

Année 2023

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État

Par

Anne GAUTIER-BRIATTE

Née le 06 avril 1991 à Tours (37)

**Freins et moteurs à la pratique des visites à domicile par les médecins
remplaçants avec projet d'installation en Indre et Loire**

Présentée et soutenue publiquement le **22 Décembre 2023**

Devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine -
Tours

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours
Docteur François TRABUT, Médecine Générale – Tours

Directeur de thèse : Docteur Frédéric SCHMITT, Médecine Générale – Tours

Freins et moteurs à la pratique des visites à domicile par les médecins remplaçants avec projet d'installation en Indre et Loire.

Contexte : La démographie médicale actuelle et l'évolution des modes d'exercice tendent à diminuer le nombre de visites à domicile pratiquées par les nouvelles générations de médecins. En parallèle, le vieillissement de la population fait évoluer les besoins des patients, de plus en plus nombreux et dépendants et donc demandeurs de visites à domicile. Cette ambivalence entre offre et demande interroge sur la capacité des futures générations à répondre aux enjeux de santé publique à venir.

Objectif : Identifier les différents freins et moteurs à la pratique des visites à domicile que peuvent ressentir les médecins remplaçants ayant un projet d'installation future en Indre et Loire.

Méthode : Étude qualitative prospective menée par entretiens individuels semi dirigés, basés sur un guide d'entretien jusqu'à saturation des données (soit 8 entretiens), auprès de médecins généralistes remplaçants, ayant un projet d'installation en Indre et Loire, puis analyse thématique du contenu.

Résultats : 4 grands freins sont identifiés : le manque de rémunération de l'acte (majoré par les dépenses engendrées : carburant, entretien du véhicule, achat de matériel), l'absence d'accès au dossier médical, les motifs parfois injustifiés des demandes et la désorganisation de l'emploi du temps qui en découle (majoré par le temps nécessaire au trajet, trouver le logement et y accéder et pour la réalisation de la consultation qui est décrite comme plus longue qu'en cabinet). Cette désorganisation du planning aboutit pour certains à une impression de perte de temps, et un empressement lors de la réalisation de la visite. A ces grands freins peuvent être ajoutés : le sentiment d'insécurité, le manque de matériel à disposition, les conditions d'examen et d'interrogatoire, une impression de qualité moindre des soins fournis, voire d'impuissance, d'inutilité de certaines visites, d'interférence avec leur vie personnelle et parfois une sensation de malaise ou d'esseulement au domicile. Enfin la majorité des médecins rapportait un exercice non apprécié. Cette étude a mis aussi en évidence 3 moteurs principaux, qui sont la sensation d'obligation à leur pratique (déontologique, liée à la situation du patient, démographique ou lié à la reprise d'une patientèle), la relation médecin-patient privilégiée qui peut s'établir et la possibilité d'analyse de l'environnement et de rencontre avec les aidants permettant une prise en charge globale. Certains médecins ont aussi rapporté ressentir une difficulté à refuser une demande, une simplification de certaines consultations ou la possibilité d'adaptabilité de l'emploi du temps lorsque les visites sont programmées sur des ½ journées complètes.

Conclusion : Toujours perçues comme indispensables à une continuité de soins avec certains avantages indéniables, par les jeunes médecins, le nombre de demandes de visites à domicile risque de croître dans les prochaines années. Pour faire face à cette demande il faudra lever un maximum de freins à leur réalisation, ce qui sera avant tout dépendant des décisions politiques.

Mots clés : Visites à domicile – médecine générale – médecins remplaçants – Indre et Loire – médecine libérale

Brakes and motors to the practice of home visits to substitute doctors with installation project in Indre et Loire.

Background: Current medical demographics and changes in exercise patterns tend to decrease the number of home visits by new generations of physicians. At the same time, the ageing of the population is changing the needs of patients, who are increasingly numerous and dependent and who therefore require home visits. This ambivalence between supply and demand questions the ability of future generations to respond to future public health challenges.

Objective: To identify the different obstacles and drivers to the practice of home visits that can feel replacement doctors with a future installation project in Indre et Loire.

Method: Prospective qualitative study conducted by semi-directed individual interviews, based on an interview guide until data saturation (8 interviews), with substitute general practitioners, having a project of installation in Indre et Loire, then thematic content analysis.

Results: 4 main obstacles are identified: lack of remuneration of the act (increased by the expenses incurred: fuel, vehicle maintenance, purchase of equipment), lack of access to medical records, the sometimes unjustified reasons for the requests and the consequent disorganization of the schedule (plus the time required for the journey, finding and accessing accommodation and for carrying out the consultation which is described as longer than in the office). This disorganization of the schedule results for some in a sense of waste of time, and an eagerness when carrying out the visit. To these great obstacles can be added: the feeling of insecurity, the lack of available material, the conditions of examination and interrogation, an impression of lower quality of care provided, or even of impotence, of the uselessness of certain visits, interference with their personal lives and sometimes a feeling of discomfort or alone at home. Finally, the majority of doctors reported an exercise not appreciated. This study also highlighted 3 main drivers, which are the feeling of obligation to their practice (ethical, related to the situation of the patient, demographic or related to the recovery of a patient), the doctor-patient relationship privileged patient who can establish himself and the possibility of analysis of the environment and meeting with caregivers allowing a comprehensive management. Some physicians have also reported difficulty in refusing an application, simplifying certain consultations, or the possibility of flexible scheduling when visits are scheduled over ½ full days.

Conclusion: Still perceived as essential to a continuity of care with certain undeniable benefits, by young doctors, the number of requests for home visits is likely to increase in the coming years. To meet this demand, it will be necessary to remove as many obstacles as possible to their realization, which will depend above all on political decisions.

Keywords: Home visits – general medicine – substitute physicians – Indre et Loire – liberal medicine

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVERREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François MAILLOT, Président de ce jury de thèse : Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury malgré le délai court, vous arrivez à allier le fait d'être disponible et compréhensif envers les étudiants, avec vos obligations liées à votre fonction un grand merci à vous pour ça. Merci également pour votre gentillesse et vos apprentissages durant mon stage en service de Médecine Interne Post urgence.

A Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA, membre de ce jury de thèse : Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse malgré les péripéties liées à son organisation. Merci d'avoir été compréhensive et présente lorsque j'en ai eu besoin.

A mon directeur de thèse et juge, Monsieur le Docteur Frédéric SCHMITT : Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et d'avoir sacrifié de ton temps pour moi, je n'oublierai jamais les enseignements que j'ai pu recevoir à tes côtés lors de mon dernier semestre d'internat. Ton expérience, ton dévouement et ta gentillesse resteront un modèle pour moi.

A Monsieur le Docteur François TRABUT, membre de ce jury de thèse : Tu as été un de mes premiers MSU lors de mon premier semestre d'internat, et aujourd'hui tu fais partie de mon jury de thèse. Je garde un merveilleux souvenir de ce semestre avec toi, qui m'a permis de confirmer que c'était bien la médecine générale que j'aime exercer. Tu es un très bon médecin, un très bon pédagogue et en plus quelqu'un de très sympathique, ne change rien.

A mes maîtres de stage : Vous m'avez permis, grâce à vos enseignements et votre bienveillance, de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Je garderai toujours un bon souvenir des apprentissages acquis à vos côtés et tenterai de transmettre à mon tour au mieux les valeurs morales et connaissances nécessaires à la pratique de notre discipline.

A Monsieur le Docteur Christian RAFIN, merci de ta confiance pour la reprise de ta patientèle, je tâcherai de faire de mon mieux et de toujours être à l'écoute des patients comme tu l'as été durant toutes ces années.

A toi, maman, les mots ne seront jamais assez forts pour te remercier d'avoir été la mère dévouée, compréhensive, attentionnée et aimante que tu as été et que tu es encore aujourd'hui. Je ne serai jamais devenue la personne que je suis sans toi, tu es le pilier sur lequel j'ai pu m'élever et construire ma vie et j'espère ne jamais t'avoir déçue. Je t'aime.

A mon père, parce que même si tu n'es plus présent à mes côtés aujourd'hui, il ne se passe pas un jour sans que je pense à toi. J'espère que de là où tu es tu es fier de moi.

A mon grand frère, Jocelyn, mon soutien et mon modèle dans plein de domaines. Merci pour les rougails, merci pour les tajines, merci pour les semaines de révisions intensives dans ton garage ou ta caravane. Nous sommes très différents mais notre amour mutuel est sincère.

A mes beaux-parents, Anne et Fabrice, merci de votre implication, de votre soutien et de votre amour. Que ce soit leur de nos études ou avec nos enfants vous avez su répondre toujours présents et vous savoir près de moi me permet de travailler en toute tranquillité d'esprit.

A Clémence, mon amie, ma sœur de cœur. Une des personnes les plus importantes dans ma vie. Tu as toujours été là, depuis le premier jour de notre amitié et je sais que je peux compter sur toi à tout moment. Pouvoir te compter parmi mes amies est un honneur et un privilège.

A Théo et Elodie, de longues années d'amitié nous lient maintenant. Je chérie chaque moment passé en votre compagnie. Voir notre amitié évoluer et nos enfants grandir et développer eux aussi une complicité évidente est un bonheur. Sans vous, la vie serait beaucoup moins drôle.

A Gaby, qui a su me montrer que le coup de foudre amical existe.

A mes filleuls, François-Xavier, Adèle et Sixtine, vous voir grandir est un vrai bonheur et chaque moment passé avec vous me remplit de joie. Je ne remercierai jamais assez vos parents de m'avoir choisie comme marraine.

A mes Gaufrettes, Marion, Laëtitia et Marine, mes amies du collège, toujours présentes depuis toutes ces années, vous avez fait partie de mon enfance et l'avez rendue heureuse, merci.

A Guillaume, mon colloc', mon ami fidèle et fiable, toujours présent aussi bien pour faire la fête que quand j'ai pu avoir besoin de soutien, la distance est là, mais l'amitié reste et ta famille et toi ferez toujours partie des personnes chères à mon cœur.

A Simon et Agathe, nos emplois du temps sont chargés mais chaque moment passé ensemble est un vrai bonheur, hâte d'assister à votre union et de continuer à voir nos enfants jouer et grandir ensemble.

A mon fils, Augustin, tu grandis un peu plus chaque jour et deviens un petit garçon intelligent, gentil et attentionné, parfois espiègle, mais toujours tendre. Je suis fière de toi mon fils ne l'oublie jamais et je t'aime plus fort que l'univers, pour toujours et à l'infini.

A ma fille, Ambre, tu n'as que quelques mois, mais tu prends déjà une place folle dans mon cœur. Garde ce sourire qui illumine ton visage à chaque instant, je t'aime ma fille.

A mon mari, mon soutien indéfectible dans toutes les épreuves de la vie. Merci pour ton amour, ta bienveillance et l'assurance que tu me procures. La famille que nous avons construit ensemble est mon bien le plus précieux. Je t'aime mon amour, à toi pour toujours.

Table des matières

INTRODUCTION	p. 15
1. Démographie	p. 15
a. Des médecins généralistes	p. 15
En France	p. 15
En Indre et Loire	p. 16
b. De la population française	p. 17
2. Évolution du nombre de visites à domicile	p. 18
3. Avenir des visites à domicile	p. 19
 MATERIEL ET METHODE	 p. 20
1. Choix de la méthode	p. 20
a. Méthode d'analyse	p. 20
b. Recueil des données	p. 20
2. Population	p. 20
a. Critères d'inclusion	p. 20
b. Population incluse	p. 21
3. Entretiens	p. 21
a. Guide d'entretien	p. 21
b. Réalisation des entretiens	p. 21
4. Méthode d'analyse	p. 22
a. Retranscription	p. 22
b. Analyse des entretiens	p. 22
5. Aspect éthique	p. 23
 RESULTATS	 p. 24
1. Population de l'étude	p. 24
2. Freins à la pratique des visites à domicile	p. 25
a. Domaine économique	p. 25
b. Diminution de la qualité d'exercice	p. 26
c. Domaine organisationnel	p. 29

d. Raisons générales	p. 32
3. Éléments moteurs à la pratique de visites à domicile	p. 35
a. Sentiment d'obligation	p. 35
b. Avantages en visites versus en consultation au cabinet	p. 36
DISCUSSION	p. 39
1. Freins aux visites à domicile	p. 39
a. Généralités	p. 39
b. Freins économiques	p. 40
c. Diminution de la qualité d'exercice	p. 41
Manque d'accès au dossier médical	p. 41
Limitation du matériel à disposition	p. 43
Conditions d'exercice au domicile inconfortables	p. 44
Sensation d'insécurité	p. 45
Soins considérés comme de moins bonne qualité	p. 45
Déréliction	p. 46
d. Freins liés au temps	p. 46
e. Freins généraux	p. 48
Consultations injustifiées	p. 48
Mode d'exercice non apprécié, malaisant	p. 48
f. Commentaires	p. 49
2. Moteurs aux visites à domicile	p. 52
a. Sentiment d'obligation	p. 52
b. Autres éléments moteurs aux visites à domicile	p. 55
Relation médecin-patient privilégiée, rencontre avec la famille, analyse de l'environnement	p. 55
Mode d'exercice parfois apprécié	p. 56
Simplification de certaines consultations, organisation de l'emploi du temps plus modulable	p. 56
3. Les limites de l'étude	p. 58
4. Les forces de l'étude	p. 59
CONCLUSION	p. 60

BIBLIOGRAPHIE	p. 63
---------------	-------

ANNEXES	p. 66
---------	-------

1. Annexe 1 : Grille GIR	p. 66
2. Annexe 2 : Loi AcBUS	p. 67
3. Annexe 3 : Guide d'entretien	p. 72
4. Annexe 4 : Grille EVALADOM	p. 74

INTRODUCTION

1. Démographie

a. Des médecins généralistes

En France

Selon les données de la Dress (1), en 2021, 94 500 médecins généralistes sont en activité. Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 % alors que le nombre de médecins d'autres spécialités a augmenté de 6,4 % ce qui fait que le nombre global de médecins sur le territoire français reste stable au fil des ans, mais que la charge de travail qui pèse sur les médecins généralistes est de plus en plus importante.

