticipation des problèmes de santé dans une population fragile.

Fort de ces résultats et dans l'objectif de soutenir ce mouvement, il me semble important de reconsidérer la place de la visite à domicile lors des études de santé, et ce à tous les stades. Prenons pour exemple une expérience croate⁽¹⁶⁾ de 2011 montrant l'introduction de cours spécifiques avec stages portant sur les visites à domicile dans les toutes premières années de médecine. L'objectif était de contribuer au respect des généralistes et des paramédicaux et de faciliter l'acquisition de techniques de communication en améliorant la compréhension des patients pris en charge. Les étudiants, au terme de l'expérience, soulignaient l'importance d'une bonne communication médecin-patient, déclaraient avoir gagné en assurance et accru leur motivation à poursuivre leurs études de médecine. Enfin, cette introduction comme enseignement pratique à part entière semblait encourager les étudiants à poursuivre la pratique des visites dans leur exercice futur⁽¹⁷⁾.

◆ Mais pas à n'importe quel prix !

Les médecins généralistes sont conscients du défi sanitaire collectif qu'il leur faudra relever dans les prochaines années, dans un contexte de démographie médicale qu'ils savent compliqué. Alors qu'ils sont attachés à poursuivre les visites à domicile auprès des patients les plus nécessiteux, les freins à leur réalisation semblent trop importants pour en augmenter le nombre dans les prochaines années : 83,6% d'entre eux refusent d'en faire plus dans les conditions actuelles de réalisation et de rémunération de cet acte.

Les résultats de cette interrogation finale de l'étude sur l'avenir de nos pratiques doivent interpeller afin de répondre au plus vite aux attentes des professionnels en agissant au maximum sur les freins soulevés.

◆ Un élément clef : la décision politique

La résolution du principal frein, celui de la valeur de la visite à domicile (VG + MD = 35 euros) semble essentielle. Outre le fait de ressortir du questionnaire, ce sujet était la source de nombreux commentaires dans l'espace libre laissé en fin d'étude avec un agacement palpable des médecins répondants. Certes, l'élargissement de la visite longue (VL + MD = 70 euros) à l'ensemble des patients ALD ou ayant plus de 80ans et ce pour 3 visites annuelles est un geste à souligner et qui va dans le bon sens. Cependant, la visite longue devenant la norme, cette limite est-elle encore pertinente ? On notera en 7^{ème} position le frein de la valeur de l'indemnité kilométrique. Outre l'incompréhension sur le fait de ne pouvoir appliquer ces indemnités dans une même agglomération elle reflète selon moi un mouvement global de remise en question de la valeur de l'acte et du déplacement dans son ensemble.

Une autre solution existe : faire venir le patient au médecin. Cette décision mettrait fin, de fait, à la visite à domicile telle qu'elle est pratiquée ce jour dans la grande majorité des

cas. On conduirait donc le patient à sa consultation chez le généraliste, véritable aboutissement d'un mouvement de fond voulant faire de la médecine générale une spécialité à part entière. Néanmoins, cette hypothèse semble assez peu probable via l'utilisation des transports sanitaires habituels pour une simple raison budgétaire : faire déplacer le patient coûte plus cher que de faire déplacer le médecin, même en augmentant les tarifs de l'acte. Une alternative intéressante existe dans certaines municipalités par la mise à disposition de transports spécifiques sur commande des personnes âgées. Cependant, elle relève encore de volontés politiques individuelles et interroge, en cas de généralisation, sur l'échelon territorial sur lequel son financement devrait s'appuyer.

