



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en
EHPAD dans les Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2019 à 18h

Au Pôle Recherche

Par Hélène VILQUIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

SERMENT HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

LISTE DES ABREVIATIONS

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

GIR : Groupe Iso-Ressources

HdeF : Hauts-de-France

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

PA : Personne Agée

PAD : Personne Agée Dépendante

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VAD : Visite à Domicile

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT.....	3
SERMENT HIPPOCRATE	4
LISTE DES ABREVIATIONS	5
TABLE DES MATIERES	6
I. RESUME	8
II. INTRODUCTION GENERALE	9
1. Une population vieillissante et dépendante	9
2. La démographie médicale	11
3. Les visites à domicile	11
4. La visite en EHPAD.....	13
5. Quelles sont les caractéristiques des MG qui suivent des PA ?	13
6. Une pratique des VAD liée aux caractéristiques du médecin et de son environnement	14
7. Le profil des médecins à l’avenir	14
8. Problématiques	16
III. INTRODUCTION ARTICLE	18
IV. MÉTHODE	19
1. Contexte	19
2. Type d’étude.....	19
3. Population	20
4. Constitution du questionnaire (Annexe 2)	20
5. Modalités du recueil de données.....	21
6. Effectifs.....	21
7. Analyse statistique	22
V. RÉSULTATS.....	23
1. Diagramme de flux	23
2. Objectif principal : Quelles sont les caractéristiques des MG qui interviennent en EHPAD, sont-elles différentes des MG qui n’interviennent pas en EHPAD ?.....	24
3. Objectifs secondaires : Comparaison du ressenti des MG concernant les visites en EHPAD.....	30
4. Objectifs secondaires : L’avenir de la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD.....	31
VI. DISCUSSION	32
1. Résultats principaux	32
2. Les intérêts et limites de l’étude	32
a. La méthode.....	32
b. Le questionnaire	33
c. Le taux de participation.....	33
d. L’originalité du travail.....	34

i.	Travaux sur la perception des MG à réaliser des VAD	34
ii.	Travaux concernant les VAD pour les PA	35
iii.	Travaux concernant les VAD en EHPAD.....	36
3.	Analyse des résultats.....	37
a.	Comparaison des caractéristiques de la population générale et celles de l'échantillon de l'étude.....	37
i.	Démographie et activité des MG.....	37
ii.	La prise en charge des PA en institution par les MG	38
b.	Les particularités des MG prenant en charge des PA en EHPAD.....	39
i.	Le genre	39
ii.	Ancienneté d'installation	39
iii.	L'association entre l'âge du patient et celui du médecin.....	39
iv.	Zone d'activité	40
v.	Les formations	41
c.	Les visites : à domicile ou en EHPAD	42
d.	Les spécificités d'une visite en EHPAD	42
i.	La visite en EHPAD : une activité chronophage.....	42
ii.	La rémunération de la visite en EHPAD.....	45
iii.	L'accès au dossier du patient	46
iv.	L'aspect relationnel avec le patient.....	47
v.	L'aspect relationnel avec le personnel de l'établissement et le médecin coordonnateur 47	
vi.	Motifs de demandes de visites.....	48
4.	Les solutions d'avenir	49
a.	Le MG soignant salarié en EHPAD	50
b.	SOS médecin.....	50
c.	Docadom – Medadom.....	51
d.	La télémédecine	51
e.	La Consult Station.....	52
VII.	CONCLUSION	53
VIII.	REFERENCES	54
IX.	ANNEXES.....	58
1.	La Grille AGGIR	58
2.	Le questionnaire.....	59

I. RESUME

Contexte : La population de personnes âgées de 75 ans et plus ne fait que s'accroître. Ces patients sont de plus en plus dépendants. 10% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les demandes d'institutionnalisation ne vont cesser d'augmenter. Pour les médecins généralistes (MG), la visite en EHPAD a quelques particularités : chronophage, examen clinique de moindre qualité, accès difficile au dossier médical. L'objectif principal était de décrire les caractéristiques des MG intervenant dans le parcours de soin des patients en EHPAD des Hauts-de-France (HdeF) et de les comparer à ceux qui n'y intervenaient pas.

Méthode : Etude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale. L'échantillon a été constitué par des MG libéraux installés dans les HdeF, tirés au sort. Les questionnaires anonymes ont été envoyés à 500 MG. Le recueil de données a eu lieu de novembre 2018 à janvier 2019. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse quantitative. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha à 5%.

Résultats : Sur les 500 questionnaires envoyés, 103 ont été analysés. 8 médecins sur 10 réalisaient des visites en EHPAD. Les deux groupes MG intervenant en EHPAD et MG n'y intervenant pas n'étaient statistiquement différents que sur le critère « temps consacré aux Groupes d'Echange de Pratiques » où les MG intervenant en EHPAD passent 4 fois plus de temps ($p=0,001$). Les MG qui intervenaient en EHPAD étaient installés depuis plus longtemps (20 ans contre 16), exerçaient davantage en milieu urbain (83% contre 70%), consultaient une patientèle plus âgée, et avaient plus de formations complémentaires (18% en gériatrie) comparé aux MG ne soignant pas en EHPAD. Concernant leur activité en EHPAD, ils suivaient 11 patients en moyenne dans 2 à 3 EHPAD, et faisaient moins de 5 km de trajet pour plus de 60% d'entre eux. 6 des 13 critères relatifs aux visites en EHPAD étaient notés plus sévèrement et de manière statistiquement significative par les MG n'y intervenant pas. Il s'agissait des critères organisationnels qui apparaissent alors comme décisifs dans le choix de soigner des patients en EHPAD ou non.

Conclusion : Ce travail a aussi pour but de mener une réflexion sur l'avenir des visites en EHPAD, devant la réticence de certains MG à y soigner des patients.

II. INTRODUCTION GENERALE

1. Une population vieillissante et dépendante

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une Personne Agée (PA) est une personne de 65 ans et plus. La prise en charge des PA est un enjeu sanitaire et social majeur. La préoccupation des autorités de santé ne fait que croître concernant le vieillissement de la population française.

Le Médecin Généraliste (MG) est un acteur central et indispensable dans la prise en charge médico-sociale des PA.

Une Personne Agée Dépendante (PAD) est une PA qui a besoin d'être aidée pour effectuer des activités courantes de la vie quotidienne comme la toilette, l'habillement, l'alimentation, les déplacements. L'évaluation du niveau de dépendance se fait selon la grille nationale Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources pour obtenir un classement dans un Groupe Iso-Ressources (GIR) de 1 à 6, le GIR 1 regroupant les personnes les plus dépendantes. (Annexe 1)

Selon les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2015, il était recensé en France 6 millions de personnes de 75 ans et plus soit 9,1% de la population Française. Pour les Hauts-de-France (HdeF), les personnes de 75 ans et plus étaient au nombre de 480 000 soit 7,7% de la population. (1)

En France en 2015, il y avait 103 places d'unité de soins de longue durée ou d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. La disponibilité était sensiblement identique en HdeF avec 101 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.(2)

L'enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) de 2015, dont les premiers résultats ont été publiés en juillet 2017 par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), dénombrait 728 000 résidents en EHPAD en 2015, contre 693 000 en 2011. Cela représentait 10% des PA de 75 ans et plus et 35% des personnes des 90 ans et plus. La moyenne d'âge était de plus en plus élevée avec 85 ans et 9 mois en 2015 contre 85 ans en 2011. La dépendance était de plus en plus marquée avec 85 % des patients classés en GIR 1 à 4 (dont la moitié très dépendants GIR 1 et 2) contre 81% en 2011. (3)

Si les tendances démographiques se poursuivent, la population âgée de 75 ans et plus sera deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (soit plus de 7,8 millions de PA). (4)

L'espérance de vie actuelle est de 78,4 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes. D'ici à 2060, l'INSEE prévoit 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes. L'âge moyen de perte d'autonomie est estimé à 83 ans. (5)

La priorité du gouvernement est de respecter la principale préoccupation de la majorité des PA qui est de vieillir chez elles. (6) Cependant de 2015 à 2018, le plan d'aide à l'investissement pour l'autonomie a consacré 100 millions d'euros à la création et la modernisation des EHPAD.

Le vieillissement de la population est un phénomène connu. Les demandes d'institutionnalisation en EHPAD ne devraient cesser d'augmenter. La population institutionnalisée tend à devenir de plus en plus âgée, dépendante et poly pathologique. Ce phénomène peut s'expliquer par une institutionnalisation tardive

compte tenu du coût élevé de la prise en charge en EHPAD, et un désir des PA de rester à domicile le plus longtemps possible.

2. La démographie médicale

La démographie des professionnels de santé est un sujet au cœur des préoccupations du système de soins. L'exercice de la médecine est en cours de transformation et le profil des médecins prend un autre aspect. Les conditions de travail évoluent avec les caractéristiques socio démographiques des médecins.

Selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) au 1er janvier 2017, la France comptait 88 137 MG en activité régulière. D'après leur calcul du taux de croissance annuel moyen, la tendance à la baisse du nombre de MG observé depuis 2007 semblerait se prolonger jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 MG.(7)

La densité en 2015 était de 3,21 médecins de ville pour 1 000 habitants, elle atteindra son niveau le plus bas en 2023 à 3,06 pour ensuite remonter lentement et peut-être retrouver en 2032 le niveau de 2015. Cette estimation prend en compte le vieillissement de la population et par conséquent ses besoins accrus de soins. (8)

3. Les visites à domicile

La Visite à Domicile (VAD) est un acte incontournable dans l'activité d'un MG pour assurer la continuité des soins et la coordination entre les différents acteurs pour favoriser le maintien à domicile. Le MG se doit d'assurer des soins continus au long cours. Il s'agit d'un besoin pour la population et d'une obligation pour le MG, selon le code de déontologie.

Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), le taux de croissance annuel moyen des VAD baisse d'environ 5 points chaque année depuis les années 2000. L'IRDES a publié également une carte de France illustrant la répartition géographique du nombre de visites par généraliste en 2010. Il existait un lien évident entre le nombre de visites et l'indice de vieillissement élevé. Les HdeF font partie des zones où le nombre de visites par généraliste est le plus important, corollaire d'un indice de vieillissement plus important.(9)

En 2001, sur l'ensemble du territoire, les VAD représentaient 23,5% des actes. Le 1^{er} juillet 2002, est approuvé un accord de bon usage des soins entre les représentants des caisses nationales de l'assurance maladie et la fédération française des médecins généralistes pour revaloriser le tarif des visites tout en rappelant les indications de soins hors du cabinet, afin d'éviter les déplacements pour « convenance personnelle ». L'objectif était de diminuer de 5% le nombre de VAD. (10) L'objectif a été atteint puisqu'en 2003, les VAD représentaient 16,8% des actes de MG en France. En 2016, le pourcentage de VAD en France était à 8,8%, et 11,4% en HdeF.(11)

Cependant les actes pour les PA se font principalement en visite, due à leurs difficultés à se mobiliser. La VAD représente encore 35% des actes chez les patients âgés de 70 ans et plus, et 84% pour les PAD.(12)

La VAD est un moment privilégié pour accéder à l'environnement du patient, évaluer son autonomie et permettre une prise en charge adaptée du patient dans sa globalité.

Mais les médecins sont parfois réticents à réaliser des VAD pour des raisons de temps, de confort matériel, de rentabilité, d'accessibilité au dossier médical, de moins bonne qualité des soins prodigués. (13)

4. La visite en EHPAD

En moyenne 12 MG interviennent dans chaque EHPAD. Ils assurent 1 352 visites par an pour 100 lits, dont 520 visites non programmées par an pour 100 résidents.

La visite en EHPAD a quelques particularités de par l'accessibilité au patient et à son dossier, la présence d'une équipe soignante, des patients plus dépendants qu'à domicile, son caractère chronophage. Le temps moyen d'un MG libéral intervenant en EHPAD est de 32 minutes par visite et par résident, contre 25 minutes pour une VAD chez une PAD. (14)

5. Quelles sont les caractéristiques des MG qui suivent des PA ?

Une analyse des relevés individuels d'activité professionnelle a révélé que les MG hommes suivaient 16% de PA de 70 ans et plus contre 11% chez leurs collègues femmes.

Par ailleurs, un médecin exerçant en zone rurale a un risque de suivre au moins 20 PAD à domicile 2,2 fois plus élevé qu'un médecin en zone urbaine. Cela s'explique par le fait que la densité de MG en zone rurale est plus faible et donc que ces MG prennent en charge plus de patients quelque soit leur âge.(12)

6. Une pratique des VAD liée aux caractéristiques du médecin et de son environnement

Une grande disparité existe selon les caractéristiques des médecins et de leur environnement.

Une étude de la DREES sur le portrait des professionnels de santé en 2016 a révélé que 8% des MG ne réalisaient aucune visite dans l'année et 20% des médecins consacraient moins de 2% de leurs consultations aux visites. Chez ces médecins qui ne réalisaient que très peu de visites, il faut noter :

- Une part importante de femmes (47% dans ce groupe contre 44% sur l'ensemble des médecins en France)
- Des médecins plus jeunes que la moyenne (36% ont moins de 50 ans, contre 32% sur l'ensemble des médecins)
- Installés majoritairement en zone urbaine (pour 85% contre 64% sur l'ensemble des médecins). (15)

7. Le profil des médecins à l'avenir

Une étude DREES parue en mai 2017 s'est intéressée au profil des médecins d'ici 2040.(8)

- Plus de femmes :

Selon le CNOM, la féminisation de la profession se confirme : en 2015 58% des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre étaient des femmes contre 53% en 2006. (7) La féminisation continuerait de s'imposer pour atteindre 60% en 2035 contre 44% des médecins en 2017.(8)

La féminisation a des répercussions sur la pratique de la médecine générale. Les femmes médecins sont surreprésentées dans l'exercice salarié. Elles représentaient 28 % des médecins exerçant libéral, contre 47 % des médecins salariés. Elles étaient 25% à déclarer travailler à temps partiel. (16)

- Une population plus jeune :

En effet, l'âge moyen devrait encore diminuer jusqu'en 2035 pour atteindre une moyenne d'âge de 45 ans, contre 52 ans en moyenne actuellement. (8)

- Un changement d'activité :

L'activité libérale exclusive semble diminuer au profit d'un exercice mixte ou hospitalier. En 2016 les médecins à l'activité libérale exclusive représentaient 47% des médecins. L'activité libérale exclusive chuterait à 38% en 2040, tandis que l'activité mixte passerait de 11 à 15% et l'activité salariée de 42 à 46% sur la même période.(8)

- Le lieu d'exercice :

Le milieu semi rural semble être la zone privilégiée des futurs MG d'après l'enquête de l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale de 2013. En effet, 63% désiraient s'installer en zone semi-rurale, 13% en ville, 12% en milieu rural. (17)

8. Problématiques

Les demandes d'institutionnalisation en EHPAD ne vont cesser d'augmenter. Les épidémiologistes prévoient qu'environ 10% des PA de 75 ans et plus devraient intégrer un EHPAD.(18)

Les visites en EHPAD ont quelques particularités, par la complexité des pathologies du patient vieillissant, les conditions d'accès au patient ou à son dossier, et la nécessité d'une coordination avec l'équipe paramédicale.

Le profil des médecins effectuant plus ou moins de VAD a déjà été dressé.(19)(13)(15). Peu d'études sont parues décrivant le profil des MG intervenant spécifiquement en EHPAD. (20)

⇒ **Quelles sont les caractéristiques des MG intervenant en EHPAD?**

Le rôle des MG dans la prise en charge des PAD est primordial. L'implication et les perceptions de ces praticiens restent pourtant peu décrites. L'étude DREES de 2012 s'y intéresse mais ne concerne que les PAD vivant à domicile. (12)

⇒ **Quelle est l'implication des MG en EHPAD ? Quel est le regard porté sur les visites en EHPAD par les MG ? Quels sont pour eux les aspects plaisants ou contraignants à cette pratique ?**

Le futur profil des MG aura tendance à se féminiser et se rajeunir, ce qui correspond en majorité à la population de médecin qui effectuent le moins de visites et également à celle qui suivent le moins de PA.

⇒ **Que va-t-il advenir des visites, et notamment en EHPAD? Comment les MG perçoivent l'avenir des VAD en EHPAD ?**

La question de recherche de ce travail était :

Dans les HdeF, quelles sont les caractéristiques des MG intervenant en EHPAD, sont-elles différentes des médecins n'y intervenant pas?

L'objectif principal était de :

Décrire les caractéristiques des MG qui accompagnent des patients dans leur parcours de soins au sein d'EHPAD des HdeF pour les comparer avec celles des médecins qui n'en accompagnent pas et définir ainsi un profil type du MG qui accepte de soigner des patients en EHPAD.

Les objectifs secondaires étaient de :

Questionner les MG qui interviennent en EHPAD et ceux qui n'y interviennent pas sur les aspects plaisants ou contraignants relatifs aux visites en EHPAD et les interroger sur leur vision future de la prise en charge des patients âgés en EHPAD.

ARTICLE

III. INTRODUCTION ARTICLE

Le MG est un acteur central et indispensable dans la prise en charge médico-sociale des PA, et notamment en EHPAD pour assurer la continuité des soins.

Selon les chiffres de l'INSEE de 2015, il était recensé dans les HdeF 480 000 personnes de 75 ans et plus soit 7,7% de la population. (1)

L'enquête EHPA (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) de 2015, dénombrait 728 000 résidents en EHPAD en 2015, soit 10% des PA de 75 ans et plus.

Le vieillissement de la population est un phénomène connu. Les demandes d'institutionnalisation en EHPAD ne devraient cesser d'augmenter. La population institutionnalisée tend à devenir de plus en plus âgée, dépendante et poly pathologique.(3)

En moyenne 12 MG interviennent dans chaque EHPAD. Ils assurent 1 352 visites par an pour 100 lits.

La visite en EHPAD a quelques particularités du fait de l'accessibilité au patient et à son dossier, la présence d'une équipe soignante, des patients plus dépendants qu'à domicile, son caractère chronophage.

La question de recherche était : **Dans les HdeF, quelles sont les caractéristiques des MG intervenant en EHPAD, sont-elles différentes des médecins n'y intervenant pas?**

L'objectif principal était de **décrire les caractéristiques des MG qui accompagnent des patients dans leur parcours de soins au sein d'EHPAD des HdeF pour les comparer avec celles des médecins qui n'en accompagnent pas et définir ainsi un profil type du MG qui accepte de soigner des patients en EHPAD.**

Les objectifs secondaires étaient de **questionner les MG qui interviennent en EHPAD et ceux qui n'y interviennent pas sur les aspects plaisants ou contraignants relatifs aux visites en EHPAD et les interroger sur leur vision future de la prise en charge des patients âgés en EHPAD.**

IV. MÉTHODE

1. Contexte

Il s'agissait d'un travail de recherche ancillaire au projet Laroche mené par le Pr Lefebvre et le Pr Deleplanque de l'Université de médecine de Lille. Ce projet avait pour but d'étudier la prescription des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 75 ans et plus en EHPAD d'après les recommandations de la liste de Marie-Laure Laroche. La cohorte suivie était représentée par les résidents de 75 ans et plus de 9 EHPAD du Nord et du Pas-de-Calais et leurs médecins traitants (MT).

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale, sur échantillon, avec analyse quantitative.

3. Population

Pour répondre à la question de recherche, l'idée initiale était d'interroger les MG intervenant dans les 9 EHPAD du projet Laroche. Cependant, devant le faible nombre de retour et le biais de sélection important, il a été choisi d'interroger un panel de MG exerçant en libéral, installés en HdeF, tirés au sort. Cette méthode a permis d'interroger à la fois des médecins intervenant en EHPAD et d'autres n'y intervenant pas, pour comparer leurs caractéristiques. Les MG remplaçants et les médecins retraités n'étaient pas inclus. Les MG travaillant chez SOS médecin ont été exclus car ils ne suivent pas une patientèle au long cours.