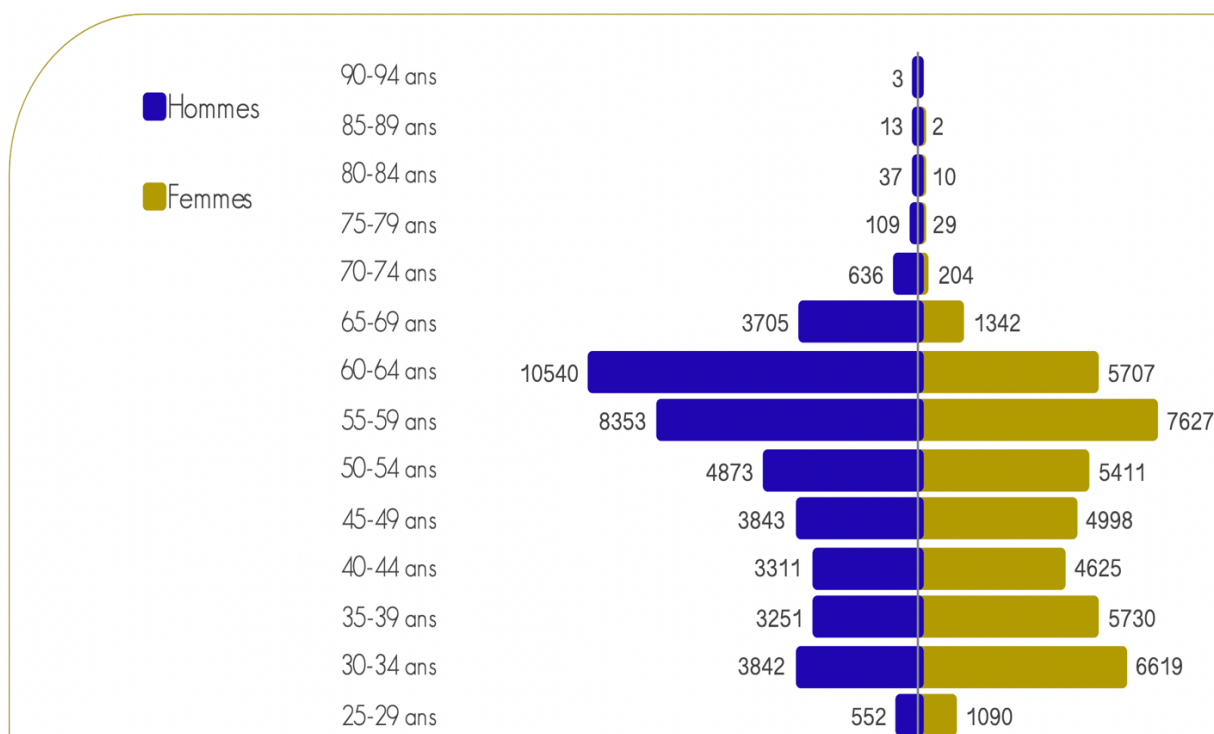


Figure 1 : pyramide des âges des médecins en activité au 1^{er} janvier 2020

Là où l'âge moyen des médecins en France tant à se rajeunir dans sa globalité avec un âge moyen passé de 50,7ans en 2012 à 49,3ans en 2021 (1), lié d'une part à un nombre important de départs à la retraite entre 2012 et 2021 touchant les générations formées avant les restrictions d'effectifs liées à la mise en place du numerus clausus en 1971 et d'autre part à l'entrée en activité des premières générations correspondants au numerus clausus relevé des années 2000, la pyramide des âges des généralistes en activité régulière (figure 1), elle, confirme un vieillissement déjà connu qui reste stable au fil des ans. En effet, 26% de ces médecins généralistes en activité régulière sont âgés de 60 ans ou plus et l'âge moyen des médecins généralistes garde une constance aux alentours de 50 ans depuis 2010 (2).

En ce qui concerne les remplaçants, ils sont 10186 remplaçants en médecine générale pour 94500 médecins en activité en 2021 (1). En moyenne l'Ordre estime qu'un médecin remplaçant remplace pendant 1 à 3 ans avant de s'installer et qu'il exerce dans 3 à 4 cabinets différents au début de son exercice (3).

En Indre et Loire

Entre 2017 et 2021, la densité médicale en Indre et Loire est passée de 95 à 98 pour 100 000 habitants (4) (5). Au regard de la densité moyenne en région Centre qui est la plus basse de France, l'Indre-et-Loire paraît bien lotie. Cependant, ce taux moyen masque de grandes disparités comme le montre la carte de répartition des médecins généralistes dans le département (figure 2).

En Indre-et-Loire, près de 10% des 16 ans et plus n'ont pas déclaré de médecin traitant à l'Assurance maladie. Cela représente dans notre département un peu plus de 43500 personnes. Un niveau qui reste stable depuis cinq ans.

Indre-et-Loire : densité de médecins généralistes

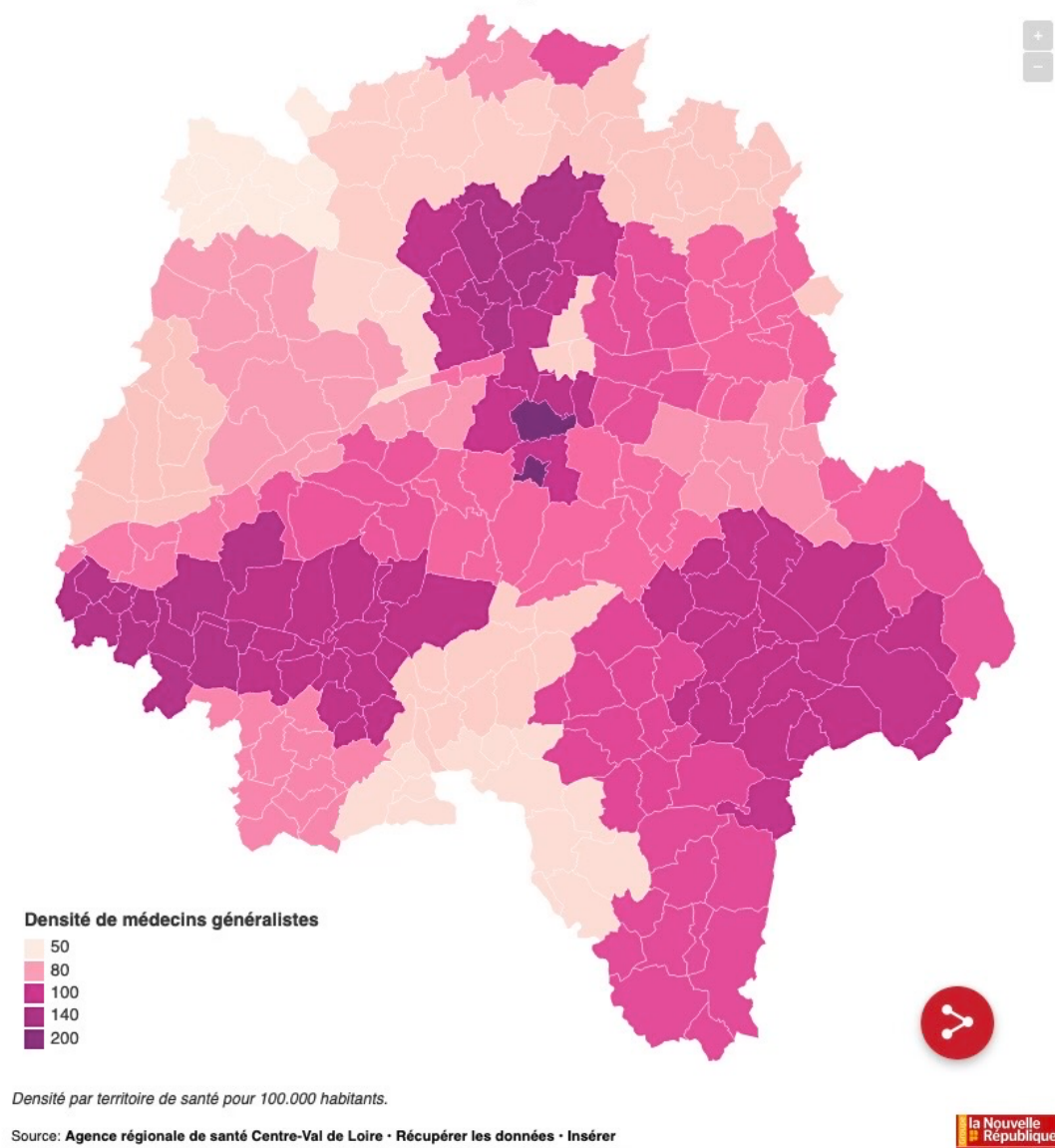


Figure 2 : Densité de médecins généralistes en Indre et Loire en 2019

b. De la population française

Ces dernières décennies les avancées médicales et les modifications des habitudes de vie ont permis une augmentation de l'espérance de vie en France, qui est passée entre les années 50 et 2022 de 63,4ans à 79,3ans pour les hommes et de 69,2 à 85,2ans pour les femmes (6).

Les études démographiques de l'INSEE montrent que la population en France augmenterait jusqu'en 2044 pour atteindre 69,3 millions d'habitants. Elle diminuerait ensuite,

pour s'établir à 68,1 millions d'habitants en 2070, soit 700 000 de plus qu'en 2021. La poursuite du vieillissement de la population jusqu'en 2040 est quasi certaine. Son ampleur varie peu selon les hypothèses retenues. En 2040, il y aurait 51 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans, contre 37 en 2021. Entre 2040 et 2070, l'évolution de ce rapport de dépendance démographique est beaucoup plus incertaine et dépend davantage des hypothèses retenues (7).

Un tel vieillissement de la population s'accompagnera inexorablement d'une augmentation des pathologies chroniques et des patients dépendants qui seront parfois incapables de se déplacer au cabinet médical et dont le suivi ne pourra se faire qu'en visite à domicile. L'INSEE prévoit d'ailleurs en ce sens une augmentation de 71% des personnes âgées dépendantes (GIR 1-4, voir classification GIR en annexe 1) entre 2010 et 2040 atteignant alors près de 2 millions de patients en France (8)

2. Évolution du nombre de visites à domicile

Le nombre de médecins exerçant en libéral exclusif ne cesse de diminuer au fil des ans, au profit d'une activité mixte voir en salariat exclusif. Ainsi parmi les médecins généralistes 65% ont une activité libérale ou mixte en 2021 dont 57% en libéral exclusif (1), les autres exercent donc une activité salariée. Cette évolution est importante à souligner car cela diminue d'autant le nombre de professionnels disponibles pour réaliser des visites à domicile. En effet, le poids de ce type d'acte repose, à ce jour, majoritairement sur les médecins à exercice libéral.

En France, le nombre de visites à domicile est passé de 77 millions en 2000, à 22 millions en 2016. Cette diminution du nombre de visites à domicile est plurifactorielle :

- Suite à l'accord passé en 2002 entre les médecins et la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) sur la loi ACBUS (ACcords de Bon Usage des Soins) qui visait à réduire de 5% le nombre de visites en encadrant les conditions de remboursement de l'acte et ainsi diminuer les visites de complaisance (texte en annexe 2). Cet accord a eu en réalité un effet plus important que celui attendu avec une réduction de 22,5% dès l'année suivante du nombre de visites.
- Modifications des habitudes avec des VAD qui étaient autrefois la norme des consultations, ce qui n'est plus le cas à l'heure actuelle.

- Diminution du nombre de médecins disponibles pour en réaliser (baisse du nombre de médecins généralistes libéraux comme vu précédemment et du nombre de médecins souhaitant en réaliser).

3. Avenir des visites à domicile

La réalisation des visites à domicile dans le futur sera notamment dépendante de l'appréciations des jeunes médecins, non encore installés.

Un travail de thèse (9) de Mme TEKAYA Elodie datant de juin 2020 et portant sur l'analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes, nous donne une vision concernant les médecins déjà installés en région Occitanie. Les résultats de cette étude qualitative montraient des différences d'opinion très importantes en fonction des médecins avec des contradictions entre les générations. Les médecins les plus jeunes rapportaient beaucoup de contraintes tandis que les médecins plus âgés trouvaient une certaine normalité et même un avantage à ce mode de consultations.

Aussi il paraît licite d'explorer la vision des médecins généralistes actuellement remplaçants, donc acteurs de leurs propres visites à domicile, ayant un projet d'installation, afin d'analyser l'avenir potentiel de ces visites à domicile.

MATERIEL ET METHODE

Choix de la méthode

Méthode d'analyse

L'objectif de cette étude était de faire ressortir les différents freins et moteurs aux visites à domicile auprès de médecins généralistes remplaçants avec projet d'installation en Indre et Loire.

Les éléments recueillis font partis du subjectif, ne permettant donc pas une analyse quantitative des données. J'ai donc choisi une méthode d'analyse qualitative, permettant de comprendre plutôt que de dénombrer (10), qui m'a semblé être la plus appropriée. En effet la méthode qualitative cherche à recueillir des échantillons verbaux ou verbatim afin d'en extraire un sens, une interprétation.

L'étude a été menée par méthode prospective qualitative et par entretiens individuels semi dirigés.

Recueil de données

Les données de cette étude ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi dirigés. Ils permettaient de recueillir un panel d'informations plus vaste et de laisser les médecins exprimer librement leur opinion sans être limités par des questions fermées.

Population

Critères d'inclusion

La population cible était des médecins remplaçants en médecine générale, thésés ou non, mais avec DES (Diplôme d'Études Spécialisées) validé, avec un projet concret d'installation en Indre et Loire, sans critère de délai de mise en application de leur projet.

Population incluse

Sur les 9 médecins sollicités, 8 ont accepté de répondre à mon questionnaire, le dernier médecin ayant initialement accepté mais n'ayant pas donné suite au dernier message pour prendre rendez-vous ensemble pour un entretien.

Le recrutement s'est essentiellement fait via les sites de propositions de remplacement et par bouche à oreille et le premier contact s'est systématiquement fait par SMS ou mail pour décrire le sujet et l'objectif de l'étude et convenir d'un RDV ultérieur pour la réalisation de l'entretien.

Les entretiens

Guide d'entretien

Une trame de questions a été élaborée avant les entretiens, affinée suite au premier afin d'améliorer la pertinence des questions. Le guide final (annexe 3) était rédigé avec une introduction brève afin de ne pas influencer les réponses puis après quelques questions générales afin d'identifier plus précisément la population de l'étude, nous abordions différemment thèmes tels que leur vision des visites à domiciles avant d'en réaliser (lors de leur internat) puis maintenant, l'organisation de celles-ci actuellement ainsi que lors de leur future installation, et enfin les inconvénients et avantages ressentis à leur réalisation.

Lors des entretiens il n'y avait pas d'ordre spécifique pour chaque question et leur formulation était adaptée pour favoriser les échanges et rebondir sur ce qui venait d'être dit. Les questions étaient en majorité ouvertes afin de permettre aux médecins de s'exprimer le plus librement possible.

Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur une période allant du 20 avril 2023 au 30 septembre 2023, soit sur 5 mois. Les médecins interviewés ont tous consentis à être enregistrés via téléphone portable ou ordinateur.

Les entretiens ont été réalisés par entretiens téléphoniques ou en présents suivant les disponibilités des médecins interrogés. Aucune limite de temps n'a été imposée, permettant aux interviewés de développer autant qu'ils le souhaitent.