Les visites à domicile, en dehors de celles programmées dans le cadre du suivi habituel des patients concernés, sont par ailleurs souvent un facteur de désorganisation de l'emploi du temps des médecins généralistes comme le soulignait le fait que ce facteur soit classé au deuxième rang dans les freins soulevés. Plusieurs éléments de réflexion peuvent être avancés afin de pallier à cette déstructuration de l'exercice médical causé par les visites imprévues : l'intervention des infirmières de pratique avancée en aide pour le suivi de ces patients chroniques et fragiles de façon à limiter nos déplacements au strict nécessaire ; l'exercice coordonné avec les autres confrères du cabinet pour des créneaux dédiés voire la remise en question de l'intervention des généralistes dans les structures d'accueil. Je pense que cette dernière notion doit revenir dans les discussions. En effet, la crainte pour raison économique de ne plus suivre une partie de sa patientèle entrée en structure ne correspond plus aux problématiques actuelles. La fin du suivi des patients par les généralistes dans ces structures ne représente pas l'alfa et l'oméga de la résolution de cette problématique organisationnelle, cependant je pense qu'on ne peut faire l'économie du débat de ce sujet dans une volonté d'amélioration globale de notre exercice. A défaut, un renforcement du rôle du médecin coordinateur dans la prise en charge médicale des patients institutionnalisés pourrait être envisagé.

Le peu de connaissance de la patientèle inhérent à l'exercice même du médecin remplaçant entraîne un impact plus fort de cette population pour le frein considérant le temps pour trouver le lieu de vie du patient mais aussi l'absence d'accès au dossier médical. Ce dernier, de même que l'accès à la dématérialisation peuvent être regroupés avec la problématique de l'accès à internet. Ces éléments viendront à être résolus avec le développement des dossiers partagés consultables à distance mais surtout avec la disparition progressive des « zones blanches » sans accès de téléphonie/internet conformément à l'accord⁽¹⁸⁾ de Janvier 2018 signé entre le gouvernement et les différents opérateurs téléphoniques. Cet objectif répondra probablement à une volonté plus vaste d'amélioration de l'attractivité des territoires.

Enfin, il existe une problématique qui se confirme comme étant très urbaine à savoir le stationnement des médecins lors des visites. La raréfaction des places de parking au sein des centres ville vient accentuer une problématique réelle : la fin de la tolérance liée à la pratique professionnelle, le médecin en visite à domicile devant désormais payer le parking. En cas de non-paiement du stationnement l'ironie du sort imposera une contravention au tarif même de la visite courante : 35 euros. La résolution d'une telle situation semble nécessaire : elle ne coûterait rien au contribuable, représenterait un signal positif envers la profession et retirerait instantanément un frein à la poursuite d'un acte nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743#tableau-T16F036G1>
2. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826#documentation>
3. Projections du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie – Économie et Statistique n° 481-482 - 2015 | Insee [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1305201?sommaire=1305205&q=projection+APA>
4. DRESS. Solidarité-santé [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>
5. Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020.
6. Arrêté du 2 septembre 2019 rappelant pour l'année 2019 et projetant pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire | Legifrance [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/9/2/SSAH1925175A/jo/texte>
7. Arrêté du 4 octobre 2019 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2019-2020.
8. IGAS. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. 2013.
9. Netgen. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-537/Visite-a-domicile-par-le-medecin-de-famille-etat-des-lieux-en-Europe-et-en-Suisse>
10. Sairenji.T. Shifting Patterns of Physician Home Visits. J Prim Care Dans Community Health. avr 2016;
11. Kham A-M. Les visites à domicile : quelle place dans l'organisation des soins de demain ? Perception des internes en médecine générale et des patients picards. 23 mai 2017;134.
12. Sabine-Eloïse Vialtel. La visite à domicile: perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731721/document>
13. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et Résultats. DREES. Mars 2012 ; n°797.
14. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 1 oct 2017;7(10):e017902.
15. rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf
16. Pavlicević I. ["Early patient contact"--the split model]. Acta Medica Croat Cas Hrvatske Akad Med Znan. mars 2013;67(1):19-24.
17. Muir F. Placing the patient at the core of teaching. Med Teach. mars 2007;29(2-3):258-60.
18. Accord historique entre le Gouvernement, l'Arcep et les opérateurs mobiles pour accélérer la couverture numérique des territoires [Internet]. Arcep. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.arcep.fr/actualites/le-fil-dinfos/detail/n/accord-historique-entre-le-gouvernement-larcep-et-les-operateurs-mobiles-pour-accelerer-la-couvert.html>

ANNEXES

Annexe 1. Classification Grille AGGIR

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Annexe 2. Loi ACBUS 2002

ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS (JORF 30 Aout 2002)

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

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

Article 1

Est approuvé l'accord de bon usage des soins conclu le 1^{er} Juillet 2002, annexé au présent arrêté, entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale

agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Article 2

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

ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS

Entre, d'une part,

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

Et, d'autre part,

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

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

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

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

Il est convenu de ce qui suit :

Préambule

La France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet.