4. Constitution du questionnaire (Annexe 2)

Pour recueillir les informations concernant les MG, un questionnaire a été élaboré, puis complété au fur et à mesure des lectures constituant la bibliographie du travail. Il était précédé d'une introduction explicative. Le questionnaire était anonyme.

La première partie faite de 19 questions concernait tous les MG et portait sur leur profil, leur formation, et leur mode d'activité. La deuxième partie concernait les MG exerçant en EHPAD et comportait 7 questions. La troisième partie concernait ceux qui n'y intervenaient pas avec 3 questions. Les parties 2 et 3 comportaient une section identique interrogeant les MG sur les aspects plaisants ou contraignants relatifs aux visites. Enfin, une question d'ouverture portait sur l'avenir des visites en EHPAD selon les MG. Les médecins avaient la possibilité de laisser un commentaire libre en fin de questionnaire.

Il ne s'agissait pas d'une recherche impliquant la personne humaine au sens de l'article L.1121-1 du code de santé publique, il n'a pas été nécessaire d'être soumis à l'avis du Comité de Protection des Personnes.

Une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés avait été demandée lors de l'initiation du projet Laroche d'où était tirée la question de recherche. Le questionnaire étant anonyme, il n'a pas été nécessaire de soumettre une autre demande préalable à la commission.

5. Modalités du recueil de données

Afin d'obtenir un échantillonnage le plus représentatif et un taux de réponse le plus satisfaisant, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des HdeF a été sollicitée. Il existe en effet au sein de l'URPS un comité de suivi d'accompagnement de thèses. Le sujet répondant à une problématique de soin premier dans la région des HdeF, les membres du comité ont répondu favorablement à la demande.

L'URPS s'est chargée de l'envoi par courrier postal des questionnaires à un panel de 500 MG des HdeF tirés au sort. Le questionnaire était accompagné d'une enveloppe T.

L'envoi des questionnaires a eu lieu le 8 novembre 2018. Le recueil de données a été clôturé le 4 janvier 2019.

6. Effectifs

Sur les 500 envois, 107 questionnaires ont été retournés, 103 questionnaires ont été analysés. Le CNOM comptait 7 594 MG en activité dans les HdeF au 1^{er} janvier

2018.(21) Dans cette étude, compte tenu des 103 réponses traitées et un intervalle de confiance fixé à 95%, la marge d'erreur est de 9.6%.

7. Analyse statistique

Les données issues du questionnaire papier ont été reportées sur Lime Survey®. Les données ont ensuite été exportées et recodées sur le logiciel Microsoft Excel®. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Minitab®.

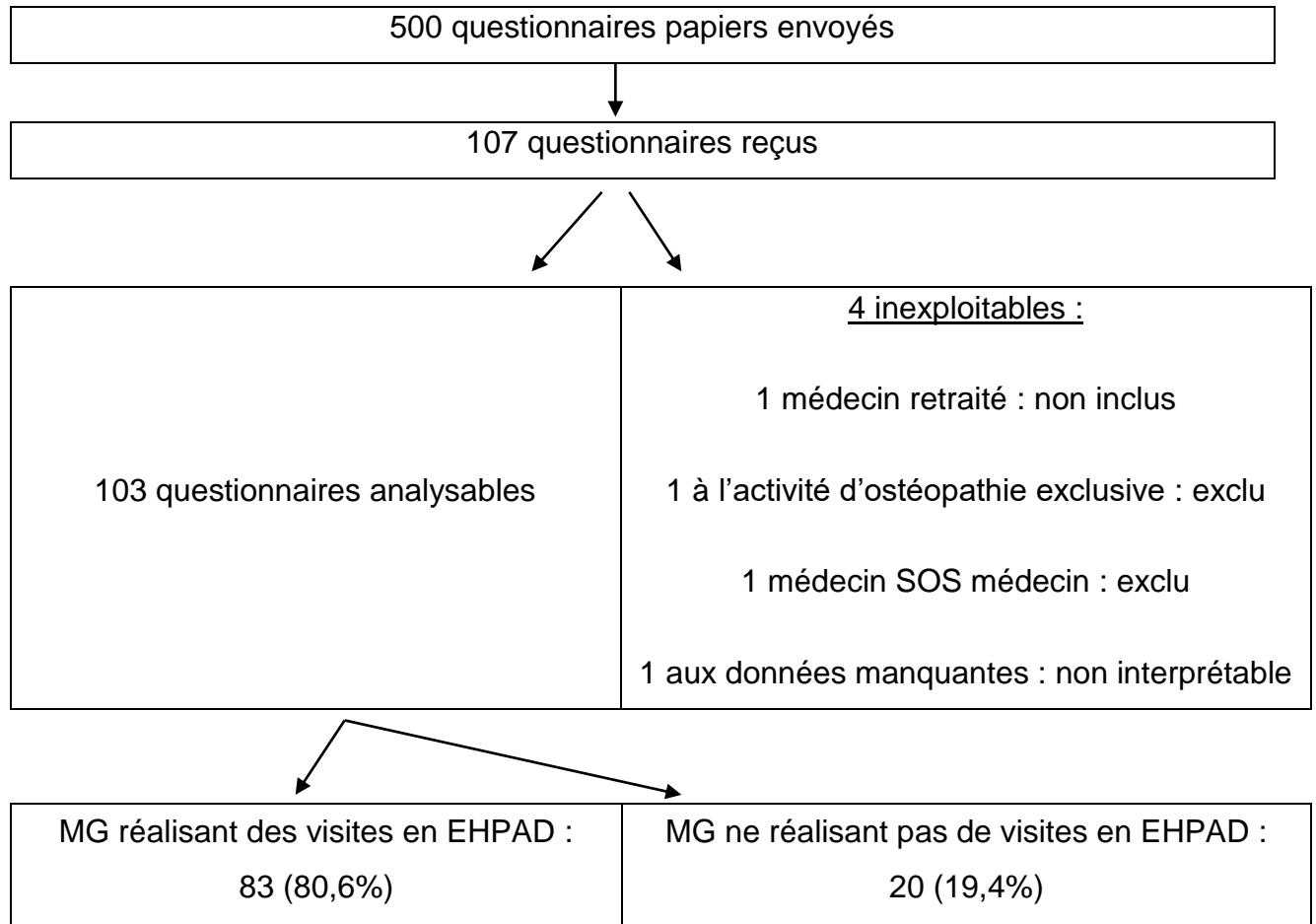
Dans un premier temps, chaque question a été analysée individuellement pour identifier les caractéristiques des MG. Pour les variables quantitatives, les moyennes et écarts-types ont été décrits. Les variables qualitatives étaient exprimées en proportion.

Dans un second temps, il s'agissait de comparer les 2 groupes (MG intervenant en EHPAD ou non) sur chacune de ces caractéristiques. Pour les variables quantitatives, une comparaison univariée a été réalisée grâce au test de Student. Pour l'analyse de variables qualitatives, le test du Khi-2 a été utilisé.

Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha de première espèce à 5%.

V. RÉSULTATS

1. Diagramme de flux



2. Objectif principal : Quelles sont les caractéristiques des MG qui interviennent en EHPAD, sont-elles différentes des MG qui n'interviennent pas en EHPAD ?

Tableau 1 : Comparaison des MG exerçant en EHPAD ou non sur les variables quantitatives

	Population totale n=103	MG EHPAD n=83	MG pas EHPAD n=20	p value
Age moyen	50,4 (11,5)	51 (11,4)	48 (11,9)	0,323
Ancienneté d'installation moyenne en années	19,5 (12,4)	20,3 (12,5)	16,1 (11,5)	0,162
Nombre moyen de patients	1052 (454)	1050 (481)	1057 (330)	0,946
Nombre moyen de consultations au cabinet*	129,3 (41,3)	129,2 (43,2)	129,5 (33)	0,971
Nombre moyen de visites*	14,6 (10,8)	14,7 (9,5)	14,2 (15,5)	0,886
Temps de travail moyen en heures*	50,1 (10,5)	49,9 (10,8)	50,6 (9,3)	0,777
Nombre de ½ journées moyennes de FMC**	4,5 (4,3)	4,7 (4,2)	3,7 (4,9)	0,419
Nombre de ½ journées moyennes de GEP**	1,65 (2,98)	1,9 (3,2)	0,45 (0,95)	0,001

Les données sont présentées en moyenne (écart type).