8 entretiens ont été réalisés. Leur durée était comprise entre 12 et 27 minutes, avec une moyenne de 18 minutes. La saturation des données a été atteinte au 6^{ème} entretien, à partir duquel il n'existait plus d'élément nouveau rapporté lors de la lecture, 2 autres entretiens ont été réalisés afin de confirmer l'absence de nouvelle donnée.

Méthode d'analyse

Retranscription

J'ai retranscrit tous les entretiens en mot à mot sur mon ordinateur grâce aux enregistrements de mon dictaphone d'ordinateur ou de téléphone. Une anonymisation a été réalisée en utilisant le mot interview puis en les numérotant de 1 à 8 en fonction de l'ordre dans lesquels elles ont été réalisés. Cette anonymisation a permis la sécurité des informations recueillies.

Ils ont par la suite tous été analysés un à un pour en ressortir des verbatims. Ces retranscriptions en mot à mot puis en verbatims ont été effectuées dans les jours suivants les entretiens afin de ne pas omettre des détails d'attitude qui auraient pu apporter un sens ajouté au texte.

Analyse des entretiens

Une analyse thématique de contenu a été réalisée au fur et à mesure des entretiens. Cette méthode d'analyse a été décrite notamment par Mucchielli et consiste à « repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (11).

J'ai donc repéré des expressions verbales, taché d'en extraire différentes idées et ensuite procédé à un regroupement en sous thèmes de ces multiples idées, en lien avec l'objectif de l'étude et les ai regroupés en plusieurs thèmes majeurs correspondant à la problématique.

Pour coller au principe de réalité et limiter l'apparition de biais d'interprétation, une triangulation a été réalisée par 2 investigateurs extérieurs à l'étude pour 2 des interviews.

Les différents résultats, issus des 8 entretiens ont été regroupés en sous thèmes, eux même liés les uns aux autres en divers thèmes majeurs.

Aspect éthique

Chaque participant a donné son accord verbal à l'enregistrement de son entretien par dictaphone et sa non opposition à l'utilisation des données.

L'anonymisation des verbatims a été respectée en attribuant un numéro à chaque interview.

L'étude étant de type Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH), dite hors loi Jardé et correspondant à une recherche évaluant la pratique professionnelle avec anonymisation complète, aucun avis CNIL ou éthique n'a été nécessaire.

RESULTATS

1. Population de l'étude

La population de l'étude est détaillée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecin interrogés

	Sexe	Age (ans)	couple	enfant	Temps de rempla (ans)	Exercice	VAD	En fera une fois installé	Durée de consultation en VAD
Int 1	M	31	Oui	Oui	2	Urbain	Oui	Oui	20
Int 2	F	32	Oui	Oui	2	Urbain	Oui	Oui	15
Int 3	F	28	Oui	Non	<1	Semi	Peu	Peu	30
Int 4	F	31	Oui	Oui	3	Rural	Oui	Oui	20
Int 5	M	30	Non	Non	3	Urbain	Non	Non	/
Int 6	F	29	Non	Non	2	Rural	Oui	Oui	30
Int 7	M	33	Oui	Non	4	Semi	Peu	Oui	25
Int 8	M	29	Oui	Oui	2	Semi	Oui	Oui	20

M = masculin, F = féminin

Semi = semi rural

VAD = visites à domicile

Rempla = Remplacement

2. Freins à la pratique des visites à domicile

1. Domaine économique

Le frein identifié de façon universelle dans tous les entretiens réalisés est que la rémunération de la visite est jugée insuffisante :

« Il faudrait que la visite à domicile soit gratifiée d'un tarif supérieur à ce qu'il est actuellement. » (Int1)

« Et puis il faudrait que la rémunération soit plus valorisée aussi, 35€ vu le temps que ça prend ce n'est pas assez. » (Int3)

« En fait on va être très très honnêtes, en tant que remplaçante il y a aussi une histoire d'argent, ce n'est quand même pas très rentable les visites. Si on parle uniquement argent, en tant que remplaçant, si je remplace et qu'on me dit t'as toute une matinée de visites, ça m'embête un peu parce que je sais que je vais moins gagner quoi. Il faut dire c'est assez peu payé par rapport à ce qu'on fait, moi je considère qu'en libéral le temps c'est de l'argent. On est certes médecins, mais on doit aussi gagner nos vies. » (Int4)

« Bah après c'est le côté financier, ça prend du temps et ce n'est pas valorisé financièrement. Voilà on n'en a pas parlé mais ça pèse quand même sur la balance, on sait que quand on fait une matinée de visites on sait qu'on va moins gagner que si on faisait une matinée de consultations. » (Int6)

« Je trouve déjà la rémunération des consultations en cabinet insuffisante, alors celle des visites, avec le temps qu'on y passe et l'investissement personnel que ça demande c'est encore pire » (Int7)

« C'est vraiment le côté rentabilité qui pêche » (Int8)

Ce problème de rémunération représente même chez certains des médecins interrogés le frein majeur : *« Déjà si la rémunération était plus à la hauteur je ne suis pas sûre qu'il y ait d'autres choses importantes qui me freinent » (Int2).*

Cette notion de manque de rémunération a été complétée par le coût lié au trajet :

« le coût de l'essence n'est pas du tout compensé par les IK » (Int2)

« Et puis il y a l'usure de la voiture, les frais kilométriques ... » (Int6)

« L'idée de faire venir un médecin qui a fait 10ans d'études à leur domicile sans rien déboursier alors qu'ils payent 80€ pour faire venir un artisan n'a l'air de choquer personne, mais en coût de trajet c'est exactement la même chose » (Int7)

Ainsi que le coût du matériel, que ce soit celui pour pratiquer ses visites en elles-mêmes :

« le fait qu'il faille acheter son matériel en double pour pouvoir l'avoir dans sa mallette » (Int2)

ou celui qu'ils aimeraient acheter afin d'avoir un exercice plus confortable en visite :

« tout simplement ma tablette avec mon dossier ! Si je ne pouvais avoir ne serait-ce que ça quitte même à avoir une imprimante portable, mais tout ça ça a un coût » (Int1)

Le domaine économique ressort comme un frein majeur à la pratique des visites pour les médecins interrogés puisqu'il a été évoqué dans tous les entretiens réalisés notamment en ce qui concerne la rémunération de la visite en elle-même. Certains des praticiens ont aussi évoqués les couts liés au trajet et au matériel qui majorent de ce fait l'impression de manque de rémunération.

2. Diminution de la qualité d'exercice

La notion de qualité d'exercice couvre plusieurs domaines qui ont pu être évoqués lors des entretiens réalisés.

Le premier, évoqué lors de toutes les interviews, concerne l'impossibilité d'accès au dossier médical :

« J'ai juste l'impression moi d'être un peu plus limité sur le matériel et l'accès aux différentes biologies ou aux derniers examens quoi c'est-à-dire que même quand on a le dossier en tête je ne peux jamais savoir si le cardiologue il a été vu 3 mois avant ou pas parce que je n'ai pas le dossier avec moi et ça c'est difficile » (Int1)

« C'est compliqué parfois de prendre des décisions qui ont des conséquences au long cours (des changements de traitement, ou l'instauration d'un nouveau traitement mais chronique des choses comme ça) sans connaître bien le patient et sans avoir accès au dossier » (Int2)

« Avoir un accès au dossier, déjà ce serait pas mal » (Int3)

« A la limite il faudrait avoir un système d'accès au dossier du patient à distance et ça me paraît compliqué à faire » (Int5)

« L'accès au dossier médical. Ça existe déjà mais bon la 4G en campagne, voilà ... je pense que ce serait une facilité d'accès au dossier médical dans tout endroit, je pense que ça ce serait plus simple » (Int6)

« Le manque d'accès aux informations du dossier médical est une source d'erreurs permanente qui me fait stresser à chaque visite » (Int7)

« Il faudrait trouver un moyen simple, rapide, non encombrant et peu onéreux d'avoir accès aux éléments du dossier du patient au domicile ... Ouais je sais j'en demande beaucoup » (Int8).

A été évoqué aussi le fait que le matériel à disposition lors d'une visite à domicile n'est pas le même que celui disponible au cabinet :

« On n'a pas accès aux mêmes outils du fait de la limitation de notre mallette, du matériel emporté, je ne vais pas avoir l'intégralité des outils que je peux avoir au cabinet et donc forcément ça va être un peu moins bien » (Int1)

« Il faut rédiger l'ordonnance à la main, ce qui va quand même beaucoup moins vite que de faire les ordonnances sur ordinateur » (Int2)

« Je sais que normalement nous sommes censés emporter toute une liste de matériels et même de médicaments lors d'une visite, mais clairement je ne prends que le strict minimum, j'ai beaucoup moins de choses à ma disposition qu'en cabinet c'est évident » (Int7).

Ajouter à cela certains des médecins relatent des conditions d'exercice difficiles au domicile de certains patients :

« Quand on rentre ça sent le caca, ça sent la poubelle, et quand je veux écrire mon ordonnance je suis obligée de l'écrire sur mes genoux car il n'y a nulle part de propre pour ne serait que m'asseoir ou poser mon ordonnancier, ça me donne envie de vomir à chaque fois » (Int2)

« Il y a les chiens ! Tous les gens à la campagne ont des chiens, je déteste les chiens, ils vous aboient dessus, vous sautent dessus avec plein de boue » (Int3)

« Le fait d'être accueilli en peignoir dans une maison ou un appartement qui sent mauvais, qui est en bazar, je trouve ça inconfortable. » (Int5)

« Certains domiciles des fois rien que d'être chez eux pendant les 20 minutes de consultation j'ai du mal » (Int8).

Certains ont pu aussi évoquer un sentiment d'insécurité, que ce soit au domicile de certains patients :

« il y a aussi certains patients qui peuvent avoir des comportements déplacés et où je ne vais pas me sentir en sécurité moi » (Int2)

« La seule fois où j'aurai pu ne pas me sentir en sécurité j'ai refusé de faire la visite » (Int6)

ou lors du trajet pour se rendre au domicile :

« plus on passe de temps en voiture plus on s'expose à un risque d'accident de la route » (Int2)

« les risques qu'on prend sur la route parce que par exemple moi j'aime pas être en retard mais par conséquent en visite on est tout le temps en train de courir donc on roule un peu au-dessus des limitations de vitesse » (Int6)

« J'ai déjà eu un accrochage en voiture alors que je me rendais au domicile d'un patient » (Int7).

Une partie des médecins interrogés estime que les soins sont de moins bonne qualité lorsqu'ils sont pratiqués au domicile du patient :

« Je considère que la visite au domicile délivre une médecine qui est de moins bonne qualité » (Int1)

« Je pense qu'on exerce une bien plus belle médecine au cabinet » (Int5)

« Il faut dire ce qui est, j'examine moins bien mes patients au domicile qu'au cabinet, forcément à un moment donné on va passer à côté de quelque chose » (Int8).

Et enfin deux des entretiens rapportent une sensation d'être esseulé lors de la réalisation de visites :

« S'il se passe quelque chose on est un peu livrés à soit même » (Int5)

« Je suis parfois en difficulté dans ces situations là où je me retrouve seule avec moi-même pour prendre une décision » (Int6).

Ainsi les entretiens réalisés montrent que les médecins regrettent unanimement l'impossibilité d'accès au dossier médical lors des consultations et qu'ajouté au matériel

limité emporté cela peut aboutir à leurs yeux à des soins de moins bonne qualité que ceux pratiqués au cabinet médical. De plus chez certains patients les conditions d'exercice sont parfois difficiles avec un sentiment de dérégulation voire entraînant un sentiment d'insécurité chez les praticiens.

3. Domaine organisationnel

Les visites à domicile peuvent être perturbantes d'un point de vue organisationnel. C'est en tout cas ce que rapportent la plupart des médecins interrogés.

Ils rapportent tout d'abord quasi unanimement des consultations plus longues que celles pratiquées au cabinet médical :

« C'est forcément plus long, une vingtaine de minutes quand c'est simple, mais parfois ça peut être le double » (Int1)

« - Combien de temps en moyenne dure une visite à domicile pour vous sans compter le trajet, de votre arrivée sur les lieux à la fin de la visite ? - 30 minutes je dirais. - Donc plus longtemps qu'une consultation classique au cabinet ? - Ah oui ça c'est sûr ! Tout prend du temps au domicile, les examiner, trouver les papiers ... » (Int3)

« En temps sur place avec le patient je dirais que ça dure 20 minutes quand ça va. - Donc un peu plus long du coup qu'en cabinet ? - Ouais en général c'est plus long quand même » (Int4)

« Bah déjà souvent ce sont des personnes âgées, qui ont du mal à se mobiliser donc le fait rien que déjà de se déplacer jusqu'à la chambre pour aller l'examiner, les papiers pour les trouver ils ne savent pas où c'est forcément donc déjà il y a quand même ce temps de gestion, de trouver les papiers, de se déplacer. Et puis je trouve aussi que les situations sont toujours plus compliquées qu'en consultation et donc ça prend plus de temps et souvent il manque des informations, donc il faut aller les chercher donc soit appeler l'infirmière, soit l'aidant ou autre chose, donc en fait pour avoir tous les éléments ça prend plus de temps qu'en cabinet » (Int6)

« Hum 20-30 minutes, et encore c'est parce que maintenant je les connais, donc je sais comment m'organiser chez eux pour faire au plus vite » (Int7)

« Même en essayant de faire le plus vite possible en gagnant du temps sur le déshabillage je n'arrive pas à faire moins de 20 minutes » (Int8)

La majorité des médecins interrogés rapportent aussi une impression de perte de temps lors de leurs visites à domicile :

« ça me fait perdre beaucoup de temps les VAD » (Int2)

« Vraiment j'ai l'impression de perdre beaucoup de temps ça m'énerve » (Int3)

« ça prend énormément de temps, c'est hyper chronophage » (Int6)

« Chaque patient vu au domicile prend autant de temps que 3 patients au cabinet alors forcément on est obligés de ressentir une forme de perte de temps » (Int7)

« J'essaie de perdre le moins de temps possible pour en perdre le minimum, mais c'est difficile » (Int8).

Ils regrettent parfois la désorganisation de leur emploi du temps qui découle de la réalisation de ces visites :

« Quand j'ai une journée où je n'ai pas de visite, je préfère, ça perturbe moins mon emploi du temps. » (Int1)

« J'ai déjà appelé le dernier patient du matin ou le premier de l'après-midi pour leur dire de venir à un autre moment de la journée, ou quand j'avais un trou dans l'après-midi avec juste une consultation la décaler pour aller faire ma visite à ce moment-là. » (Int3)

« Ça me paraît compliqué à organiser au niveau du planning du cabinet » (Int5)

« Je les rajoute sur mon planning où je peux, pas plupart du temps sur des moments où je suis censé avoir du temps pour moi, entre midi et 2 ou autre » (Int7).