Les parties signataires entendent favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. En effet, sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.

Article 1er

Champ de l'accord

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

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

Article 2

Etat des lieux

Article 2-1 : au niveau national

En 2001, 65 millions de visites (V) ont été remboursées par l'assurance maladie.

Le taux de V sur l'ensemble des actes cliniques :

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

V+C

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

Article 2-2 : au niveau régional

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

Omnipraticiens libéraux

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

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

Article 3

Objectif médicalisé d'évolution des pratiques

Article 3-1 : au niveau national

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

Article 3-2 : au niveau régional

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

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

Article 4

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

Accident vasculaire cérébral invalidant ;

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

Mucoviscidose ;

Paraplégie ;

Sclérose en plaques.

Article 5

Référentiel de bon usage des soins à domicile

Article 5-1 : majoration pour critères médicaux

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

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

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

Article 5-2 : majoration pour critères d'environnement

Les parties signataires demandent que la NGAP prévoie que le médecin peut exceptionnellement facturer une MD pour les soins dispensés au domicile des personnes dont les difficultés d'accès à des soins non programmés

sont liées à l'insuffisance d'une offre de proximité cumulée à une situation personnelle qui entrave leur mobilité conformément aux critères ci-après définis et repris en annexe au présent AcBUS.

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

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

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

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

La traçabilité et le suivi des visites bénéficiant d'une MD au titre des critères d'environnement seront assurés par les instances conventionnelles régionales prévues par l'article 3-6 de l'avenant n° 8. Le médecin doit être en mesure de communiquer le motif justifiant la MD.

Article 6

Actions mises en oeuvre

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

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

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

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

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

Article 7

Suivi de l'accord

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

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

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

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

Article 8

Résiliation de l'accord

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

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

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

Fait à Paris le 1er juillet 2002.

RÉFÉRENTIEL D'AIDE À LA JUSTIFICATION DU DÉPLACEMENT DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DOMICILE DU PATIENT

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

- incapacité concernant la locomotion par :
- atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
- atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ;

- atteinte respiratoire chronique grave ;
- atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée ;
- trouble de l'équilibre ;
- état de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- état sénile ;
- soins palliatifs ou état grabataire ;
- période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ; - altération majeure de l'état général.

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

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

Fait à Paris, le 26 août 2002.

Jean-François Mattei

Annexe 3. Questionnaire

Visite à domicile - Analyse des Freins

(QUESTIONNAIRE - 3 minutes)

Chères consœurs, chers confrères,

les projections démographiques de l'INSEE pour les années à venir laissent penser à une augmentation importante du nombre de personnes âgées dont un certain nombre dépendantes. Elle entrainera très probablement une hausse des demandes de santé chez cette population qui, de plus, vieillira en grande partie à domicile.

En parallèle, outre la diminution du nombre de Médecins généralistes, il est constaté chaque année une baisse du nombre de visites à domicile pour des raisons pluri-factorielles.

Ainsi, les politiques futures de santé devront sans doute répondre aux attentes des Médecins Généraliste pour pouvoir assurer la demande de soin ambulatoire au plus proche des patients.

Le but de cette étude est d'analyser les freins à la réalisation ou la poursuite des visites à domicile par les Médecins généralistes.

Population de l'étude:

Médecins Généralistes en activité, installés ou remplaçants, thésés ou non, libéraux exclusifs ou à exercice mixte (libéral+salarié).

ATTENTION, sont exclus de l'étude:

- les médecins généralistes à exercice salarié exclusif;
- les médecins n'ayant pas terminé leur internat.

MERCI de votre participation!