*Sur une semaine type

**Au cours des 12 derniers mois

FMC : Formation Médicale Continue

GEP : Groupe d'Echange de Pratiques

Tableau 2 : Ancienneté d'installation des MG

	0-9 ans	10 à 19 ans	20 ans et plus
MG EHPAD n=83	22 (26,5%)	15 (18%)	46 (55,5%)
MG pas EHPAD n=20	8 (40%)	4 (20%)	8 (40%)

Tableau 3 : Comparaison des MG exerçant en EHPAD ou non sur les variables qualitatives

		Population totale n=103	MG EHPAD n=83	MG pas EHPAD n=20	p value
Genre					0,675
	Masculin	68 (66%)	54 (65,1%)	14 (70%)	-
	Féminin	35 (34%)	29 (34,9%)	6 (30%)	-
Zone					0,183
	Rurale	20 (19,4%)	14 (16,9%)	6 (30%)	-
	Urbaine	83 (80,6%)	69 (83,1%)	14 (70%)	-
Convention					*
	Secteur 1	99 (96,1%)	79 (95,2%)	20 (100%)	-
	Secteur 2	4 (3,9%)	4 (4,8%)	0	-
Exercice					0,527
	Seul	35 (34%)	27 (32,6%)	8 (40%)	-
	En groupe	68 (66%)	56 (67,4%)	12 (60%)	-
Activité					0,428
	Libérale exclusive	93 (90,3%)	74 (89,2%)	19 (95%)	-
	Libérale et salariée	10 (9,7%)	9 (10,8%)	1 (5%)	-
Nombre de médecins participants à la permanence des soins		75 (72,8%)	60 (72,3%)	15 (75%)	0,807

En tant que :					*
	Médecin régulateur	3 (2,9%)	3 (3,6%)	0	-
	Maison médicale de garde	23 (22,3%)	16 (19,3%)	7 (35%)	-
	Sur secteur	49 (47,6%)	41 (49,4%)	8 (40%)	-
Maître de stage universitaire		19 (18,4%)	14 (16,9%)	5 (25%)	0,400
Formation complémentaire		43 (41,7%)	36 (43,4%)	7 (35%)	0,495
Médecin coordonnateur		5 (4,8%)	5 (6%)	0	*
Patientèle à tendance					*
	Gériatrique	13 (12,6%)	12 (14,5%)	1 (5%)	-
	Pédiatrique	2 (1,9%)	1 (1,2%)	1 (5%)	-
	Mixte	88 (85,5%)	70 (84,3%)	18 (90%)	-
Participation à une FMC		77 (74,7%)	62 (74,7%)	15 (75%)	0,978
Participation à un GEP		33 (32%)	29 (34,9%)	4 (20%)	0,199

Les données sont présentées en nombre (proportion).

* approximation du Khi 2 probablement non valide car 1 cellule avec dénombrement inférieur à 1, ou 3 cellules avec dénombrement inférieur à 5.

Il y avait une tendance à ce que les MG qui intervenaient en EHPAD exerçaient davantage en milieu urbain que les MG qui n'y intervenaient pas, sans que cela soit statistiquement significatif. Si l'on s'intéresse à la population des MG exerçant en zone urbaine, 83% intervenaient en EHPAD contre 70 % de la population de MG en milieu rural.

Les MG intervenant en EHPAD avaient une patientèle plus orientée gériatrique. Dans la population de MG qui déclaraient avoir une patientèle à prédominance gériatrique, 92% d'entre eux intervenaient en EHPAD. Pour ceux qui déclaraient avoir une patientèle mixte, 80% d'entre eux intervenaient en EHPAD.

A propos des formations complémentaires :

Tableau 4 : Les formations complémentaires

	Population totale n=103	MG EHPAD n=83	MG pas EHPAD n=20
Diabétologie	1	1	0
Douleur	3	3	0
Expertise médicale	3	3	0
Gérontologie	15	15 (18%)	0
Gynécologie	1	1	0
Homéopathie	7	4	3
Hypnose	1	1	0
Infectiologie	1	1	0
IVG médicamenteuse	1	1	0
Maladies métaboliques	2	1	1
Médecine d'urgence	2	1	1
Médecine du sport	5	4	1
Mésothérapie	7	7	0
Nutrition	2	2	0
Ostéopathie	2	2	0
Pédiatrie	7	5	2
Plaie et cicatrisation	1	1	0
Santé publique	1	1	0
Soigner les soignants	1	1	0
Soins palliatifs	4	4 (5%)	0
Troubles du sommeil	1	1	0

Les données sont présentées en nombre (proportion).

Les formations complémentaires comprenaient les Diplômes Inter Universitaires, les Diplômes Universitaires, les Modes d'Exercice Particulier, les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires.

Concernant les MG intervenant en EHPAD :

Tableau 5 : L'activité en EHPAD des MG

	Moyenne	Minimum	Maximum	Ecart type
Ancienneté d'intervention en EHPAD en années	16	1	35	10
Nombre d'EHPAD visités	2,5	1	9	1,4
Nombre de patients résidents d'EHPAD suivis	11	1	60	10,7
Nombre de patients vus lors d'un déplacement dans un EHPAD	2,6	1	8	1,7
Distance entre le cabinet et l'EHPAD en km	4,3	1	20	3,8

Tableau 6 : Ancienneté d'intervention en EHPAD

	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20 ans et plus
Nombre de MG et pourcentage n=83	13 (15,7%)	14 (16,9%)	10 (12%)	8 (9,6%)	38 (45,8%)

Tableau 7 : Distance entre le cabinet et l'EHPAD :

	0-4 km	5-9 km	10 km et plus
Nombre de MG et pourcentage n=83	50 (60,3%)	26 (31,3%)	7 (8,4%)

Concernant les MG n'intervenant pas en EHPAD :

Tableau 8 : Les raisons de non-intervention en EHPAD des MG et leur activité de VAD

	MG pas EHPAD n= 20	Réalisent des VAD	Nombre de VAD minimum*	Nombre de VAD maximum*	Nombre de VAD moyen*
Vous n'avez pas de patient institutionnalisé en EHPAD	8 (40%)	7	0	60	15
Vous n'avez pas d'EHPAD à proximité de votre cabinet	4 (20%)	4	7	20	12
Vous avez des patients en EHPAD ou des EHPAD à proximité, mais ne désirez pas vous y rendre	8 (40%)	6	0	50	15
Total	20	17 (85%)	0	60	15

Les données sont exprimées en nombre (pourcentage).

*Sur une semaine type

3. Objectifs secondaires : Comparaison du ressenti des MG concernant les visites en EHPAD

Une note sur 10 a été attribuée par les répondants sur chacun des 13 items caractérisant une visite en EHPAD.

Tableau 9 : Comparaison du ressenti des MG concernant les visites en EHPAD

	Population générale n= 103	MG EHPAD n=83	MG pas EHPAD n=20	p value
Aspect gériatrique, poly-pathologique	5,8 (2,2)	5,8 (2,2)	6,1 (2,1)	0,543
Aspect relationnel avec le patient	7,1 (1,9)	7 (1,9)	7,2 (2,1)	0,824
Aspect relationnel avec le personnel	7,0 (2,1)	7,3 (2,0)	6,1 (2,3)	0,045
Aspect relationnel avec le coordonnateur de l'EHPAD	5,6 (2,4)	5,7 (2,5)	5,4 (1,8)	0,614
Conditions matérielles	5,8 (2,3)	5,8 (2,2)	5,7 (2,6)	0,910
Coordination au sein des EHPAD	5,4 (2,2)	5,6 (2,3)	4,6 (1,6)	0,022
Durée de l'acte	5,1 (2,3)	5,4 (2,1)	3,8 (2,7)	0,020
Accès / Informatisation du dossier	5,2 (2,7)	5,5 (2,7)	3,9 (2,3)	0,009
Motifs de demande de visite	5,6 (2,2)	5,9 (2,1)	4,4 (2,2)	0,006
Rémunération	5,2 (2,2)	5,3 (2,3)	4,9 (1,5)	0,395
Rupture dans l'emploi du temps	4,3 (2,3)	4,5 (2,2)	3,3 (2,3)	0,040
Suivi du patient	6,2 (2,0)	6,3 (1,8)	5,7 (2,4)	0,282
Temps de trajet	5,5 (2,6)	5,8 (2,4)	4,2 (2,8)	0,027
Total	5,7 (0,8)	5,8 (0,7)	5,0 (1,1)	0,039

Les données sont exprimées en moyenne (écart type).

4. Objectifs secondaires : L'avenir de la prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD

A la question « Selon vous, par qui devrait-être assuré l'accompagnement du patient dans le cadre de son parcours de soin en EHPAD ? », qu'ont-ils répondu ?

Tableau 10 : La prise en charge des patients institutionnalisés en EHPAD à l'avenir

	Population totale n = 103	MG EHPAD n= 83	MG pas EHPAD n=20	p value
Prise en charge des patients en EHPAD par :				0,016
Médecin traitant ou son interne en médecine générale	45 (43,7%)	42 (50,6%)	3 (15%)	-
Médecin coordonnateur	10 (9,7%)	7 (8,4%)	3 (15%)	-
Médecin généraliste salarié dans l'EHPAD	48 (46,6%)	34(41%)	14 (70%)	-
Téléconsultation	0	0	0	-
Application numérique *	0	0	0	-
SOS médecin	0	0	0	-

Les données sont exprimées en nombre (pourcentage).

* application numérique mettant en relation des médecins généralistes et des patients pour des visites uniquement 24h/24 par un système de géo-localisation (ex : Docadom ou Medadom)

VI. DISCUSSION

1. Résultats principaux

Concernant l'objectif principal, une différence significative entre les deux groupes a été mise en évidence sur une seule caractéristique. Il s'agissait du nombre de demi-journées moyennes passées en GEP, 4 fois plus importante pour les MG intervenant en EHPAD comparé à ceux n'y intervenant pas.

Par ailleurs, les MG qui intervenaient en EHPAD étaient installés depuis plus longtemps, exerçaient davantage en milieu urbain, consultaient une patientèle plus âgée, et une part plus importante participaient à des GEP comparé aux médecins n'intervenant pas en EHPAD, de manière statistiquement non significative. Les MG qui intervenaient en EHPAD avaient plus de formations complémentaires et en lien direct avec les pathologies des PA contrairement aux médecins n'intervenant pas en EHPAD.

Il existe peut-être d'autres différences significatives entre ces deux groupes sur des critères qui n'ont pas été étudiés ici. Ceci pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

2. Les intérêts et limites de l'étude

a. La méthode

Le recrutement réalisé par tirage au sort a permis d'assurer une représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale des MG des HdeF.

La fluctuation d'échantillonnage reste inévitable en analyse épidémiologique car elle est inhérente au principe même d'échantillonnage.

Avec un échantillon plus important et notamment une part de MG qui n'interviennent pas en EHPAD plus conséquente, une analyse multivariée aurait pu être réalisée. Celle-ci aurait permis de réaliser une régression logistique et calculer un rapport de chance (ou odds ratio).

b. Le questionnaire

Le questionnaire s'est voulu rapide et facile à compléter avec des informations chiffrées demandées ainsi qu'un maximum de questions fermées. L'anonymat était préservé pour obtenir un maximum de réponses.