Leurs impératifs personnels peuvent aussi être un obstacle à la réalisation de visites à domicile :

« Si je dois emmener mon fils à l'école par exemple, je commence plus tard, je fais moins de visites » (Int2)

« Je ne peux pas terminer plus tard que ce qui est prévu, car c'est moi qui dois aller chercher mon bébé chez nounou, donc clairement hors de question d'aller voir un patient après mes consultations au cabinet, même si ça en fait râler certains. » (Int8).

Certains médecins rapportent avoir l'impression d'être obligés de faire des consultations dans la précipitation :

« Ça me soule parce que souvent comme c'est entre midi et deux, c'est un peu à la va vite » (Int1)

« Quand j'ai une visite, c'est la course » (Int3)

« En visite on est toujours en train de courir » (Int6)

« J'ai déjà toujours 36 trucs à faire entre midi et 2 (des patients à rappeler, des mails à lire etc) et j'aime bien prendre le temps de faire une vraie pause pour manger et quand j'ai une visite, c'est la course je ne me pose pas du tout, je fais tout à la va vite » (Int7)

« Dans l'organisation actuelle des choses clairement j'en sue en visite, parce que je cours partout et j'essaie de faire tout le plus vite possible, maintenant je ne prends même plus le temps de déshabiller les patients, sinon c'est l'horreur » (Int8).

La localisation du logement du patient et notamment sa distance par rapport au cabinet est un frein pour la pratique des visites à domicile chez plusieurs des médecins interrogés :

« j'ai un énorme secteur sur lequel je fais des visites et je perds beaucoup de temps dans la voiture » (Int1)

« Il y a des médecins que je remplace, ils ont un secteur de VAD qui est monstrueux ! Je me suis déjà vu coter plus de 20IK pour des visites, c'est n'importe quoi ... Quand on a déjà 20 minutes de route, c'est ridicule, ça fait déjà 40 minutes aller-retour pour faire une visite ! Ça veut dire qu'on perd 1h pour voir un seul patient. Ouais, limiter mon secteur de VAD je pense que c'est quelque chose qui sera important lors de mon installation » (Int2)

« Les visites que je fais moi c'est en campagne et parfois j'en ai pour 45 minutes aller-retour » (Int4)

« Clairement moi quand c'est à plus de 10 minutes je dis non, même si le médecin que je remplace y va habituellement » (Int7).

Parfois, trouver le domicile du patient et y accéder peut-être quelque chose qui peut gêner les médecins lors de la réalisation de visites :

« ... pour peu qu'en plus on galère un peu à trouver (bon c'est moins le cas quand ce sont nos patients habituels évidemment) qu'on passe 5 minutes à le chercher, si en

plus la personne n'est pas mobile quand on sonne au pied de son immeuble elle n'arrive pas à nous ouvrir la porte qu'on passe je ne sais pas combien de temps à rentrer chez elle » (Int2)

« en plus souvent je ne trouve pas la maison et je me suis déjà retrouvée à rester à la porte de longues minutes le temps que la personne qui n'est pas mobile viennent m'ouvrir. » (Int3)

« Trouver un logement des fois ça peut être problématique » (Int4)

« Quand le GPS ne trouve pas l'adresse, quand je ne sais pas où je vais et qu'il faut que j'appelle quelqu'un pour qu'il vienne me retrouver pour me chercher, me conduire à l'endroit, en fait rien que la question logistique je n'ai pas envie quoi ! » (Int6)

« Parfois c'est une vraie galère de trouver les maisons des patients » (Int8).

Ainsi le domaine organisationnel représente une part importante des freins aux visites à domicile retrouvés lors des interviews. Regroupant différents aspects ayant attrait au temps avec la notion de perte de temps, des consultations qui sont plus longues, parfois loin du cabinet et donc prenant du temps en voiture, parfois difficile à trouver, voir même avec de l'attente au pas de la porte le temps que le patient réussisse à leur ouvrir. L'organisation du planning incluant des visites à domicile peut parfois aussi poser problème avec une désorganisation de l'agenda habituel qui peut en découler, des visites qui sont faites dans l'empressement, la précipitation, afin de perdre le moins de temps possible et qu'il faut réussir à conjuguer avec les impératifs personnels.

4. Raisons générales

Pour les médecins de l'étude, la réalisation de visites à domicile va être conditionnée par l'état de mobilité du patient :

« Il faut, je le redis mais, mettre des barrières. C'est-à-dire ne voir que des personnes qui ne peuvent pas se déplacer. » (Int1)

« A partir du moment où ils arrivent à se déplacer au cabinet, qu'ils viennent au cabinet le plus longtemps possible et puis quand ça devient trop compliqué et bah aller les voir au domicile quoi mais pas avant. » (Int2)

« Bah il y a des trucs agaçants parfois sur les visites à domicile, ça m'est déjà arrivé par exemple c'est les patients qui te font venir et qui sortent avec toi chercher leurs médicaments à la pharmacie quoi ... ça c'est le truc un peu rageant et qui peuvent parfois te faire remettre un peu en question les VAD, parce que parfois ce n'est pas justifié et ça c'est un peu énervant » (Int4)

« Je me déplace quand on me dit de me déplacer, après souvent à posteriori je me rends compte qu'il y a des choses pour lesquelles je n'aurai pas dû me déplacer mais je ne filtre pas la demande initialement, quand la secrétaire me dit qu'il faut me déplacer à tel endroit j'y vais, c'est souvent après coup que je me rends compte que c'est plus ou moins justifié » (Int6)

« Des patients vus à domicile habituellement mais qui peuvent encore aller chez leur coiffeur moi je les oblige à venir au cabinet » (Int7).

« Je limite au maximum, je les pousse au maximum à venir me voir tant qu'ils le peuvent » (Int8)

La majorité des médecins rapportent tout simplement un mode d'exercice peu apprécié et disent préférer la pratique de consultation au cabinet :

« Je préfère moi exercer au cabinet, ça ne deviendra jamais mon activité majeure » (Int1)

« Les visites à domicile c'est pas trop mon truc » (Int2)

« Je n'aime toujours pas ça. » (Int3)

« Je ne pense pas que quoi que ce soit pourrait me pousser à le faire, c'est quelque chose que je n'aime pas et que je n'ai pas envie de faire » (Int5)

« J'avoue que je n'aime pas ça, quand je sais que j'ai une visite dans la journée je sais que ça va me souler » (Int8).

Enfin, deux des entretiens de cette étude rapportent une sensation de gêne au fait d'entrer dans le domicile des patients :

« Je ne me sentais pas à l'aise au domicile des patients » (Int3)

« J'ai été amené à en faire quelques-unes et à chaque fois ça s'est plutôt mal passé au niveau de mon ressenti, j'avais l'impression de ne pas être à ma place » (Int5).

Pour la plupart des médecins de l'étude, la visite à domicile reste un mode d'exercice moins apprécié que la consultation « classique » en cabinet, parfois même mettant le médecin en position d'inconfort au fait de rentrer dans le domicile et donc l'intimité des gens. Ainsi lors des entretiens les médecins soulignent l'importance de limiter ces visites aux personnes ne pouvant plus se rendre au cabinet médical.

3. Éléments moteurs aux visites à domicile

Les entretiens réalisés ont montré plusieurs grands axes au sein des visites à domicile qui peuvent pousser, motiver les médecins généralistes remplaçants à les réaliser.

1. Sentiment d'obligation

Le sentiment d'obligation fut ce qui est ressorti le plus auprès des médecins interrogés, mais l'obligation était différemment ressentie suivant les professionnels.

Certains estimaient avoir une obligation déontologique :

« je pense qu'être médecin généraliste implique certaines responsabilités et certaines obligations et donc je pense que la visite à domicile est nécessaire pour qu'on établisse une continuité de soins » (Int1)

« tout patient doit pouvoir être examiné par un médecin » (Int2)

« Je sais que c'est nécessaire d'un point de vue déontologique sur certains patients » (Int3)

« Alors il y a un peu oui un côté « ça fait partie de la demande de soin et il faut bien y répondre ». » (Int6)

« J'en ferai une fois installé parce que ce seront mes patients et pour le coup déontologiquement je ne pourrai pas faire autrement » (Int7).

Parfois les médecins pouvaient ressentir une obligation de situation avec certains patients :

« j'ai rencontré des personnes qui étaient dans des situations qui avaient vraiment besoin et qui ne pouvaient clairement pas venir au cabinet » (Int1)

« je suis parfois obligée d'y aller pour certains patients » (Int3)

« Il y a des patients qui sont vraiment dans la merde, qui ne sortent plus de chez eux même pour voir leur famille, alors leur demander de venir au cabinet ... » (Int8).

Le contexte démographique peut aussi les pousser à réaliser des visites à domicile par sentiment d'obligation démographique :

« certains patients si on ne va pas les voir au domicile et bien ils ne peuvent pas être vus parce que si nous on ne se déplace pas, SOS médecins ne se déplace plus, les urgences ils ne peuvent plus y aller et je ne me vois pas en plus les faire attendre

plusieurs heures sur un brancard, donc en fait si on n'y va pas personne ne les voit »
(Int2)

« Comme j'exerce en milieu rural évidemment j'élargis, même à 30 minutes quand on sait que tout autour le patient ne peut pas trouver de médecin bah on y va quoi. Mais ça dépend de l'offre médicale autour. » (Int4)

« Personne d'autre ne peut le faire, donc il faut bien que quelqu'un le fasse » (Int6)

« Là où je vais exercer il y a peu de médecins par rapport au nombre de patients à voir, donc il faudra bien que je m'y mette un peu plus » (Int7).

Un des médecins interrogés a rapporté aussi avoir une difficulté à refuser une demande, quelle qu'elle soit, ce qui le pousse à accepter également les visites à domicile :

« Je ne sais tout simplement pas dire non » (Int3).

Un facteur entrant en compte pour la motivation à la réalisation de visites à domicile est tout simplement la reprise d'une patientèle déjà établie au domicile :

« parce que je vais reprendre une patientèle, il y a des patients qui ne peuvent pas se déplacer et qui donc sont vus au domicile et je ne me vois pas arriver sur le cabinet et dire « Moi j'en fais pas alors demerdez vous ». » (Int2)

« La patientèle que je vais reprendre d'ici quelques temps comporte pas mal de patients à domicile, donc forcément je vais continuer à les voir » (Int8).

Ainsi la majorité des médecins de l'étude (7/8) ont prévu de faire des visites à domicile lors de leur future installation, la plupart par sentiment d'obligation, ressentie à divers niveaux.

2. Avantages en visites versus en consultations au cabinet

Plusieurs facteurs propres aux visites à domicile ont été rapportés comme avantageux par rapport à la réalisation des consultations au cabinet.

Parmi eux le plus fréquemment exprimé fut la relation qui s'établit avec le patient vu au domicile :

« Je suis à l'aise avec eux et au domicile encore plus parce qu'en fait ils sont plutôt contents et ils trouvent que c'est quand même une chance d'avoir quelqu'un qui se

déplace, ils nous le disent d'ailleurs régulièrement, « oh quelle chance de voir un jeune médecin qui se déplace au domicile » donc en fait on est plutôt accueillis un peu à bras ouverts. Donc ça permet d'avoir un autre contact avec le patient » (Int2)

« On a une autre relation qu'au cabinet, on peut parler de choses et d'autres ... On évoque pleins de domaines de conversation différents » (Int3)

« Souvent ce sont des personnes âgées déjà donc on est souvent attendus, on est un peu la visite de la journée, donc moi je reste pour parler, je trouve que ça fait partie du soin à domicile, c'est une autre relation. » (Int4)

« Pour le coup j'aime plutôt ce côté là où ils sont chez eux, je trouve que c'est une relation plus apaisée la plupart du temps et je trouve que la communication l'interaction est plus facile chez eux, en visite, c'est pour ça que je trouve ça intéressant aussi les visites. » (Int6)

« Je trouve ça très intéressant parce que l'approche à domicile elle est unique et qu'on ne peut pas avoir la même chose en consultation qu'en visite » (Int8).

Plusieurs médecins ont également évoqué la possibilité de l'analyse de l'environnement du patient au domicile :

« ça permet de voir un peu leur environnement, ne serait-ce que voir par exemple s'il y a des escaliers chez eux, si c'est insalubre, si le logement est adapté à leur évolution » (Int2)

« j'en profite pour faire de la prévention pour les risques de chute, je leur explique pour les tapis etc » (Int3)

« Et puis j'en profite pour analyser aussi leur environnement. » (Int4).

2 des 8 médecins de l'étude rapportent un côté plaisant à la pratique des visites à domicile :

« J'apprécie les visites à domicile et j'en fais avec plaisir parce que ça change un peu des visites en cabinet » (Int2)

« Alors déjà comme c'est souvent des personnes âgées déjà ça me plaît, et puis c'est ce que je disais tout à l'heure, on est vraiment attendus, on est souvent leur seule visite et j'aime bien moi être cette visite qu'ils attendent dans leur journée quoi. C'est pour ça que je prends mon temps, s'ils me proposent un café et bah je le prends avec plaisir voilà » (Int4)

Tandis que 2 autres médecins sont ambivalents et rapportent certains aspects plaisants à la pratique de visites après avoir évoqué des aspects négatifs

« Mais d'un autre côté je pense que ça fait partie de pourquoi j'ai choisi la médecine générale, je pense que c'est aussi quelque chose qui m'attire » (Int6)

« Certaines fois ça me plaît de faire des visites, ça change un peu de la routine » (Int7).

Un médecin a évoqué aussi la possibilité d'une simplification des consultations lors de certaines situations :

« il y a même des personnes où ça prend énormément de temps si elles viennent au cabinet ils ont toute la bonne volonté du monde mais au final ça prendrait plus de temps que de les voir chez eux et donc en fait ça simplifie certaines situations » (Int1).

Un des médecins interrogés rapporte également l'avantage d'une adaptabilité de l'emploi du temps :

« j'organise un peu comme je veux, c'est-à-dire que si je n'ai rien de prévu et bien je peux commencer plus tôt et donc faire plus de visites, si je dois emmener mon fils à l'école par exemple, je commence plus tard, je fais moins de visites » « Les renouvellements je pourrai les décaler d'une semaine sur l'autre en cas de besoin, si j'en fais toutes les semaines toujours le même jour c'est plus facile à organiser je trouve » (Int2)

Et enfin un des médecins de l'étude évoque la possibilité de rencontrer la famille et les aidants du patient lors des visites à domicile comme élément moteur :

« Et puis parfois on peut faire connaissance avec la famille, les aidants aussi c'est quelque chose que j'aime bien. » (Int3).