C'est à vous!

***Obligatoire**

Généralités

1. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

2. Quel âge avez vous? *

3. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Médecin Remplaçant *Passer à la question 7*
 Médecin Installé/Collaborateur Libéral *Passer à la question 6*

4. Dans quel département habituel / le plus fréquent exercez-vous? *

Une seule réponse possible.

5. Vous estimez que votre lieu habituel / le plus fréquent d'exercice est : *

Une seule réponse possible.

- Rural
 Semi-Rural
 Urbain

6. Quel est votre type d'installation? *

Une seule réponse possible.

- Seul(e)
 Groupe Mono-professionnel
 Groupe Pluri-professionnel

Votre pratique

7. Effectuez-vous des visites à domicile? *

(Inclut aussi bien les visites au domicile des patients que dans les structures type EHPAD par exemple)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 8*
 Non *Passer à la question 12*

Votre pratique

8. En moyenne, combien de visites effectuez-vous par semaine? *

Une seule réponse possible.

- 1-5
 5-10
 10-15
 15-20
 Plus de 20

9. Combien de temps en moyenne passez vous lors d'une visite à domicile (trajet inclus)?
(Chiffre seul en minute) *

10. Si l'on considère votre dernier mois d'exercice, quel(s) type(s) de patients avez-vous vu(s) en visite? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Enfants (<16ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adultes 17 - 59ans à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adultes 60 - 79ans à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adultes >80ans à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adultes en EHPAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Sur l'échelle suivante, à quel point êtes-vous en accord avec l'affirmation suivante : "Les visites à domicile deviennent de plus en plus longues" ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

12. Sur le domaine "Economique", quel impact ont les freins suivants sur la réalisation des visites à domicile? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout gênant	Peu gênant	Moyennement gênant	Très gênant
Valeur de la visite (VG + MD : 35 euros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valeur des Indemnités Kilométriques (IK)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coût du stationnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Sur le domaine de la "Qualité d'exercice", quel impact ont les freins suivants sur la réalisation des visites à domicile? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout gênant	Peu gênant	Moyennement gênant	Très gênant
Absence d'accès au dossier médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matériel à disposition insuffisant (ECG...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à internet (recommandations, VIDAL...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accès à la dématérialisation (Arrêt de travail...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Sur le domaine de la "Sécurité", quel impact ont les freins suivants sur la réalisation des visites à domicile? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout gênant	Peu gênant	Moyennement gênant	Très gênant
Isolement professionnel et décision médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sécurité physique du médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sécurité routière du médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Sur le domaine "Organisationnel", quel impact ont les freins suivants sur la réalisation des visites à domicile? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout gênant	Peu gênant	Moyennement gênant	Très gênant
Trouver un stationnement (Aspect pratique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps pour trouver le lieu de vie du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conditions de l'examen clinique (milieu de vie du patient)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distance entre le cabinet et le logement du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Désorganisation de l'agenda aux dépends des consultations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Dans les conditions actuelles de réalisation et de rémunération de vos visites à domicile, seriez-vous prêt à en augmenter le nombre pour répondre à la demande démographique?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Non concerné(e) car n'en réalisant pas

17. Selon vous, le médecin généraliste de demain devrait-il continuer à réaliser des visites à domicile? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Si vous le désirez, espace d'expression libre (Autres freins? au sujet de l'étude?...):

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Analysis of the obstacles to home visits practice by french general practitioners

Introduction : Home visit (HV) is an old, current, fairly specific act of the activity of the general practitioner, but which tends to become rare for multifactorial reasons: medical demography under tension, evolution of the modes of exercise and practices questioning. At the same time, the aging of the French population is changing the needs of patients, ever more numerous, losing their autonomy and therefore in demand for HV. These opposite movements between supply and demand raise questions about our ability to respond to future health challenges.

Objective : Analyse the obstacles to home visit practice by french general practitioners.

Searching method : Observational epidemiological study, by a digital form shared through various mediums (mailing-lists, social networks).