Il existait un biais d'évaluation, dû à la part subjective dans l'évaluation, notamment pour les critères de satisfaction d'intervention en EHPAD.

Il existait également un biais de déclaration pour les questions concernant le nombre de consultations, de visites, de demi-journées de FMC, de GEP, le temps de travail hebdomadaire, ou encore le nombre de patients déclarés.

Lorsqu'il leur est demandé de noter les critères d'intervention en EHPAD, les MG ne s'y rendant pas devaient faire appel à leurs expériences passées ou à leur perception du sujet.

c. Le taux de participation

L'URPS a apporté son aide pour la réalisation de l'échantillon, l'impression et l'envoi des questionnaires accompagnés d'une enveloppe T. Ceci a permis un taux de participation de 21,4%, correct pour ce type d'étude. Le fait que les questionnaires soient parvenus aux médecins sous un pli de l'URPS a probablement apporté une crédibilité supplémentaire au travail de recherche et incité les médecins à y répondre.

Pour un intervalle de confiance à 95% et une marge d'erreur de 5%, il aurait fallu obtenir 366 réponses. Dans cette étude, compte tenu des 103 réponses traitées et un intervalle de confiance fixé à 95%, la marge d'erreur est restée à 9.6%.

d. L'originalité du travail

i. Travaux sur la perception des MG à réaliser des VAD

De nombreuses thèses qualitatives avaient montré l'ambivalence ressentie concernant les VAD, notamment le travail de thèse de Anne Laure Dufour intitulé : « La visite à domicile : encore d'actualité ? ». Les médecins avaient été unanimes concernant leur devoir et le caractère indispensable de réaliser des VAD. Ils avaient été nombreux à apprécier l'aspect relationnel mais également nombreux à énumérer les contraintes telles que les conditions matérielles, la rupture dans leur emploi du temps, l'aspect chronophage, et la baisse de la qualité dans les soins. De ce fait, les médecins avaient tous tendu à restreindre le nombre de VAD et les réserver aux patients les plus dépendants ou pour les motifs les plus urgents. D'autant plus que le profil du MG étant lié au profil des patients, un jeune MG aura tendance à voir une patientèle plus jeune. La nouvelle génération de MG avait exprimé le souhait d'accorder plus d'importance à leur qualité de vie et à un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, et donc délaissaient les VAD, plus chronophages.
(22)(23)(24)(25)(26)

Les études déjà parues s'intéressant au ressenti des MG ont été le plus souvent qualitatives et concernaient les VAD. Il n'y a pas eu dans les HdeF d'étude quantitative s'intéressant au ressenti des MG en visite en EHPAD.

ii. Travaux concernant les VAD pour les PA

Une enquête réalisée par Handicap-Santé en 2012 et basée sur les relevés individuels d'activité et de prescription avait montré que 95% des MG suivaient au moins une PAD à domicile, et en moyenne un MG en suivait 21. C'est une majorité de médecins hommes qui auraient suivi ces patients (45%), contre seulement 22% pour les femmes médecins. (15)

Cette tendance avait déjà été soulignée dans une enquête chez les patients Alzheimer (données du baromètre de santé du médecin généraliste de 2009 fourni par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). La patientèle d'un homme comprendrait en moyenne 16% de PA de 70 ans et plus contre 11% chez leurs consœurs. Cet effet serait moins marqué chez les jeunes médecins.(12)

Par ailleurs un médecin exerçant en zone rurale aurait un risque 2,2 fois plus élevé de suivre au moins 20 PAD à domicile qu'un de ses confrères en zone urbaine. Cela s'explique par le fait que la densité de MG en zone rurale est plus faible et donc que ces MG prennent en charge plus de patients quel que soit leur âge. (12)

La présente étude, n'a pas montré de différence entre les hommes et les femmes concernant leur intervention en EHPAD. Les MG intervenant en EHPAD étaient davantage installés en zone urbaine.

Les caractéristiques des MG qui avaient réalisé des VAD pour les PA dans les études précédentes et celles des MG qui sont intervenus en EHPAD dans la présente étude ne semblent pas identiques. Il apparaît difficile de comparer des études s'intéressant aux VAD et la présente concernant les EHPAD, tant la visite en institution est particulière.

iii. Travaux concernant les VAD en EHPAD

Peu de travaux ont étudié la perception des MG en visite spécifiquement en EHPAD.

L'étude d'Isabelle Veuillote parue dans la Revue du Gériatre en 2013, s'était intéressée à l'implication des MG en EHPAD. Cette étude est celle qui se rapproche le plus de la présente enquête par sa thématique et son envergure (120 participants) (27). De la même manière que dans le présent travail, l'auteure avait dans un premier temps questionné les MG libéraux de Côte d'Or sur leur profil, puis dans une seconde partie, n'avait questionné que les MG intervenant en EHPAD.

Parmi les participants à l'étude d'Isabelle Veuillote :

- 73,3% avaient eu une activité de soin en EHPAD, contre 80% dans la présente étude.
- Les médecins intervenant en EHPAD avaient travaillé pour 94,5% d'entre eux dans 1 à 5 EHPAD, 97% dans la présente étude.
- Ils y avaient exercé depuis au moins 10 ans pour 69% d'entre eux, 58% dans l'étude présentée ici.
- 11% des médecins qui intervenaient en EHPAD avaient eu une fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD, contre 6% ici.

Parmi les Côte-d'Oriens, 80% s'étaient déclarés satisfaits des conditions de travail. L'accès au dossier médical avait convenu à 73% de ces MG. Le temps passé pour l'acte médical dans l'EHPAD était considéré comme normal pour 80% d'entre eux.(27)

Dans l'étude, un système de notation a été proposé. Ils ont estimé à 6,1/10 leur satisfaction globale. Ils ont été plus insatisfaits de l'accès au dossier et de la durée de l'acte.

La pratique de ces VAD en EHPAD ayant quelques spécificités, et la population vieillissante et institutionnalisée grandissant, il paraissait intéressant de se pencher davantage sur la description des médecins qui rendent visite à ces patients.

3. Analyse des résultats

a. Comparaison des caractéristiques de la population générale et celles de l'échantillon de l'étude

L'échantillon comprenait uniquement des MG des HdeF. Une comparaison a été réalisée avec des MG de toute la France.

i. Démographie et activité des MG

Le site Améli de la Sécurité Sociale met à disposition les données statistiques de 2016 concernant les effectifs d'omnipraticiens installés en libéral actifs (=somme des MG et des médecins à mode d'exercice particulier) (28) (mise à jour en décembre 2017).

	HdeF		France		Echantillon étude	
Nombre de MG	5 366	H=3 779 (70,4%)	59 752	H=38 080 (63,7%)	103	H=68 (66%)
		F=1 587 (29,6%)		F=21 672 (36,3%)		F= 35(34%)
Age moyen	53	H = 55	53	H = 55	50	H= 54
		F = 49		F = 49		F = 44
Conventionné	5 097 (95%)		54 225 (90,8%)		103 (100%)	
Libéral exclusif	4 853 (90,4%)		54 525 (91,3%)		93 (90,3%)	
Nombre moyen de patients déclarés	1912		1910		1052	
Nombre moyen de consultations*	109		91		129	
Nombre moyen de visites*	16		10		15	

Les données sont exprimées en nombre (pourcentage).

H = hommes ; F = femmes

*sur une semaine type

ii. La prise en charge des PA en institution par les MG

Selon une étude de la DRESS, s'intéressant à 5 régions françaises, en moyenne 38% à 52% des médecins avaient déclaré prendre en charge des PA en institution. (29).

Dans la présente étude, sur les 103 médecins répondants, 80,3% ont déclaré participer au parcours de soin des PA en EHPAD.

Cette différence était peut-être liée en partie au fait que les MG ayant répondu à l'étude étaient d'autant plus sensibilisés par le fait qu'ils intervenaient en EHPAD.

b. Les particularités des MG prenant en charge des PA en EHPAD

i. Le genre

Dans la présente étude, les médecins intervenant en EHPAD ont été représentés par 65% d'hommes et 35% de femmes. **Il n'y a pas eu de différence significative de répartition hommes - femmes entre le groupe intervenant en EHPAD ou n'y intervenant pas.** De manière indifférenciée parmi les médecins hommes ou dans le groupe des médecins femmes, 80% sont intervenus en EHPAD.

ii. Ancienneté d'installation

Dans l'étude, de manière non significative, **les MG intervenant en EHPAD étaient installés depuis plus longtemps que les MG qui n'y intervenaient pas** (20 ans contre 16 ans en moyenne).

Les MG intervenaient en EHPAD depuis en moyenne 16 ans alors qu'ils étaient installés depuis un peu plus de 20 ans en moyenne.

Il est possible d'expliquer ces résultats par le fait que la patientèle d'un jeune médecin installé est moins âgée que celle d'un médecin plus âgé. Ceci fait écho à l'hypothèse d'une association entre les profils des médecins et celles des patients.

iii. L'association entre l'âge du patient et celui du médecin

Des études avaient déjà été réalisées dans le but de montrer une association entre le profil sociodémographique des médecins et celui des patients. De nombreux travaux avaient établi un lien particulier entre le sexe et l'âge des médecins et celui de leurs patients, et d'autant plus lorsque le suivi est régulier. Ainsi, un tiers des

consultations des médecins de plus de 40 ans concernait un patient de 70 ans et plus, contre 19% chez les médecins de 30 ans. (15)

Selon l'étude présentée ici, si on scinde les médecins en deux groupes selon leur âge, la tendance se confirme. **Les médecins de 40 ans et plus ont été 84% à intervenir en EHPAD contre 70% chez les moins de 40 ans.** Si on place le curseur à 50 ans, les médecins de 50 ans et plus ont été 86% à intervenir en EHPAD contre 74% pour les moins de 50 ans.