Ainsi les médecins interrogés rapportent certains avantages à la pratique des visites à domicile, dont le principal est la relation qui s'établit entre le praticien et son patient. Certains médecins évoquent la possibilité d'en profiter pour analyser l'environnement du patient, tandis que certains praticiens évoquent un aspect plaisant à leur pratique. Et enfin un médecin rapporte apprécier la possibilité de rencontrer les aidants et la famille des patients tandis qu'un autre évoque la possible simplification de certaines consultations lorsqu'elles sont faites à domicile.

DISCUSSION

Interprétation des résultats de l'étude

L'objectif de cette étude était d'explorer les différents freins et moteurs à la pratique des visites à domicile ressentis par les médecins remplaçants avec projet d'installation en Indre et Loire.

Freins aux visites à domicile

1. Généralités

Les possibles freins et contraintes de la visite à domicile auprès des médecins généralistes installés sont décrits dans la littérature. Ces différents travaux montrent tous une opinion générale négative des médecins concernant ces visites à domicile. Dans son étude de 2020 Mr Pourret Rémy retrouvait 3 grands freins majeurs à leur réalisation qui étaient la valeur de la visite, la désorganisation de l'emploi du temps aux dépens des consultations au cabinet et l'absence d'accès au dossier médical (12). Sabinet eloïse Vialtel retrouvait déjà des résultats similaires dans son étude de 2012 (13) complétés par le côté chronophage des visites, l'investissement personnel nécessaire à sa réalisation, les difficultés matérielles ou théoriques que peuvent représenter les VAD et le coté non médicalement justifiées de certaines visites. Elle parle même de la visite comme d'un potentiel déclencheur de Burn out. Ce qui montre le caractère stable dans le temps de l'opinion des médecins généralistes installés sur les visites.

Ces mêmes freins évoqués lors de ces études sont aussi retrouvés auprès des médecin généralistes remplaçants interrogés pour ce travail, complétés par d'autres pas forcément retrouvés précédemment.

2. Freins économiques

Le frein majeur, évoqué dans tous les entretiens réalisés, que les médecins pratiquent des visites à domicile ou non, fut le côté peu rentable de celles-ci.

La cotation de l'acte (VG) est au même tarif que celui de la consultation au cabinet (G) soit 25€, même tarif depuis 2017, complété par un supplément lié au déplacement (MD) qui équivaut à 10€ et par une indemnité kilométrique (IK) à 0,61€ à partir du 4^{ème} kilomètre (14).

Revaloriser le montant perçu lors des visites à domicile encouragerait cette pratique auprès des médecins remplaçants que ce soit pendant leurs remplacements ou lors de leur installation future. Les médecins généralistes installés sont d'ailleurs également favorables à une augmentation de rémunération lors des visites d'après plusieurs thèses sur le sujet (9, 12, 13, 15).

On notera tout de même une évolution vers une meilleure rémunération avec l'apparition et l'élargissement de cotations spécifiques comme les visites longues (VL) qui sont rémunérées 60€ et peuvent maintenant être cotés une fois lors de la première consultation d'un patient de plus de 80ans OU en ALD exonérante dans l'incapacité médicale de se déplacer n'ayant pas de médecin traitant ou souhaitant en changer et au maximum 4 fois par an à raison d'une fois par trimestre (sauf soins palliatifs où la limitation à une fois par trimestre n'a pas lieu) par patient répondants à un des critères d'inclusion (15, 16) :

- Patient de plus de 80ans avec ALD exonérante
- Patient avec maladie neurodégénérative
- Soin palliatif

Ajouté au tarif jugé insuffisant de la visite à domicile en elle-même les médecins ont aussi rapporté un cout de trajet bien supérieur à la compensation proposé par la CPAM via les Indemnités kilométriques (IK) et la majoration de déplacement (MD). Il faut dire que ces valeurs n'ont pas évoluées depuis 2006 pour la MD (date de création de cette majoration) et 1997 pour les IK (14) alors que le prix du carburant n'a cessé d'augmenter depuis, le prix du gazole passant de 0,68€/L en 1997 à 1,10€/L en 2006 puis 1,85€/L en 2023, soit une augmentation de 175% entre 1997 et 2023 et 62% entre 2006 et 2023 (18). De plus le montant à déboursier pour l'entretien des véhicules augmente d'année en année également avec une

évolution moyenne des prix de la réparation automobile de + 11,5% rien que sur 1 an entre 2022 et 2023 (19).

Parmi les dépenses inerrantes à la pratique des visites à domicile, certains médecins interrogés lors de cette étude ont aussi rapporté un cout surajouté lié au matériel utilisé lors des visites à domicile, que ce soit du matériel qu'ils utilisent déjà au quotidien : mallette de visite avec instruments en double pour ne pas utiliser celui du cabinet (stéthoscope, otoscope, tensiomètre ...) ou du matériel qu'ils souhaiteraient acheter afin de rendre les visites à domicile plus confortables et proches des consultations en cabinet comme lors de la première Interview (Int1) où le médecin aimerait pouvoir acheter une tablette afin d'avoir accès au dossier médical du patient peu importe où il se trouve et une imprimante portable afin de pouvoir imprimer les ordonnances.

Ces dépenses sont limitées chez la majorité des médecins de l'étude par l'utilisation du même matériel au cabinet qu'en visite, parfois même sans mallette, en mettant simplement le petit matériel dans leur sac habituel mais ils ne peuvent pas alors emporter le matériel obligatoire lié à l'obligation de moyens (20), certains n'emportant avec eux que le strict nécessaire à la pratique d'un examen standard sans penser aux médicaments d'urgence par exemple.

Le désir d'une revalorisation des consultations de médecine générale est au cœur des revendications actuelles des médecins généralistes (21) et ce désir est d'autant plus marqué en ce qui concerne les visites à domicile du fait de dépenses surajoutées liées à leur pratique. Les syndicats ont actuellement obtenu une revalorisation de l'acte de médecine générale à 26,5€ à partir de novembre 2023 (22), ce qui est un premier pas mais reste insuffisant aux yeux des médecins généralistes et donc ne permettra pas de lever ce frein économique à une pratique plus importante des visites à domicile.

3. Diminution de la qualité d'exercice

Manque d'accès au dossier médical

Au cabinet du médecin généraliste le dossier médical est maintenant quasi systématiquement informatisé alors que lors d'une visite à domicile l'accès à ce dossier n'est

pas possible. En effet les 8 médecins remplaçants interrogés rapportent une impossibilité d'accès aux informations du dossier médical une fois au domicile du patient. Certains prenaient le temps de lire le dossier informatique au cabinet lorsqu'il en existe un mais reconnaissent qu'ils n'arrivent pas à tout retenir et que ce manque d'informations les met parfois en difficulté, notamment lorsqu'il y a nécessité de prendre une décision importante concernant le patient.

Dans leurs thèses, Amandine Le Maner (23) et Marie Jolivard (24) expliquent que les obstacles à la tenue des dossiers médicaux lors de visites à domicile étaient liés à des conditions pratiques (chronophage, pas de consensus, encombrement et lourdeur de la mallette, crainte de la perte du dossier si dossier papier, crainte de la violation du secret médical) et techniques (surcoût d'un dossier informatisé dans un contexte d'acte considéré comme mal rémunéré, absence de couverture réseau chez certains patients notamment en zone rurale).

L'informatique est omniprésente dans le quotidien des médecins : télétransmission, création du DMP (Dossier Médical Partagé) en 2004 puis Mon espace santé en 2022 et de l'espace pro AMELI en 2006 mais la détermination d'un support adapté aux visites à domicile reste problématique à ce jour.

Dans nos entretiens, les médecins remplaçants exprimaient un souhait d'utilisation de l'informatique à domicile, mais le support n'étant pas pratique, trop cher, avec peu de logiciels compatibles et pas accessible en toutes circonstances, ils n'envisagent pour le moment pas de l'utiliser et préfèrent opter pour un dossier informatisé à remplir au cabinet malgré son aspect chronophage de retranscription après la visite et la charge mentale qu'implique l'effort de mémorisation des informations.

Il faut tout de même souligner qu'une potentielle numérisation des dossiers des patients vus à domicile risque de ne pas résoudre toutes les contraintes du dossier médical vu sa perception parfois négative en cabinet où l'ordinateur peut être considéré comme une barrière à la relation médecin-patient et chronophage par les médecins. On peut alors craindre la même évolution en cas d'éventuelle informatisation des dossiers à domicile.

Selon l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) « la question de la qualité du dossier est directement liée à celle du temps consacré à sa tenue » et il faudrait que « le médecin y travaille, en dehors de la présence du patient, pour y incorporer

les données provenant de différentes sources, en faire la synthèse et réorganiser le dossier ». Mais « le danger serait que le médecin déplace vers la tenue du dossier une partie du temps consacré au malade » (25).

De plus les médecins pourraient ne pas vouloir investir dans des solutions potentiellement coûteuses (achat d'une tablette par exemple) alors que les visites ne représentent qu'une faible part de leur activité. Buirette et Carrott décrivent dans leur thèse (26) une impression de « phase de transition » avec la nécessité de se soustraire au dossier papier mais sans solution efficace à laquelle se raccrocher dans le contexte des visites à domicile.

Un espoir réside tout de même dans la création de Mon espace Santé. Cet outil pourrait être la solution à l'accès au dossier médical durant les visites à domicile mais il reste pour moment peu utilisé à la fois par les praticiens et les patients et son interface demeure complexe et lourde d'après une étude menée en 2022 (27). Une simplification de son accès et de son interface pourrait favoriser l'accès au dossier au domicile du patient.

A noter que les médecins interrogés étant des remplaçants au moment de l'étude, l'importance de ce frein était majorée. En effet, comme plusieurs participants de l'étude l'ont souligné, une fois installés les médecins connaissent mieux leurs patients et même si la difficulté d'accès au dossier reste un problème dans certaines situations, pour les consultations les plus courantes cela est moins problématique. Ce fait était déjà souligné dans l'étude de Rémy Pourret en 2020 (12) où 63% des remplaçants qualifiaient de « très gênant » l'absence d'accès au dossier médical contre 44% des médecins installés ($p < 0,001$).

Limitation du matériel à disposition

Le matériel à disposition dans la mallette de visite n'est pas le même selon les praticiens. Certains ont investi dans du matériel acheté en double afin d'avoir toujours à disposition son matériel de visite et ainsi être sûrs de ne rien oublier. D'autres prennent le temps de refaire leur mallette avec le matériel du cabinet à chaque départ en visite. D'autres encore ne prennent que le strict nécessaire pour un examen médical sommaire, n'estimant pas avoir besoin de plus lors d'une consultation à domicile.

Il reste toujours une limite à ce qui peut être emporté en visite du fait de la taille de la mallette et du poids que celle-ci représente. De plus souvent si le médecin exerce en milieu rural ou urbain le contenu de sa mallette pourra varier (20).

Lors de sa thèse (12), Rémy Pourret a posé explicitement la question du caractère gênant du manque de matériel lors de la visite à domicile avec 4 possibilités de réponse (très, moyennement, peu et pas du tout gênant), les réponses montraient que majoritairement les médecins retrouvaient un aspect moyennement gênant, le classant en 6^{ème} position sur les 15 freins analysés, mais qu'il était ressenti de manière plus importante chez les médecins les plus jeunes. Ainsi il est plutôt logique de retrouver ce frein auprès de certains médecins de l'étude, la population étant jeune du fait des critères d'inclusion.

Conditions d'exercices au domicile inconfortables

Les visites à domicile ont des conditions d'exercice bien différentes de celles du cabinet médical. En effet le cabinet est aménagé, pensé, pour permettre au médecin d'exercer dans les conditions les plus optimales possibles, tandis qu'au domicile il doit s'adapter aux modes de vie des patients qu'il vient examiner. Ainsi il ne dispose pas d'une table à hauteur mais doit se mettre à la hauteur du matériel utilisé pour l'examen, que ce soit un canapé, un lit ou même un fauteuil, doit s'accommoder des odeurs et conditions de propreté et d'éclairage du logement, de la présence parfois d'animaux de compagnie ou de nombreuses personnes autour du patient. Cet inconvénient aux visites à domicile est d'ailleurs décrit dans la thèse d'Antonice Collin (36) ainsi que dans celle d'Elodie Tekaya (9).

Ces conditions d'examens peuvent parfois gêner certains praticiens qui peuvent se sentir incommodés dans la pratique de leur art ou avoir envie de terminer la consultation le plus vite possible afin de sortir de cet environnement.

Malheureusement ce frein a beau être réel et ressenti par un nombre conséquent de médecins, il fait partie intégrante de la pratique de visites à domicile.

Sentiment d'insécurité

Une des médecins interrogés a rapporté avoir ressenti une sensation d'insécurité au domicile du patient tandis qu'une autre rapporte avoir déjà évité une visite à domicile parce qu'elle sentait pouvoir ne pas se sentir en sécurité.

Tous les ans un document rapportant l'intégralité des déclarations d'incidents mettant en jeu ou ayant pu mettre en jeu la sécurité des médecins français est publié. Sur le dernier, publié en 2022 (28), 43% des déclarations d'incident avaient été réalisées par des médecins généralistes et seulement 3% des incidents avaient eu lieu au domicile des patients. Donc bien que ce sentiment d'insécurité soit potentiellement justifié et puisse aboutir à une réelle mise en danger du praticien elle n'est pas plus importante ou plus fréquente au domicile qu'en cabinet.

Le conseil National de l'ordre des médecins a d'ailleurs publié un guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé qui explique pas à pas comment se mettre en sécurité au cabinet, lors des déplacements ainsi qu'au domicile du patient et la conduite à tenir en cas d'agression (29).

Soins considérés comme de moins bonne qualité

Certains médecins ont rapporté avoir l'impression de faire une médecine de moins bonne qualité, de soigner moins bien les gens.

Cette impression de ne pas être satisfait de son travail lors des consultations au domicile est déjà évoqué lors de la thèse de Elodie Tekaya (9). Souvent ce frein est expliqué comme une conséquence des autres contraintes déjà explicités (manque de matériel, absence d'accès au dossier médical, conditions d'examen moins bonnes).

Le concept de qualité des soins peut avoir plusieurs définitions : l'OMS la définit comme la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité (30), les patients eux ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins : la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez-vous, etc. tandis que chez les médecins c'est

l'excellence technique qui prime : les compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins sont primordiales pour les médecins (« *doing the right thing right* »). Il s'agit d'appliquer la médecine fondée sur les preuves (« *Evidence Based Medicine* ») en prenant en compte les besoins et les souhaits de chaque patient (31).

L'étude étant centrée sur la vision des médecins, ceux-ci peuvent considérer que la possibilité d'exécution des soins à domicile est moins bonne qu'en cabinet.

Déréliction

A domicile on se retrouve seul avec le patient, sans support technique comme un accès aux recommandations en ligne, à la base Vidal qui est souvent intégrée aux logiciels médicaux maintenant, sans secrétaire pour passer les appels ou prendre les RDV et parfois sans réseau téléphonique.