Results : The number of respondents was 4,443. The population was predominantly female (56.8%) with an average age of 44.7 years, installed or in collaboration (76.4%) having an exercise which they qualified as « urban » (41.4%) or « semi-rural » (41.4%). Currently, a large majority (95%) made HV, in limited number (1 to 5 visits per week for 46% of them), refocused on the oldest patients at home or in nursing homes, for a median time of 40 minutes. Out of 15 proposed obstacles, the first three were, in order, "Value of the visit (VG + MD = 35 euros)", "Disorganization of the timetable at the expense of consultations" and "Lack of access to the medical file". Practitioners interviewed believed that the general practitioner of tomorrow should continue to perform HV (80.2%) but refused to increase their number to meet demand under current conditions (83.6%).

Conclusion : Home visit remains a necessary practice for a large number of aging patients at home, a practice to which a large part of the profession remains attached. However, each year, it accounts for a smaller part of general practitioner activity, the fruit of an institutional will coupled with a structural change in professional practices. There are reasons to believe that the number of dependent patients and, therefore, requesting HV, will increase in the coming years. To meet this demand, it will be necessary to remove a maximum of obstacles to this practice, action above all dependent on political decisions, so that our health system can respond, tomorrow, to the major health challenge that awaits us.

Key words : General practitioner ; home visit ; dependence ; aging.

Title in french : Analyse des freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français.

Academic discipline : General Medicine

Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil
133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE cedex 4 – France

Analyse des freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français

Introduction : La visite à domicile (VAD) est un acte ancien, courant, assez spécifique de l'activité du médecin généraliste, mais qui a tendance à se raréfier pour des raisons plurifactorielles : démographie médicale sous tension, évolution des modes d'exercice et remise en question des pratiques. En parallèle, le vieillissement de la population française fait évoluer les besoins de patients, toujours plus nombreux, en perte d'autonomie et donc en demande de VAD. Ces mouvements contraires entre offre et demande interrogent quant à notre capacité à répondre aux défis sanitaires futurs.

Objectif : Analyser les freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français.

Méthode : Étude épidémiologique observationnelle, par questionnaire informatisé diffusé via divers supports (listes de courriels, groupes de réseaux sociaux de médecins remplaçants).

Résultats : Le nombre de répondants était de 4443. La population était majoritairement féminine (56,8%) d'un âge moyen de 44,7 ans, installée ou en collaboration (76,4%) ayant un exercice qu'ils qualifiaient d'« urbain » (41,4%) ou « semi-rural » (41,4%). Actuellement, ils réalisaient en grande partie (95%) des VAD, en nombre limité (1 à 5 visites par semaine pour 46% d'entre eux), recentrées sur les patients les plus âgés à domicile ou en structure, pour un temps médian de 40 minutes. Sur 15 freins proposés, les trois premiers étaient, dans l'ordre, la « Valeur de la visite (VG+MD = 35 euros) », la « Désorganisation de l'emploi du temps aux dépens des consultations » et l'« Absence d'accès au dossier médical ». Les praticiens interrogés considéraient que le médecin généraliste de demain devrait continuer à réaliser des VAD (80,2%) mais refusaient d'en augmenter le nombre pour répondre à la demande dans les conditions actuelles (83,6%).

Conclusion : La visite à domicile reste un acte nécessaire pour un grand nombre de patients vieillissants à domicile, acte auquel une grande partie de la profession reste attachée. Cependant, il représente une part chaque année plus faible de l'activité des généralistes, fruit d'une volonté institutionnelle couplée à une modification structurelle des pratiques professionnelles. Tout porte à croire que le nombre de patients dépendants et donc demandeurs de VAD augmentera dans les prochaines années. Pour faire face à cette demande il faudra lever un maximum de freins à la réalisation de cet acte, action avant tout dépendante de décisions politiques, pour que notre système de santé puisse répondre, demain, au défi sanitaire majeur qui nous attend.

Mots clés : Médecine générale ; visite à domicile ; dépendance ; vieillissement.

Titre en anglais : Analysis of the obstacles to home visits practice by french general practitioners.

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE cedex 4 - FRANCE