Dans l'étude, **les MG intervenant en EHPAD ont été plus nombreux à déclarer avoir une patientèle orientée gériatrique** par rapport aux MG n'intervenant pas en EHPAD (14,5% contre 5%).

iv. Zone d'activité

Selon la présente étude, si on s'intéresse à **la population des MG installés en zone urbaine, 83% ont exercé en EHPAD contre 70% des MG installés en zone rurale.**

D'un autre point de vue, si on s'intéresse à **la population des MG qui intervenaient en EHPAD, ils ont exercé davantage en milieu urbain** comparé aux médecins n'intervenant pas en EHPAD (83% contre 70%) de manière statistiquement non significative.

Les MG réalisant le plus de VAD étaient davantage installés en milieu rural car ils voyaient plus de patients d'une manière générale. Cependant les VAD en EHPAD ont été davantage assurées par des MG des zones urbaines car **les EHPAD concernés étaient peut-être davantage implantés dans des zones urbaines et**

les médecins en zone rurale suivaient moins de patients institutionnalisés car limités dans leurs déplacements en termes de kilomètres.

v. Les formations

Les deux groupes (MG intervenant en EHPAD et MG n'intervenant pas en EHPAD) ont été statistiquement différents sur le critère « temps consacré aux GEP » où les MG intervenant en EHPAD y passaient 4 fois plus de temps que les médecins ne s'y rendant pas. Les MG qui intervenaient en EHPAD ont été plus nombreux à participer à des GEP comparé à l'autre groupe.

Les MG qui intervenaient en EHPAD ont eu plus de formations complémentaires et en lien direct avec les pathologies des PA (18% avaient une formation en gériatrie, 5% en soins palliatifs) contrairement aux médecins n'intervenant pas en EHPAD.

Les MG qui intervenaient en EHPAD étaient installés depuis plus longtemps que la moyenne, ce qui leur confère une certaine expérience dans l'exercice de la médecine. Il est permis d'imaginer qu'**ils désirent partager leurs expériences au cours des GEP**. Par leur ouverture d'esprit, ils sont **désireux d'enrichir leurs connaissances et s'engagent à suivre des formations complémentaires**, notamment dans le domaine de la gériatrie afin d'améliorer leur prise en charge auprès des PA.

c. Les visites : à domicile ou en EHPAD

Sur les 103 MG interrogés, ils ont été 3 à ne réaliser aucune VAD soit 2,9%. Ils ont été 19,4% à ne pas réaliser de visites en EHPAD. 8 ont refusé d'aller en visite en EHPAD malgré la présence de certains de leurs patients institutionnalisés et d'EHPAD à proximité, ce qui représentait 7,8% de la population générale et 40% de la population des MG qui n'intervenaient pas en EHPAD.

Parmi les 20 MG qui ne se sont pas rendus en EHPAD, 17 ont pourtant réalisé des VAD soit 85%. En moyenne ils ont réalisé 15 VAD par semaine. Parmi les 8 médecins ne désirant pas se rendre en EHPAD malgré un EHPAD à proximité ou un de leur patient institutionnalisé, ils ont été 6 à faire en moyenne 15 VAD par semaine, avec un maximum de 50 VAD pour l'un d'entre eux. **Ceci montre que pour certains la réticence n'est pas à la VAD mais à la visite en EHPAD spécifiquement.**

d. Les spécificités d'une visite en EHPAD

Sur la moyenne des 13 critères évalués, il existait une différence significative entre les 2 groupes, les MG intervenant en EHPAD semblaient apprécier davantage d'y intervenir (5,8/10 contre 5/10, $p=0,039$).

i. La visite en EHPAD : une activité chronophage

➤ La durée de la consultation

Le temps moyen d'une visite en EHPAD en France varie de 24 à 57 minutes selon le motif et le profil du patient. Une visite non programmée et débouchant sur une prise en charge hospitalière ou SAMU ou encore une première visite d'admission est plus

longue. **Le temps moyen d'un MG intervenant en EHPAD est de 32 minutes par visite et par résident.** (14)

Une enquête de la DREES publiée en 2006, avait été menée entre 2002 et 2003 auprès de 922 MG libéraux. Sur les 44 000 consultations qu'ils avaient réalisé à leur cabinet et les 6 000 visites qu'ils avaient effectué auprès de leurs patients:

- La durée moyenne d'une consultation au cabinet était de 15 minutes.
- La durée des consultations des patients âgés de 75 ans et plus était plus proche des 17 minutes.
- **La durée moyenne d'une VAD était de 18 minutes** sans compter le temps de trajet et le report des informations au cabinet ensuite soit environ 41 minutes.(30)
- La durée moyenne des consultations des PAD était de 23 minutes.
- **La durée moyenne sur place d'une VAD pour une PAD était de 25 minutes.** (12)

Les MG peuvent être réticents à réaliser une visite en EHPAD car elle est 1,8 fois plus longue qu'une VAD, et 1,3 fois plus longue qu'une VAD chez une PAD.

Dans le présent travail, le critère « durée de l'acte » a été noté 5,4/10 par les MG intervenant en EHPAD et 3,8/10 par ceux qui ne s'y rendaient pas, avec une différence significative ($p=0,020$). De nombreux participants parlaient de visites chronophages dans les commentaires libres, et expliquaient la longue démarche de la visite en EHPAD : il faut trouver l'infirmière pour avoir des transmissions, trouver le

patient, l'amener dans sa chambre, l'examiner, faire des transmissions à l'infirmière, faire les prescriptions et laisser une trace écrite dans le dossier informatisé. Les médecins aimeraient compter davantage sur l'aide d'une infirmière pour les accompagner au lit du patient facilitant ainsi l'examen clinique, et la coordination pour le suivi du patient.

➤ Le temps de trajet

Il faut également compter le temps de trajet. Dans la présente étude, les médecins ont fait en moyenne 4,3 km pour se rendre dans un EHPAD. Dans l'étude, **plus de 60% des MG se limitaient à moins de 5 km**. Les MG intervenant en EHPAD ont noté le critère « temps de trajet » 5,8/10 contre 4,2/10 pour les MG n'intervenant pas en EHPAD ($p=0,027$).

➤ La rupture de l'emploi du temps

Le fait de se rendre en EHPAD, parfois en urgence peut créer une rupture dans la journée et perturber le fil des consultations. Ceci constitue une perte de temps et peut perturber l'organisation du médecin. Les médecins n'intervenant pas en EHPAD ont noté plus sévèrement ce critère : 3,3/10 contre 4,5/10 pour ceux qui s'y rendent ($p=0,040$).

Les notions de durée de l'acte, de temps de trajet et de rupture dans l'emploi du temps apparaissent comme des critères décisifs dans le choix de réaliser ou non des visites en EHPAD.

ii. La rémunération de la visite en EHPAD

Des MG interrogés par Anne Laure Dufour avaient estimé que la rémunération n'était pas suffisante mais ne semblait pas être un frein à leur réalisation. Une revalorisation n'était pas apparue comme une solution pour les inciter à en faire davantage mais pourrait contribuer à ce qu'ils se sentent mieux reconnus dans l'exercice de leur profession. (22)

Dans la présente étude, les médecins participants ont attribué une note moyenne de 5,2/10 concernant la satisfaction liée à la rémunération. C'était un des critères les moins bien notés. Cependant il n'a pas été mis en évidence de différence significative de notation sur ce critère entre les deux groupes, **ce qui signifie que ça n'est pas un critère décisif sur le fait de se rendre ou non en EHPAD.**

Certains EHPAD proposent une rémunération au forfait pour les MG suivant des patients institutionnalisés. Le forfait annuel s'élève à 384€ soit 32€ par résident et par mois. Ce forfait correspond presque à la rémunération actuelle pour une VAD mensuelle. Mais il ne prévoit pas les visites pour une pathologie aiguë ou en urgence, qui peuvent vite augmenter le temps passé auprès du résident et peuvent nécessiter une réévaluation. Cette estimation ne prend pas en compte le temps passé avec la famille et les équipes soignantes. Les MT habitués jusqu'à présent à être payés à l'acte vont-ils accepter une rémunération forfaitaire, au risque d'être perdants s'ils se déplacent plus d'une douzaine de fois par an ? (14)

Un projet de contrat national type pourrait solutionner quelques-unes de ces problématiques afin de rémunérer à sa juste valeur le temps passé par les médecins

pour un suivi médical de qualité, un bon relationnel avec l'équipe soignante et la participation aux réunions de l'établissement. (27)

iii. L'accès au dossier du patient

Le critère « accès au dossier et informatisation » a été très mal noté par les participants lors de l'enquête avec une différence significative entre les 2 groupes (5,5/10 pour les MG intervenant en EHPAD et 3,9/10 pour ceux qui ne s'y rendent pas, $p=0,009$). **C'est un aspect qui apparaît comme très contraignant pour les médecins lors de leur intervention en EHPAD, et qui semble être un élément décisif dans le choix d'intervenir ou non en EHPAD.**

D'autres travaux avaient pu évoquer la possibilité de la création d'un dossier médical standardisé informatisé, à installer dans tous les EHPAD. Cette uniformisation faciliterait la tâche des MG qui interviennent dans plusieurs EHPAD, en leur évitant de devoir travailler sur divers logiciels. (27)

Aujourd'hui, certains logiciels médicaux sont consultables sur internet ce qui permet aux médecins de disposer du dossier médical en visite sur smartphone ou tablette. Plusieurs médecins interrogés dans la thèse d'Anne-Laure Dufour s'étaient dit intéressés par cette possibilité. Mais pour ceux qui l'avaient testé, ils s'étaient parfois heurtés à un problème de connexion internet, de synchronisation des données, ou du coût financier pour s'équiper.(22)

iv. L'aspect relationnel avec le patient

L'aspect relationnel avec le patient est particulier en EHPAD. La relation médecin patient est parfois forte, de par l'ancienneté du suivi du patient qu'il a vu vieillir et devenir dépendant jusqu'à son institutionnalisation. **Cet aspect a été particulièrement apprécié par les médecins**, non seulement par ceux qui intervenaient en EHPAD mais aussi par le groupe de MG qui ne s'y rendaient pas qui attribuait d'ailleurs à ce critère la meilleure note, sans différence significative entre les 2 groupes.