Comme pour le manque d'accès au matériel ce frein est plus représenté chez les médecins les plus jeunes (12), qui ont toujours travaillé avec ces outils à disposition et pour la plupart en cabinet de groupe ou MSP, que chez les médecins plus âgés, qui pour certains ont déjà travaillé dans un cabinet isolé et ont connu la médecine avant l'ère du numérique et sont donc habitués à travailler dans ces conditions.

4. Freins liés au temps

Les patients vus en visites à domicile sont de fait moins autonomes, et souvent plus âgés et donc plus polypathologiques que ceux vus au cabinet. Tout prend plus de temps. Ils sont plus difficilement mobilisables et il faut les faire se déplacer jusqu'au lit ou au canapé, qui pour la plupart du temps n'est pas juste à côté comme l'est la table d'examen au sein d'un cabinet. De plus le déshabillage pour l'examen clinique puis l'aide pour le rhabillage une fois terminé sont chronophages. Ces facteurs aboutissent inévitablement à des consultations plus longues.

Les interviews réalisées lors de cette étude montrent un temps moyen de consultation de 22 minutes pour des consultations comprises entre 15 et 30 minutes, seul un des médecins interrogés rapporte réussir à garder un temps de consultation similaire à celui pratiqué au

cabinet mais reconnaît examiner les patients assis, sans forcément les déshabiller afin de gagner le plus de temps possible. À noter que le temps moyen retrouvé ici était moindre que celui retrouvé dans les autres études ayant attiré aux visites à domicile.

On retrouve cette contrainte dans une enquête réalisée par l'Union Régionale de Médecins Libéraux d'Ile de France (33) et dans la thèse de Elodie Tekaya (9).

Dans sa thèse de 2017 Celine Décultot nous alerte sur la non bientraitance qui peut résulter du manque de temps en médecine générale. On est alors moins patients, plus rapides et expéditifs et ne nous occupons alors plus que du médical (32).

Guillot et Ritter avaient mis en évidence en 2017 dans leur thèse les mêmes difficultés évoquées précédemment, en accentuant la problématique de la désorganisation du planning et du stress engendré par les visites non programmées (15).

Les visites, déjà plus longues qu'une consultation « classique » au cabinet sont de plus, pour la majorité des médecins interrogés, surajoutées au planning habituel, en essayant de les conjuguer aux impératifs personnels, aux dépens bien souvent de leur temps de pause (la plupart du temps la pause déjeuner).

La thèse de Sabine Eloïse Vialtel évoque la visite à domicile comme génératrice de difficultés de maîtrise de l'emploi du temps, et donc ayant une influence sur la possibilité de coordonner vie privée et vie professionnelle (13).

À ce sujet on peut remarquer que les 2 médecins ayant rapporté devoir parfois refuser des visites à domicile non programmées à cause d'impératifs personnels ont tous deux expliqué que c'était lié au fait qu'ils ont des enfants et par conséquent que certains de leurs horaires sont incompressibles. Je n'ai pas trouvé d'étude explorant le retentissement de la vie familiale du médecin sur sa disponibilité envers ses patients pour étayer cette remarque.

Il existe également un temps supplémentaire à cette consultation déjà longue, qu'il faut prendre en compte dans l'organisation du planning du médecin. Le temps de trajet, de stationnement, d'accès au logement. Ces freins étaient identifiés dans diverses études sur le sujet (9, 12, 13, 15). Évidemment en ce qui concerne le fait de trouver le logement du patient, ce frein est majoré par la population de l'étude. En effet être remplaçant fait que le médecin

connait moins bien le secteur de visite et peut mettre par conséquent plus de temps à trouver les lieux d'habitation des patients.

5. Freins généraux

Consultations injustifiées

Un frein important évoqué dans cette étude fut celui des consultations jugées injustifiées.

Dans sa thèse de 2016 Antonice Colin (36) explique qu'il y avait alors encore 16% des visites à domicile réalisées qui ne rentraient pas dans les critères définis depuis l'accord AcBUS de 2002.

En théorie, si le déplacement n'est pas médicalement justifié, le patient est censé payé lui-même la majoration de déplacement, dont le montant peut être fixé librement par le praticien. Dans les faits les médecins de l'étude reconnaissent ne pas oser demander le règlement du déplacement en dépassements d'honoraire (DE) même dans les cas où le déplacement n'était pas médicalement justifié.

Pourtant on peut penser que si les patients payaient de leur poche une partie de la visite lorsqu'elle n'est pas nécessaire, ils se déplaceraient au cabinet lors des futures consultations, libérant du temps de visites pour les patients pour lesquels c'est vraiment nécessaire.

Mode d'exercice non apprécié, voire malaisant

Les visites à domicile ont été rapportées par la majorité des médecins de cette étude comme non appréciée, voire parfois les mettant mal à l'aise.

Parmi les 8 médecins interrogés dans cette étude, 4 ont rapporté de pas les apprécier, 2 sont ambivalents, rapportant à la fois parfois apprécier en réaliser parfois non, et 2 apprécient ce mode d'exercice.

Cette ambivalence et parfois divergence d'avis en fonction des médecins est décrite dans les différentes études déjà menées sur la vision des visites à domicile par les médecins généralistes installés (9, 13, 33) et est retrouvé dans ce travail chez les médecins remplaçants.

Le mode d'exercice à domicile est très différent de celui au cabinet sur différents aspects et permet donc pour certains médecin une coupure, un changement dans la routine des consultations, tandis que pour d'autres, ces visites sont plutôt vécues comme une contrainte

voire pour certains comme une situation de malaise et sensation d'intrusion à l'idée d'entrer chez les gens.

6. Commentaires

La visite à domicile regroupe tous les déterminants de l'épuisement professionnel des généralistes. En effet les 3 axes de développement d'un burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel sont (34) :

- un épuisement émotionnel (intense fatigue psychologique)
- une dépersonnalisation (attitudes impersonnelles, détachées, voire négatives envers les patients)
- un accomplissement personnel réduit (sentiment d'échec de prise en charge, de manque de compétence)

Chacun de ces éléments est retrouvé lors des entretiens de cette étude.

De plus l'HAS (35) explique que les soignants sont une population identifiée comme particulièrement à risque. Il sera donc important de mettre en jeu des actions afin de limiter la pénibilité des visites à domicile pour les médecins généralistes, car un burn-out chez un médecin a non seulement des conséquences sur lui-même, mais aussi des répercussions sur l'offre et l'organisation des soins.

Il paraît légitime aux vues des résultats concordants entre les diverses études déjà menées sur les médecins installés et celle-ci sur les médecins remplaçants avec projet d'installation de mener des actions concrètes sur les principaux freins aux visites à domicile, pour encourager les médecins à en réaliser un plus grand nombre et dans de meilleures conditions afin de répondre à la demande de plus en plus grande liée à une population française vieillissante.

Parmi les freins retrouvés de façon universelle chez les jeunes médecins avec projet d'installation ainsi que chez les médecins déjà installés à leur compte sur lesquels des actions concrètes sont possibles il y a :

- La **rémunération**. Il est évident pour tous les médecins interrogés que la rémunération de l'acte de visite en médecine générale n'est pas assez importante. En effet nous l'avons vu, cette consultation est plus longue, plus difficile car avec des patients souvent polypathologiques, avec une prise de décision seul, parfois un sentiment de non satisfaction pour le travail effectué et un investissement personnel en temps (en sacrifiant la plupart du temps des moments de repas) et en argent (achat de matériel, entretien du véhicule, essence) conséquent. Aussi que sa rémunération soit au même taux que celui d'une consultation au cabinet paraît inapproprié. Selon une étude de Antonice Colin (36), les médecins rapportaient un montant satisfaisant comme étant équivalent à 2 fois le prix d'une consultation en cabinet.
- L'accès au **dossier médical**. Pouvoir avoir un accès au dossier des patients à leur domicile, au moment de la prise de décision permettrait aux médecins généralistes de travailler de façon plus sereine, moins anxiogène. Le développement récent de « Mon espace santé » paraît être une solution possible pour éliminer ce frein, même s'il paraît pour le moment complexe à utiliser aussi bien pour le nourrir que pour le consulter, il reste une solution moins couteuse et accessible que la généralisation des tablettes avec logiciel praticien intégré.
- La **limitation des visites à domicile aux patients qui ne peuvent pas se déplacer**. Pour cela il sera nécessaire d'éduquer les patients afin qu'ils comprennent les cas médicalement justifiés de visites à domicile. Dans l'étude d'Elodie Tekaya (9), les médecins étaient favorables à une éducation du patient mais uniquement par le médecin traitant et non par une information du public qu'ils considéraient inutile pour limiter l'accès à la visite à domicile. Dans la thèse de Antonice Colin, pour les médecins interrogés, l'éducation des populations sur les visites à domicile a contribué à une diminution de visites injustifiées (36). A noter qu'il y a toujours la possibilité du VSL (Vehicule Sanitaire Leger) dont les conditions de remboursement sont semblables aux conditions de prise en charge des visites à domicile, mais parfois l'état de mobilité du patient ne lui permet même pas de monter à bord d'une voiture et nécessite l'utilisation d'une ambulance.
- Concernant la **distance** à parcourir pour la réalisation des visites à domicile, il est évident que celle-ci dépend fortement de l'offre de soins du lieu d'exercice et que plus il y aura de médecins qui pratiquent des visites, moins il y aura de kilomètres à parcourir pour les réaliser, aussi les actions possibles décrites ci-dessus joueront de manière indirecte à la diminution de ce frein.

De plus comme l'a évoqué le médecin de l'interview 5 (Int5), il peut y avoir d'autres pistes à explorer. Il évoque la possibilité de créer une équipe mobile de gériatrie qui pourrait se déployer par secteurs et faire les consultations à domicile des patients âgés ne pouvant plus venir au cabinet. Il argumente d'ailleurs cette possibilité par la création de la spécialité « gériatrie » à l'ECN (Examen Classant National) depuis quelques années, qui couvre des postes qui étaient auparavant remplis par les généralistes. Cette piste était déjà évoquée dans une enquête de l'URPS de 2017 (37).

Moteurs aux visites à domicile

1. Sentiment d'obligation

Dans cette étude les médecins interrogés disaient en majorité ressentir une forme d'obligation à la réalisation de visites à domicile.

Les visites à domicile des patients ne sont en rien une obligation déontologique. A fortiori, depuis 2002 le ministère de la santé tente de réduire au maximum leur nombre afin « d'améliorer l'efficacité des soins de ville, en raison notamment de l'évolution de la démographie médicale » (38). Pour le Ministre de la santé de l'époque « Il est de l'intérêt conjugué des médecins et des patients de considérer la consultation au cabinet comme le mode d'accès normal à la médecine de ville, les visites à domicile devant être réservées aux seules situations qui le justifient expressément, soit pour des motifs médicaux, soit pour des motifs sociaux pertinents. ». C'est d'ailleurs à compter de cette date et de la création de l'accord de bon usage des soins (AcBUS, annexe 2) que la majoration de déplacement (MD) de 10€ fut créée.

Pour rappel depuis l'AcBUS de 2002, les visites à domicile considérées comme médicalement justifiées sont celles concernant :

- Des patients avec critères médicaux : Le médecin évalue la capacité du patient à se déplacer et cette majoration est justifiée selon des critères :
 - médico-administratifs :
 - patient d'au moins 75 ans ayant une ALD 30 ou hors liste ;
 - patient quel que soit son âge exonéré du ticket modérateur pour ALD : accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques ;
 - patient bénéficiaire de l'allocation tierce personne ;
 - patient bénéficiaire de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) ;
 - dans les dix jours suivant une intervention chirurgicale inscrite à la CCAM d'un tarif supérieur à 313,50 euros ;
 - hospitalisation à domicile.

- cliniques avec un état de dépendance :
 - incapacité concernant la locomotion par :
 - atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
 - atteinte cardiovasculaire 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 post-opératoire immédiate contre indiquant le déplacement ;
 - altération majeure de l'état général ;
 - personne atteinte d'une maladie contagieuse et consultation au cabinet contre-indiquée.
- Patients avec critères sociaux :
 - pour des personnes âgées de plus de 80 ans ;
 - ou pour des personnes dont la composition de la famille a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet

L'AcBUS prend également en compte la part démographique de l'offre de soin dans les critères de remboursement de la majoration de déplacement en visite. Cela rejoint ce que rapportaient certains médecins de l'étude qui disaient ressentir une forme d'obligation démographique lors de certains cas, notamment en zone rurale.

Si le déplacement n'est pas justifié, libre au médecin de fixer le montant de sa visite, mais celle-ci n'est remboursable que sur la base de la consultation à 25€. Dans tous les cas il faut être capable de communiquer le motif de la visite au service médical de la CPAM en cas de besoin et si celle-ci n'était pas justifié et que le médecin a demandé la prise en charge de la

majoration de déplacement à la sécurité sociale, le remboursement serait demandé au médecin sur 3 ans.

Un médecin a ainsi le droit de décider de ne pas pratiquer de visites à domicile légalement lorsque cela concerne un patient qui ne rentre pas dans les situations décrites par l'AcBUS de 2002. Pour les autres cas, un médecin reste libre de décider de ne pas suivre un patient pour des raisons professionnelles, personnelles ou éthiques (39). Ainsi il peut décider pour raison personnelle de ne pas prendre en charge les patients au domicile et doit simplement transmettre à son confrère que le patient désignera comme son nouveau médecin traitant les informations utiles à la poursuite des soins.

La seule circonstance lors de laquelle le médecin ne peut refuser une visite à domicile même s'il n'en pratique pas habituellement est la situation d'urgence. On parle évidemment ici d'une urgence vraie, pas d'une urgence ressentie, lors de laquelle le professionnel de santé est tenu d'agir ou du moins de s'assurer que le patient bénéficie des soins appropriés.

Un autre facteur évoqué lors de cette étude et qui peut jouer sur le sentiment d'obligation de réalisation de visites à domicile fut le fait de reprendre une patientèle d'un médecin partant à la retraite et qui a déjà des patients vus au domicile. Cette remarque avait été signalée également dans la thèse de Anne Laure Dufour (42) où les médecins reconnaissaient que la reprise ou la création d'une patientèle jouait sur la pratique de VAD, principalement lié à 2 facteurs :

- Le fait que lorsque les médecins s'installaient autrefois il y avait un taux de concurrence entre médecins plus important qu'aujourd'hui et que parfois pour se créer une patientèle ils acceptaient plus facilement les demandes de VAD alors qu'aujourd'hui la situation est inverse avec une demande de soin plus importante et des jeunes médecins qui s'installent en imposant les conditions de travail qu'ils souhaitent
- Les médecins partant à la retraite ont des patients plus âgés du fait du vieillissement de leur patientèle au fur et à mesure de leur exercice et donc plus de VAD.

2. Autres éléments moteurs aux visites à domicile

Relation médecin-patient privilégiée, rencontre avec la famille, analyse de l'environnement

Pour certains médecins, la visite à domicile est ressentie comme un moment privilégié avec le patient, avec un lien différent de celui pouvant s'établir avec les patients vus en cabinet qui se crée entre eux. Ils rapportent une relation de confiance mutuelle et un effet valorisant de la visite via une reconnaissance évidente du patient.

Cette notion de relation privilégiée est rapportée dans toutes les thèses traitant du sujet comme un moteur majeur à la réalisation de visites.

Une partie de l'intimité du patient est d'avantage dévoilée qu'en cabinet du fait du lieu même de consultation qui est le domicile de celui-ci, souvent en présence de la famille. Elodie Tekaya souligne d'ailleurs dans son étude (9) que l'entourage est aidant, notamment pour l'interrogatoire, la mobilisation et l'habillage/déshabillage des patients lors de l'examen clinique. Dans l'étude de Cecile Decultot (32), certains médecins décrivent même une relation à 3 plus qu'un simple relation médecin malade.

Lorsque l'on interroge les patients comme l'ont fait l'équipe PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours) (40) c'est l'importance de la qualité de la relation médecin malade et la coordination qui sont leurs préoccupations majeures.

Dans cette étude pourtant, certains médecins rapportent une relation identique à celle qu'ils peuvent entretenir au cabinet, cette discordance est très peu décrite dans la littérature, et seule Elodie Tekaya dans sa thèse (9) retrouve des résultats similaires.

La possibilité d'analyse de l'environnement du patient est une occasion unique à la visite à domicile qui permet au médecin d'avoir une visibilité sur des facteurs sociaux comme les conditions de vie, d'isolement, la propreté du logement, les risques de chutes. Ces critères permettent une vision globale du patient, notamment de façon plus importante encore chez la personne âgée.

Dans sa thèse portant sur l'analyse de la grille EVALADOM (annexe 4), Natacha Leroy (41) parle de la place du généraliste dans les démarches préventives concernant la personne âgée. Lors de son étude elle montre qu'il est au cœur de la prise en charge préventive et permet l'adhésion du patient plus facile à la stratégie thérapeutique.

Ainsi la visite à domicile en plus de permettre une relation singulière entre le médecin et son patient permet de constater par soi-même des éléments qui ne seront pas forcément relatés par le patient (par gêne, ou manque de temps en cabinet) et permettent d'adapter la prise en charge globale. Cela permet parfois également de retrouver des informations sur l'isolement social, un épuisement de l'aidant principal, une maltraitance ou une négligence.

Mode d'exercice parfois apprécié

Comme déjà décrit précédemment, même si la majorité des médecins de l'étude ont rapporté ne pas apprécier particulièrement la pratique des visites à domicile, certains médecins y voient un côté plaisant, qui permet de se couper du rythme parfois monotone des consultations au cabinet.

Simplification de certaines consultations, organisation de l'emploi du temps plus modulable

Un des médecins de cette étude a signalé la possible simplification de certaines consultations lorsqu'elles ont lieu au domicile plutôt qu'au cabinet. Cet élément moteur à la pratique de visites n'est pas documenté dans la littérature actuelle. Le médecin ayant rapporté cet avantage aux visites à domicile explique que malgré toute la bonne volonté dont peut vouloir faire preuve le patient, cela peut être plus compliqué, prendre plus de temps de le voir au cabinet qu'à domicile où son environnement est adapté à ses capacités de mobilisation.

Un autre médecin rapporte voir un avantage à l'organisation de l'emploi du temps. Cet élément n'est pas non plus rapporté dans les diverses études au sujet des visites à domicile, celles-ci étant plutôt décrites comme perturbatrices de planning (9, 13, 33, 34). Dans cette étude la médecin qui a décrit comme moteur la possibilité d'adapter son planning lors des visites à domicile l'expliquait par le fait de faire des ½ journées complètes de visites, de façon hebdomadaire et donc de pouvoir reporter d'une semaine à l'autre les renouvellements en

fonction de ses disponibilités et de la durée des autres visites. Ce mode d'organisation des visites à domicile était d'ailleurs envisagé chez plusieurs médecins de l'étude pour la pratique de leurs visites lors de leurs installations futures.

Les limites de l'étude

Parmi les limites de cette étude que l'on peut évoquer, il y a le fait qu'elle a été la première réalisée par l'investigateur qui était donc novice dans ce genre de travail. La technique d'entretien n'était pas quelque chose de parfaitement maîtrisé du fait du manque d'expérience de l'investigateur et cela a pu engendrer une perte d'informations non négligeable.

De plus il peut y avoir eu un biais lors de la collecte des informations au cours des interviews de par les questions et relances de l'investigateur qui ont pu être influencées par ses propres avis et idées préconçues sur le sujet. Ce biais a été limité par la réalisation du guide d'entretien et par l'utilisation de questions les plus ouvertes possibles.

Il y a pu y avoir un biais d'interprétation, car lors de la lecture des verbatims, l'investigateur a interprété les dires des sujets de l'étude avec son propre vécu et ses propres expériences. Ce biais a néanmoins pu être limité en retranscrivant et interprétant les interviews le jour même de leur réalisation, afin de percevoir encore l'intonation de la personne interrogée et d'en tenir compte lors de l'interprétation et par la réalisation d'une triangulation.

A noter que les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des médecins d'Indre et Loire, en effet la population de l'étude était les médecins remplaçants exclusivement, et bien qu'il leur ait été demandé de se projeter dans leur exercice futur une fois installés dans leur propre cabinet, il est évident que certains freins et moteurs peuvent être différemment ressentis selon s'il on est remplaçant ou installé. De plus, de part des critères d'inclusion de l'étude (être médecin remplaçant, avec un projet d'installation en Indre et Loire), la population étudiée est plutôt jeune, ce qui peut influencer également sur la manière dont sont vécues les visites à domicile.

Les forces de l'étude

La méthode d'étude choisie paraît la plus adaptée au sujet. En effet la méthode d'analyse qualitative avec analyse thématique permet d'explorer et analyser ce que ressentent les médecins interrogés sur le sujet, en l'occurrence les visites à domicile.

L'investigateur a essayé de réaliser des entretiens avec des médecins ayant des modes d'exercices variés (rural, urbain, semi rural, avec visites ou non) afin d'avoir une représentation la plus large possible des médecins remplaçants d'Indre et Loire. De plus il y a au sein de la population de l'étude une parité complète hommes/femmes avec 4 hommes pour 4 femmes.

Le fait d'avoir utilisé un guide d'entretien avec questions ouvertes a permis de limiter le biais de suggestion qu'auraient pu apporter des questions fermées.

Le biais de mémorisation a été évité de par l'enregistrement audio des entretiens et reproduction mot à mot fidèle des discussions.

De plus il semblait intéressant de recueillir le ressenti des médecins remplaçants ayant un projet d'installation en libéral car ce sont eux qui vont dessiner la médecine libérale de demain et la visite à domicile est un acte qui risque de prendre de plus en plus d'importance avec le vieillissement de la population, or nous n'avons pas trouvé d'étude sur ce sujet dans la littérature.

CONCLUSION

La visite à domicile fait partie des domaines de compétence du médecin généraliste. Le but de cette étude était de mettre en évidence les freins et moteurs à leur pratique à travers l'expérience vécue de médecins généralistes remplaçants ayant comme projet de s'installer en Indre et Loire, à l'aide d'entretiens semi dirigés.

Il en ressort 4 grands freins généraux :

- Le manque de rémunération de l'acte de visite à domicile, associé aux dépenses supplémentaires que peut demander sa pratique (carburant, entretien du véhicule, achat de matériel)
- L'absence d'accès au dossier médical
- Les motifs parfois injustifiés des demandes de visites
- La désorganisation de l'emploi du temps qui découle de leur pratique, majoré par le temps nécessaire pour le trajet, trouver le logement et y accéder et pour la réalisation de la consultation qui est décrite comme plus longue qu'en cabinet.

Cette désorganisation du planning aboutit pour certains à une impression de perte de temps, et un empressement lors de la réalisation de la visite.

A ces grands freins peuvent être ajoutés d'autres, ressentis par un nombre moins important de médecins : le sentiment d'insécurité, le manque de matériel à disposition, les conditions d'examen et d'interrogatoire, une impression de qualité moindre des soins fournis, voire d'impuissance, d'inutilité de certaines visites, d'interférence avec leur vie personnelle et parfois une sensation de malaise ou d'esseulement au domicile.

Enfin la majorité des médecins rapportait un exercice non apprécié.

Concernant les éléments moteurs à la pratique de visites à domicile, cette étude a mis en évidence 3 moteurs principaux :

- La sensation d'obligation à leur pratique (que ce soit déontologique, liée à la situation du patient, démographique ou lié à la reprise d'une patientèle)
- La relation médecin-patient privilégiée qui peut s'établir au domicile

- La possibilité d'analyse de l'environnement et de rencontre avec les aidants permettant une prise en charge globale.

Certains médecins ont aussi rapporté ressentir une difficulté à refuser une demande y compris lorsqu'il s'agissait d'une visite à domicile, une simplification de certaines consultations ou la possibilité d'adaptabilité de l'emploi du temps lorsque les visites sont programmées sur des ½ journées complètes.

Ainsi les principaux freins et moteurs déjà mis en évidence lors d'études concernant les médecins installés sont confirmés auprès des médecins remplaçants ayant un projet d'installation en Indre et Loire. Mais certains sont plus mis en exergue ici, probablement du fait de l'âge jeune de la population de l'étude. Une étude mettant en évidence une possible corrélation entre l'opinion des médecins sur les visites à domicile en fonction des générations pourrait être intéressante.

Parmi les actions concrètes possible pour favoriser l'engouement des médecins généralistes à la pratique de visites à domicile, il y a la revalorisation de l'acte. En effet une augmentation du tarif de visite permettrait d'annihiler le frein de rémunération et d'atténuer la sensation de perte de temps qui en découle. Néanmoins, du point de vue de la santé publique, où le problème actuel est la carence de médecins sur l'ensemble du territoire, favoriser les visites engendrerait une diminution du nombre d'actes quotidiens pratiqués au cabinet par les médecins généralistes, alors que les actions politiques actuelles poussent au contraire les médecins voir toujours plus de patients.

Nonobstant, il ressort de cette étude une volonté persistante au sein de la majorité de la jeune génération de poursuivre la réalisation des visites à domicile, qu'ils considèrent comme faisant partie intégrante de la continuité de soins et source d'une relation médecin malade et d'informations sur le patient inaccessibles par une autre pratique. Mais tout en conciliant leur vie privée et professionnelle et en limitant les indications des visites à domicile aux seules personnes pour lesquelles le déplacement au cabinet n'est plus envisageable. En ce sens il apparaît nécessaire d'éduquer sa propre patientèle à ce que signifie une visite à domicile justifiée.

Il paraît également intéressant de suivre l'évolution de « Mon espace santé », développé depuis bientôt 2ans et sous utilisé pour le moment par les praticiens mais qui pourrait leur permettre un accès au dossier médical du patient à domicile.

Bibliographie

1. DREES. Solidarité-santé Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
2. Conseil national des médecins – Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2020
3. Article du magazine egora : ils ne s’installent plus et sont introuvables, 10 idées reçues sur les médecins remplaçants
4. Article de la nouvelle république (journal d’Indre et Loire) : Démographie médicale en Indre et Loire, on est au creux de la vague
5. Démographie des professionnels de santé en centre val de Loire, disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2>
6. INSEE – Espérance de vie à divers âges
7. INSEE Statistiques et études
8. Projections du coût de l’APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l’horizon 2040 à l’aide du modèle Destinie disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1305201?sommaire=1305205&q=projection+APA>
9. Élodie Tekaya. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l’expérience vécue de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02733366
10. CAIRN, Méthodes de recherches qualitatives dans la recherche de soins de santé : apports et croyances
11. Analyse thématique, Pierre Lannoy [2020](#)
12. Remy Pourret : freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français, 2020
13. Sabine Eloïse Vialtel : La visite à domicile, perceptions des médecins généralistes sur son evolution passée et à venir
14. Nouveautés tarifaires de l’avenant 9 à la Convention médicale, disponible sur : <https://www.fmfpro.org/les-nouveautes-tarifaires-de-lavenant-9/>
15. Aurélie Guillot, Cyrielle Ritter. Eléments décisionnels de la réalisation de visites à domicile non programmées par les médecins généralistes de l’agglomération

- grenobloise : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01617125
16. Omniprat : visites longues, disponible sur : <https://omniprat.org/fiches-pratiques/consultations-visites/visite-longue-vl/>
 17. MG France : Élargissement des indications de la visite longue : enfin des perspectives !
 18. Insee : prix moyen de vente au détail du gazole en métropole
 19. Idgarages : barometre 2023 des prix de la réparation automobile
 20. Sephira : trousse d'urgence du médecin généraliste : l'essentiel du contenu
 21. Medecins pour demain, disponible sur <https://medecinspourdemain.fr>
 22. Sephira, quels changements au 1er novembre ?
 23. Amandine Le Maner. Le dossier médical libéral et la visite à domicile : quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01945099
 24. Marie Jolivard. Etat des lieux du dossier médical en visite à domicile : etude qualitative auprès de medecins généraliste du cher, 2019.
 25. HAS : La tenue du dossier medical en médecine générale : etat des lieux et recommandations
 26. Buirette C, Carrot A. Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes. [Toulouse]; 2016.
 27. Fanny Roy. État des lieux des connaissances et de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes du territoire Dracénois dans le Var: étude qualitative auprès des médecins généralistes du territoire Dracénois dans le Var. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas- 03831287
 28. Observatoire de la sécurité des médecins en 2022, dispoible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1dxm17k/cnom_observatoire_securite_2022.pdf
 29. Conseil national des medecins, guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé, disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guidesecuritedesprofsante2012_0.pdf
 30. OMS : qualité des soins, disponible sur : https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
 31. Haut Conseil de la santé publique : Approche conceptuelle de la qualité des soins

32. Cécile Decultot. Comment les médecins généralistes appliquent-ils la bientraitance lors des visites à domicile ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quinze médecins généralistes en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01683955
33. Ortolan B, Mouries R. La visite à domicile chez les médecins franciliens. Ile de France: Union Régionale des Médecins Libéraux; 2005.
34. Claire EDEY GAMASSOU, Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature
35. HAS Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout
36. Antonice Colin. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02505145
37. URPS : enquête, le médecin libéral au domicile du patient, un enjeu de santé publique ?
38. Question de l'assemblée nationale, 12ème législature, disponible sur :
<https://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-4258QE.htm>
39. Ministère de la santé, refus de soins par un professionnel de santé, disponible sur :
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-2-le-refus-de-soins-par-un-professionnel-de-sante>
40. IRDES, Questions d'économie de la santé, mars 2011, les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale
41. Natacha Leroy, Consultation préventive à domicile pour les patients âgés : contribution à la validation d'un outil d'évaluation des risques du domicile, la grille EVALADOM
42. Anne Laure Dufour La visite à domicile: encore d'actualité ? Etude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes

ANNEXES

Annexe 1 : Grille GIR

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante

Source : Fédération des Malades et Handicapés (FMH), grille AGGIR comment évaluer la perte d'autonomie ?