L'aspect gériatrique poly pathologique a été l'un des critères les mieux notés dans les 2 groupes également.

Ces critères n'apparaissent donc pas comme des éléments décisifs dans le fait d'intervenir ou non en EHPAD.

v. L'aspect relationnel avec le personnel de l'établissement et le médecin coordonnateur

Le relationnel avec le personnel a été apprécié par le groupe des MG qui n'intervenaient pas en EHPAD (6,1/10), mais pas autant que dans le groupe de MG intervenant en EHPAD (7,3/10) ($p=0,045$). **Même s'il n'a pas été sévèrement noté il pourrait être un critère décisif dans leur choix d'intervenir en EHPAD.** Plusieurs MG répondants ont évoqué un personnel débordé et aimeraient qu'il soit plus disponible pour les accompagner au lit du patient.

L'aspect relationnel avec le médecin coordonnateur a été plus sévèrement noté autour de 5,5/10 pour les 2 groupes. Dans les commentaires libres, les participants

ont été plusieurs à exprimer le fait qu'ils ne voyaient jamais le médecin coordonnateur, souvent à temps partiel, et que le manque de coordination pénalisait le patient.

Le manque de coordination a justement été noté 5,6/10 pour les MG d'EHPAD contre 4,6/10 chez les non intervenants ($p=0,022$). **Ce critère semble rendre réticents les MG à se déplacer en EHPAD.**

vi. Motifs de demandes de visites

Les MG n'intervenant pas en EHPAD ont jugé plus sévèrement ce critère (4,4/10 contre 5,9/10 pour ceux intervenant en EHPAD $p=0,006$). **Ce critère apparaît alors comme décisif dans le choix d'intervenir ou non en EHPAD.**

Une enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux en 2002 par le DREES avait établi que parmi toutes les demandes de visites hors renouvellement de traitement, seules 24% étaient jugées urgentes. (19)

Au total, l'étude a montré que ce n'est pas le fait de la prise en charge des PA poly pathologiques qui semblait freiner les MG à intervenir en EHPAD mais plutôt les conditions matérielles et organisationnelles liées à l'intervention dans les EHPAD.

4. Les solutions d'avenir

Deux des médecins interrogés ont déclaré qu'ils intervenaient en EHPAD mais ont récemment décidé de ne plus s'y rendre. Ces cas ne doivent pas être isolés, d'où l'inquiétude vis-à-vis de la prise en charge future des patients en institution.

Dans la thèse d'Elodie Gautier, certains médecins avaient exprimé leurs inquiétudes pour l'avenir des visites face au choix de quelques-uns de leurs confrères à les refuser. Ils s'étaient interrogés sur ce changement de pratique des nouvelles générations et leur éthique. (26)

Dans la présente étude, de manière significative, il y a eu une divergence d'avis concernant l'avenir de la prise en charge des PA vivant en institution. Parmi les MG qui n'intervenaient pas en EHPAD, 70% ont estimé que les visites en EHPAD devaient être réalisées par des MG soignants salariés de l'EHPAD. Parmi les MG qui se déplaçaient en EHPAD, 51 % ont souhaité conserver ce fonctionnement traditionnel, alors que 41% ont semblé être favorables à l'idée d'avoir recours à un médecin salarié. **Au total tous médecins confondus, l'idée d'un médecin salarié de l'établissement l'a emporté de peu par rapport aux visites habituelles par les MT (46,6% contre 43,7%).**

Peu de MG ont évoqué la possibilité que ce soit le médecin coordonnateur qui soit responsable des soins car l'activité administrative d'un médecin coordonnateur est bien différente de l'activité soignante d'un MG.

Aucun des participants n'a évoqué comme alternative la télémédecine, les équipes de SOS médecin, ou encore le recours à une application numérique.

a. Le MG soignant salarié en EHPAD

Le temps moyen passé par un MG intervenant en EHPAD est de 32 minutes par visite et par résident, soit un peu plus de 7h par an et par résident. Il faut y ajouter le temps non clinique comme la participation aux réunions de coordination gériatrique, et le temps consacré aux familles des résidents. Au total, le temps passé est de 9h par an et par résident, soit 900 heures pour un EHPAD de 100 lits, ce qui équivaut à 0,55 équivalent temps plein pour un médecin salarié à 35h.(14)

La limite principale de ce mode de fonctionnement est le non-respect du libre choix de son médecin par le patient.

b. SOS médecin

SOS médecin réalise plus de 2,5 millions de VAD et de consultations par an en France. C'est un recours d'utilité sociale notamment dans la prise en charge grâce aux VAD des PA. Ils n'ont pas pour rôle de supplanter le MT mais sont un recours lorsque le médecin est indisponible.(31)

Une autorisation a été donnée aux médecins de SOS médecin de l'Yonne à titre d'expérimentation de devenir une « structure collective traitante » afin de prendre en charge les PA, sans profiter du forfait annuel MT. Ceci avait pour but de palier aux besoins des PA, qui ne se soignaient plus faute de MT. (32)

Ce système paraît être une bonne alternative lorsque l'emploi du temps des MG est surchargé ou lorsque les zones d'intervention sont sous-dotées.

c. Docadom – Medadom

Depuis avril 2017, un service permet de mettre en relation des patients et des MG qui se déplacent à domicile de 6h à minuit, 7 jours sur 7, par un système de géo localisation via une application mobile. Ce service s'est développé à Paris dans le XVIII^e arrondissement puis étendu à tous les arrondissements et a pour projet de servir l'Île de France. Ce service est une offre de soins innovante et complémentaire pour des soins non programmés et un recours pour les patients dans les déserts médicaux. Mais le Pr Serge Gilberg, généraliste à Paris, voit d'un mauvais œil ce service qu'il qualifie de commercial. Il craint que les remplaçants soient nombreux à postuler et qu'ils ne soient pas assez expérimentés pour gérer ces visites. Enfin, il affirme que ce service va à l'encontre des besoins de santé publique à l'heure où il faut encourager à l'installation. Aux Etats Unis, des sites internet existent déjà comme Heal, Pager ou Curbside Car. (33)(34)(35)

d. La télé-médecine

La téléconsultation apparaît comme une solution alternative pour améliorer l'accès aux soins et palier aux inégalités territoriales. (36)

La télé-médecine avait déjà montré son efficacité dans un EHPAD à Toulouse lors d'une étude rétrospective parue en juin 2014. Sur 28 consultations, 18 concernaient des déments sévères. La plupart concernait des troubles moteurs, des pathologies neurologiques ou encore de la dermatologie. Au total, 16 séances étaient en fait de la télé-expertise avec un médecin spécialiste. (37)

Le projet TELEGERIA a été mis en place à Paris et en province. Il s'agit d'un dispositif permettant de mettre en relation les patients d'une maison de retraite avec

des spécialistes hospitaliers ou libéraux, pour éviter les transferts et diminuer les hospitalisations. (38)

e. La Consult Station

La Consult Station a été créée par l'entreprise française H4D. Cette cabine est équipée d'outils permettant la prise de mesures avec tensiomètre, balance, toise, thermomètre, électrocardiogramme, oxymètre, audiogramme tonal, dermatoscope, otoscope, stéthoscope, tests visuels et auditifs ainsi qu'un glucomètre. Ces cabines de consultations peuvent servir à réaliser une consultation classique : l'interrogatoire a lieu, puis le médecin guide le patient afin de prendre toutes les mesures nécessaires au diagnostic et délivre enfin une ordonnance si besoin, directement imprimée dans la cabine. La cabine est également capable de réaliser un bilan de santé en guidant l'utilisateur en cabine. Le compte rendu sera envoyé au MT.(39)

Ces cabines de consultations ont été testées dans une résidence sénior du groupe Sairenor en Bourgogne en 2014. Les résidents ont vite compris le fonctionnement de la machine. Ces cabines de consultation peuvent assurer des missions de prévention, de dépistage et de suivi médical à distance.(40)

La téléconsultation ou le procédé de la cabine de consultation autonome ont un bel avenir en gériatrie et pourraient être une alternative aux visites en EHPAD. L'infirmière de l'EHPAD assisterait le patient pour le recueil d'informations à l'interrogatoire et le recueil des éléments cliniques. Les avantages sont la diminution des déplacements du patient et les risques associés, et la diminution des déplacements des médecins surchargés. Les freins sont les besoins d'équipements techniques, les financements, la restructuration des établissements, l'obtention du

consentement éclairé du patient, la traçabilité de la responsabilité du médecin et la disponibilité d'un personnel infirmier dédié.

Il faudrait également convaincre les MG qui restent encore réticents à cette pratique, d'après l'étude de Maxime Durupt. Les médecins ont justifié leur opposition par l'altération de la relation médecin-patient, la perte de l'examen physique, la perte d'informations non verbales, et la perte de la vision globale du patient. Ils seraient plus favorables à la télé expertise dans des domaines qui s'y prêtent bien comme la dermatologie ou la neurologie. (41)

VII. CONCLUSION

Les visites aux PA institutionnalisées en EHPAD sont indispensables et indissociables de l'exercice de la médecine générale, compte tenu d'une population vieillissante et plus dépendante. Or, de plus en plus de médecins y semblent réticents. L'aspect relationnel avec le patient auquel ils sont attachés pourrait compenser les difficultés organisationnelles et matérielles liées à cette visite en EHPAD. Ce travail a aussi eu pour but de mener une réflexion sur l'avenir des visites en EHPAD. Si les médecins deviennent de plus en plus réticents à y intervenir, qui sera amené à soigner les résidents d'EHPAD ? Vaste débat qui dépasse les objectifs principaux de ce travail et qui mériterait d'être développé.