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

Guide d'entretien

Introduction : Bonjour, merci d'avoir accepté de répondre à mon questionnaire de thèse qui porte sur les freins et moteurs à la pratique des VAD en tant que médecin remplaçant avec projet d'installation. Je vais commencer par quelques questions générales sur vous puis nous rentrerons dans le sujet en lui-même. Est-ce que ça vous convient ?

Caractéristiques du médecin :

Pouvez-vous vous présenter de façon générale ? :

- Age, sexe, vie de couple/vit seul, enfants ou non
- Depuis combien de temps remplacement
- Mode de remplacement (remplacement fixe, toujours dans le/les même(s) cabinet(s) ou remplacement varié suivant la demande, tous les jours/par semaines ...)
- Projet d'installation (dans combien de temps, rural ou urbain, cabinet seul/MSP/cabinet de groupe, reprise de patientèle ou création de patientèle)
- Avez-vous ou choisissez-vous les médecins que vous remplacez en fonction de leur pratique ou non de visites à domicile ?

Avant d'être remplaçant et de pratiquer vous-même des visites quelle était votre vision des VAD en médecine générale ?

Visites à domicile en mode d'exercice remplaçant :

Faites-vous des visites à domicile en tant que remplaçant ?

Si non :

Est-ce quelque chose de délibéré ou sont-ce les médecins qu'il remplace qui n'ont pas de patientèle au domicile ?

Si délibéré pourquoi ?

Qu'est ce qui pourrait vous pousser à réaliser des visites à domicile en tant que remplaçant ?

En a-t-il pratiqué dans le passé ou lors de ses études de médecine ?

Si oui : passer à la suite

Si non : passer directement à la pratique future

Si oui :

Comment s'organisent-elles ?

Garde les mêmes horaires que le médecin qu'il remplace ? Organise son propre emploi du temps avec créneaux dédiés aux visites, combien de créneaux par jour ou par semaine en moyenne ?

Motifs ?

Combien de temps en moyenne dure une visite à domicile (de l'arrivée sur les lieux à la fin de la visite ?

Moyen d'accès au dossier ?

Ressenti

Comment vous sentez vous au domicile des patients de façon Générale ?

Aimez-vous les visites à domicile ? pourquoi ?

Pratique future

Pensez-vous faire des visites à domicile lors de votre future installation ?

Si non :

Pourquoi ?

Quels seraient les moyens de vous convaincre d'en réaliser à l'avenir ?

Si oui :

Qu'est-ce qui vous motive pour en réaliser ?

A quelle fréquence ?

Qu'est ce qui pourrait vous pousser à faire plus de visites à domicile que ce que vous envisagez ?

Quels sont pour vous les freins aux VAD ?

Merci d'avoir répondu à mes questions, avez-vous des choses dont vous n'avez pas parlé ou que vous souhaiteriez particulièrement souligner concernant les freins et moteurs aux visites à domicile ?

Annexe 4
Grille EVALADOM

ETUDE EVALADOM

Fiche médicale d'évaluation à domicile du patient par le médecin généraliste

NOM DU PATIENT : _____ AGE : _____
DATE DE L'EVALUATION : ____/____/____ Durée moyenne évaluation : ____/____/____ min

PATIENT

	oui	non	NC
Difficultés à la marche	☐ /2	☐ /0	☐
Troubles cognitifs connus	☐ /2	☐ /0	☐
ATCD de chute	☐ /2	☐ /0	☐
Dépression	☐ /2	☐ /0	☐
Incontinence urinaire	☐ /2	☐ /0	☐
Troubles visuels	☐ /2	☐ /0	☐
Nb d'hospitalisation dans l'année _____			
ATCD principaux _____			

LOGEMENT

	oui	non	NC
Appartement à l'étage sans ascenseur	☐ /0	☐ /-1	☐
Maison avec étage	☐ /1	☐ /0	☐
Nombre de pièces	____/____/____		

RISQUE NUTRITIONNEL

	oui	non	NC
Réfrigérateur	☐ /2	☐ /0	☐
Vide	☐ /2	☐ /0	☐
Présence de produits frais	☐ /0	☐ /2	☐
Aliments avariés	☐ /2	☐ /0	☐
Contenu inadapté (chaussette...)	☐ /2	☐ /0	☐
Alcool			
Signes de consommation excessive	☐ /2	☐ /0	☐

RISQUE IATROGENE

	oui	non	NC
Pharmacie	☐ /0	☐ /2	☐
Stock adapté	☐ /0	☐ /2	☐
Médicaments mal identifiés	☐ /2	☐ /0	☐
Médicaments périmés	☐ /2	☐ /0	☐
Médicaments actuels			
Connaissance de la posologie	☐ /0	☐ /2	☐
Connaissance de l'heure de prise	☐ /0	☐ /2	☐
Connaissance du rôle	☐ /0	☐ /2	☐
Nombre de traitement	____/____/____		
Prise de psychotropes ou médicaments cardio-vasculaires			

RISQUE DU DOMICILE

	oui	non	NC
Installation vétuste en Gaz	☐ /2	☐ /0	☐
Installation vétuste en Electricité	☐ /2	☐ /0	☐
Aération suffisante	☐ /0	☐ /2	☐
Installation vétuste du mode de chauffage, risque CO	☐ /2	☐ /0	☐
Traces de brûlures sur les meubles	☐ /2	☐ /0	☐

AUTONOMIE

	Oui	non	NC
Hygiène du domicile défaillante	☐ /2	☐ /0	☐
Hygiène du patient défaillante	☐ /2	☐ /0	☐
Sait utiliser un téléphone	☐ /0	☐ /2	☐
Sait utiliser un chèque	☐ /0	☐ /2	☐

RISQUE DE CHUTE ACCIDENTELLE

	oui	non	NC
Téléalarme	☐ /-1	☐ /0	☐
Prescrit	☐ /0	☐ /2	☐
Porté			
Transferts			
Difficultés pour se lever du lit	☐ /2	☐ /0	☐
Difficultés pour se lever du WC	☐ /2	☐ /0	☐
Accessibilité du domicile			
Adaptée au handicap	☐ /0	☐ /2	☐
Dangers liés à l'aménagement			
Eclairage suffisant	☐ /0	☐ /1	☐
Interrupteurs accessibles	☐ /0	☐ /1	☐
Sol régulier	☐ /0	☐ /1	☐
Petites marches	☐ /1	☐ /0	☐
Sol glissant	☐ /1	☐ /0	☐
Aire de déplacement obstruée par			
Des petits objets, fils	☐ /1	☐ /0	☐
Des tapis mobiles, ou paillasons glissants	☐ /1	☐ /0	☐
Tapis avec bordure relevée ou obstacle	☐ /1	☐ /0	☐
Hauteur des chaises appropriée	☐ /0	☐ /1	☐
Escaliers			
Marches inégales	☐ /1	☐ /0	☐
Présence de main courante	☐ /-1	☐ /0	☐
Salle de bain			
Présence d'anti-dérapant douche	☐ /-1	☐ /0	☐
Présence d'une barre d'appui dans la douche	☐ /-1	☐ /0	☐
Présence d'une barre d'appui dans les WC	☐ /-1	☐ /0	☐
Rangements :			
Articles d'usage courant accessibles	☐ /0	☐ /-1	☐
Habillage			
Chaussures adaptées	☐ /0	☐ /2	☐

RISQUE D'ISOLEMENT

	oui	non	NC
Isolement géographique	☐ /1	☐ /0	☐
Eloignement commerces			
Isolement social			
Vit seul à domicile	☐ /2	☐ /0	☐
Vit avec une personne dépendant	☐ /1	☐ /0	☐
Vit avec une personne autonome	☐ /-1	☐ /0	☐
Sort seul du domicile	☐ /0	☐ /2	☐
Voisin aidant	☐ /-1	☐ /0	☐
Passage régulier famille ou amis	☐ /-1	☐ /0	☐
Passage de professionnel	☐ /-1	☐ /0	☐

Vu, le Directeur de Thèse



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Freins et moteurs à la pratique des visites à domicile par les médecins remplaçants avec projet d'installation en Indre et Loire.

Contexte : La démographie médicale actuelle et l'évolution des modes d'exercice tendent à diminuer le nombre de visites à domicile pratiquées par les nouvelles générations de médecins. En parallèle, le vieillissement de la population fait évoluer les besoins des patients, de plus en plus nombreux et dépendants et donc demandeurs de visites à domicile. Cette ambivalence entre offre et demande interroge sur la capacité des futures générations à répondre aux enjeux de santé publique à venir.

Objectif : Identifier les différents freins et moteurs à la pratique des visites à domicile que peuvent ressentir les médecins remplaçants ayant un projet d'installation future en Indre et Loire.

Méthode : Étude qualitative prospective menée par entretiens individuels semi dirigés, basés sur un guide d'entretien jusqu'à saturation des données (soit 8 entretiens), auprès de médecins généralistes remplaçants, ayant un projet d'installation en Indre et Loire, puis analyse thématique du contenu.

Résultats : 4 grands freins sont identifiés : le manque de rémunération de l'acte (majoré par les dépenses engendrées : carburant, entretien du véhicule, achat de matériel), l'absence d'accès au dossier médical, les motifs parfois injustifiés des demandes et la désorganisation de l'emploi du temps qui en découle (majoré par le temps nécessaire au trajet, trouver le logement et y accéder et pour la réalisation de la consultation qui est décrite comme plus longue qu'en cabinet). Cette désorganisation du planning aboutit pour certains à une impression de perte de temps, et un empressement lors de la réalisation de la visite. A ces grands freins peuvent être ajoutés : le sentiment d'insécurité, le manque de matériel à disposition, les conditions d'examen et d'interrogatoire, une impression de qualité moindre des soins fournis, voire d'impuissance, d'inutilité de certaines visites, d'interférence avec leur vie personnelle et parfois une sensation de malaise ou d'esseulement au domicile. Enfin la majorité des médecins rapportait un exercice non apprécié. Cette étude a mis aussi en évidence 3 moteurs principaux, qui sont la sensation d'obligation à leur pratique (déontologique, liée à la situation du patient, démographique ou lié à la reprise d'une patientèle), la relation médecin-patient privilégiée qui peut s'établir et la possibilité d'analyse de l'environnement et de rencontre avec les aidants permettant une prise en charge globale. Certains médecins ont aussi rapporté ressentir une difficulté à refuser une demande, une simplification de certaines consultations ou la possibilité d'adaptabilité de l'emploi du temps lorsque les visites sont programmées sur des ½ journées complètes.

Conclusion : Toujours perçues comme indispensables à une continuité de soins avec certains avantages indéniables, par les jeunes médecins, le nombre de demandes de visites à domicile risque de croître dans les prochaines années. Pour faire face à cette demande il faudra lever un maximum de freins à leur réalisation, ce qui sera avant tout dépendant des décisions politiques.

Mots clés : Visites à domicile – médecine générale – médecins remplaçants – Indre et Loire – médecine libérale

GAUTIER-BRIATTE Anne

78 pages, 1 tableau, 2 figures

Résumé :

Contexte : La démographie médicale actuelle et l'évolution des modes d'exercice tendent à diminuer le nombre de visites à domicile pratiquées par les nouvelles générations de médecins. En parallèle, le vieillissement de la population fait évoluer les besoins des patients, de plus en plus nombreux et dépendants et donc demandeurs de visites à domicile. Cette ambivalence entre offre et demande interroge sur la capacité des futures générations à répondre aux enjeux de santé publique à venir.

Objectif : Identifier les différents freins et moteurs à la pratique des visites à domicile que peuvent ressentir les médecins remplaçants ayant un projet d'installation future en Indre et Loire.

Méthode : Étude qualitative prospective menée par entretiens individuels semi dirigés, basés sur un guide d'entretien jusqu'à saturation des données (soit 8 entretiens), auprès de médecins généralistes remplaçants, ayant un projet d'installation en Indre et Loire, puis analyse thématique du contenu.

Résultats : 4 grands freins sont identifiés : le manque de rémunération de l'acte (majoré par les dépenses engendrées : carburant, entretien du véhicule, achat de matériel), l'absence d'accès au dossier médical, les motifs parfois injustifiés des demandes et la désorganisation de l'emploi du temps qui en découle (majoré par le temps nécessaire au trajet, trouver le logement et y accéder et pour la réalisation de la consultation qui est décrite comme plus longue qu'en cabinet). Cette désorganisation du planning aboutit pour certains à une impression de perte de temps, et un empressement lors de la réalisation de la visite. A ces grands freins peuvent être ajoutés : le sentiment d'insécurité, le manque de matériel à disposition, les conditions d'examen et d'interrogatoire, une impression de qualité moindre des soins fournis, voire d'impuissance, d'inutilité de certaines visites, d'interférence avec leur vie personnelle et parfois une sensation de malaise ou d'esseulement au domicile. Enfin la majorité des médecins rapportait un exercice non apprécié. Cette étude a mis aussi en évidence 3 moteurs principaux, qui sont la sensation d'obligation à leur pratique (déontologique, liée à la situation du patient, démographique ou liée à la reprise d'une patientèle), la relation médecin-patient privilégiée qui peut s'établir et la possibilité d'analyse de l'environnement et de rencontre avec les aidants permettant une prise en charge globale. Certains médecins ont aussi rapporté ressentir une difficulté à refuser une demande, une simplification de certaines consultations ou la possibilité d'adaptabilité de l'emploi du temps lorsque les visites sont programmées sur des ½ journées complètes.

Conclusion : Toujours perçues comme indispensables à une continuité de soins avec certains avantages indéniables, par les jeunes médecins, le nombre de demandes de visites à domicile risque de croître dans les prochaines années. Pour faire face à cette demande il faudra lever un maximum de freins à leur réalisation, ce qui sera avant tout dépendant des décisions politiques.

Mots clés : Visites à domicile - médecine générale - médecins remplaçants - Indre et Loire - médecine libérale

Jury :

Président du Jury :	Professeur François MAILLOT
Directeur de thèse :	Docteur Frédéric SCHMITT
Membres du Jury :	Professeur Clarisse DIBAO-DINA
	Docteur François TRABUT

Date de soutenance : 22 décembre 2023