VIII. REFERENCES

1. Dossier complet – Région des Hauts-de-France | Insee [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32#chiffre-cle-1>
2. Fondation Médéric Alzheimer. Données Régionales l'Observatoire - Hauts de France. 2015.
3. Muller M. 728 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015 [Internet]. DREES; 2017. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
4. Buisson G, Blanpain N. Projections de population à l'horizon 2070. INSEE - Division Enquêtes et études démographiques. nov 2016;(N°1619).
5. Dicom J. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/les-chiffres-cles>
6. Dicom J. Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/accompagner-les-personnes-agees-dans-leur-parcours-de-vie>
7. Dr Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2017 janv [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
8. Anguis M, Bachelet M. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et souvent plus salariée. DREES [Internet]. mai 2017;(1011). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
9. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé [Internet]. IRDES; 2013 avr. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>
10. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins [Internet]. JORF, texte n° 23 août 30, 2002 p. 14424. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000414131&categorieLien=cid>
11. Améli. Données statistiques sur l'activité et prescriptions des médecins par département en 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/activite-des-medecins.php>
12. Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelievre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes

vivant à domicile. DREES [Internet]. févr 2014;(869). Disponible sur:
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>

13. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
14. Hansen J-C, Rigaud A-S, Reingewirtz S, Malbec J-C, Quérol F, Lachcar J, et al. Le Temps Moyen Pondéré comme outil d'évaluation du temps clinique passé par le médecin traitant en EHPAD. Rev Gériatrie. 2014;14.
15. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé [Internet]. DREES; 2016. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016_mel_301117.pdf
16. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue Française des Affaires Sociales [Internet]. 2005;(1). Disponible sur:
https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_A093D54CE769.P001/REF
17. ISNAR IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. 2013; Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
18. Prévot J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. août 2009;(699). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er699.pdf>
19. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. DREES. juin 2004;(315).
20. Mousset A. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire. URPS Pays de la Loire; 2014.
21. Coseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
22. Dufour A-L. La visite à domicile: encore d'actualité? : étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes [Internet]. [Lyon, France]; 2017. Disponible sur:
<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=221476970>
23. Kham A-M. Les visites à domicile: quelle place dans l'organisation des soins de demain? Perception des internes en médecine générale et des patients picards. :135.
24. Vialtel S-E. La visite à domicile: perception des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir [Internet]. 2012. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIALTEL_SABINE_ELOISE.pdf

25. Bigot Mora A. S'y rendre ou non? Facteurs d'influence des visites à domicile: Etude qualitative basée sur 30 entretiens de médecins généralistes du Maine et Loire [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20076392/2013MCEM1116/fichier/1116F.pdf>
26. Gautier E. La visite à domicile en médecine générale: opinion de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus groupe. [Internet]. [Nantes]; 2012. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjoxsawzJ_fAhUkyoUKHfejBFQQFjAAegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2Fc9d77d0c-bafb-4e9f-ad3f-38c93a678185&usq=AOvVaw3_FVFGs_k4sZUZ1L43wUbT
27. Veuillette I, Soungui Ntari E, Richard D, Manckoundia P. Implication des médecins généralistes libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Rev Gériatrie. mai 2013;38(5):341.
28. Ameli. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé libéraux [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/mode-d-exercice.php>
29. Aulagnier O, Paraponaris S-S, Ventelou V. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. :8.
30. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES [Internet]. avr 2006;(481). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2006/481/er481.pdf>
31. Guerin P. SOS Médecins France - La place de SOS Médecins dans la permanence de soins [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/professionnels/activite/35-la-place-de-sos-medecins-dans-la-permanence-de-soins>
32. De Souza P. Un statut innovant et expérimental pour SOS Médecins Sens [Internet]. Disponible sur: https://www.lyonne.fr/sens/vie-pratique-consommation/2015/02/04/un-statut-innovant-et-experimental-pour-sos-medecins-sens_11316215.html
33. Société Française de Médecine d'Urgence. Consultation à domicile: La start-up Docadom lance une plateforme de mise en relation patients-médecins. 02 2017; Disponible sur: http://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/consultation-a-domicile-la-start-up-docadom-lance-une-plateforme-de-mise-en-relation-patients-medecins/new_id/59597
34. Docadom : Une consultation de médecin généraliste chez vous aujourd'hui [Internet]. docadom. Disponible sur: <https://www.docadom.fr/>
35. Lecrubier A. Visites à domicile : que penser des nouveaux services « d'Uber médecine » comme Docadom ? Medscape [Internet]. 2 mai 2018; Disponible sur: <http://français.medscape.com/viewarticle/3604092>

36. Ministère des Solidarités et de la Santé. La télémédecine [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
37. Bismuth S, Remande A, Découard P, Boyer P, Chicoulaa B, Hein C, et al. Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD. *Rech Eur En Télémédecine*. 1 juin 2014;3(2):77-83.
38. Baracat E, De Carpentier F. Evaluation d'un dispositif de télémédecine. *TELEGERIA : Les Nouvelles Technologies au service des Personnes Agées* [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://docplayer.fr/1631482-Evaluation-d-un-dispositif-de-telemedecine.html>
39. H4D – La solution globale de télémédecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.h-4-d.com/>
40. Bohineust A. La première cabine de télémédecine est installée en France [Internet]. *Figaro*. 2014. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/societes/2014/01/21/20005-20140121ARTFIG00211-la-premiere-cabine-de-telemedecine-est-installee-en-france.php>
41. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin JM. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Santé Publique*. avr 2016;28:487-497.

IX. ANNEXES

1. La Grille AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation : []

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
- B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
- C : ne fait pas.

A _____, le _____
Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

2. Le questionnaire

Bonjour Mesdames, Bonjour Messieurs,
Chers Collègues,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je me permets de vous solliciter pour répondre à ce questionnaire.

Mon travail de recherche porte sur l'accompagnement des patients dans leur parcours de soins au sein d'EHPAD par les médecins généralistes des Hauts-de-France.

La première partie vous concerne tous, la deuxième concerne les médecins intervenant en EHPAD, la troisième ceux qui n'interviennent pas en EHPAD.

Ce questionnaire anonyme, qui comporte des questions courtes uniquement, ne vous prendra que quelques minutes.

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse.
Bonne continuation.

Hélène Vilquin

PARTIE 1 : PROFIL ET ACTIVITE MEDICALE

- Quel âge avez-vous ? ans
- Vous êtes : Une femme Un homme
- Depuis combien d'années êtes-vous installé ? ans
- Vous exercez en zone : Rurale Urbaine (zone urbaine = commune ou ensemble de communes comptant au moins 2 000 habitants)
- A quel secteur conventionnel appartenez-vous ?
 Conventionné secteur 1 Conventionné secteur 2 Non conventionné
- Vous exercez :
 Seul En groupe En groupe avec exercice coordonné
ex : maison de santé pluri-professionnelle, pôle de santé)
- Votre activité est :
 Libérale Salariée publique Salariée privée
 Mixte : Libérale et salariée publique Mixte : Libérale et salariée privée
- Participez-vous personnellement à la permanence des soins ?
 Non
 Oui, en tant que:
 Médecin régulateur En maison médicale de garde En cabinet ou en visite sur un secteur défini

Votre formation

- Êtes-vous Maître de Stage Universitaire ? Non Oui
- Combien de demi-journées avez-vous accordé à une Formation Médicale Continue au cours des 12 derniers mois ?
- Combien de demi-journées avez-vous accordé à un groupe d'échange de pratiques ou groupe de pairs au cours des 12 derniers mois ?
- Avez-vous une formation complémentaire (DU, DIU, DESC ou MEP) ? Non Oui
- Si oui, laquelle(s) :
 - Gérontologie Ostéopathie Acupuncture Homéopathie
 - Addictologie Soins palliatifs Mésothérapie Allergologie
 - Angiologie Nutrition Gynécologie Pédiatrie
 - Diabétologie Douleur Médecine d'urgence Médecine du sport
 - Autre, précisez:
- Avez-vous une formation de médecin coordonnateur d'EHPAD ?
 - Non
 - Oui, de combien d'EHPAD êtes-vous le médecin coordonnateur ?
combien de demi-journées y accordez-vous en moyenne par semaine ?

Votre activité

- Nombre de patient dont vous êtes déclaré comme médecin traitant ?
- Comment décriez-vous votre patientèle ? Orientation Gériatrique Pédiatrique
 Gynécologique Mixte
- Combien de consultations au cabinet pratiquez-vous sur une semaine type ?
- Combien de visites pratiquez-vous sur une semaine type ?
- Quel est votre temps de travail hebdomadaire moyen en heures ?
- (merci de répondre par un nombre entier)
- Réalisez-vous des visites en EHPAD ? Oui (si vous cochez cette case, passez à la partie 2)
 NON (si vous cochez cette case, passez directement à la partie 3)

PARTIE 2 : VOUS REALISEZ DES VISITES EN EHPAD

- Depuis combien d'années intervenez-vous dans les EHPAD ?
- Dans combien d'EHPAD intervenez-vous ?
- Combien de patients résidents d'EHPAD suivez-vous ?
- Quand vous vous déplacez, combien de patients en moyenne voyez-vous dans une même EHPAD ?
.....
- Quelle est la distance moyenne entre votre cabinet et les EHPAD visité(s) ?
- (merci de répondre par un nombre entier)
- Pour une visite en EHPAD, attribuez à ces critères une note exprimant votre ressenti de 1 à 10 :
(1= très contraignant ; 10 = très agréable)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aspect gériatrique, poly-pathologique										
Aspect relationnel avec le patient										
Aspect relationnel avec le personnel										
Aspect relationnel avec le coordonnateur de l'EHPAD										
Conditions matérielles (matériel à disposition, installation, espace, éclairage)										
Coordination au sein des EHPAD										
Durée de l'acte										
Accès / Informatisation du dossier										
Motifs de demande de visite										
Rémunération										
Rupture dans l'emploi du temps										
Suivi du patient										
Temps de trajet										
Satisfaction globale des conditions de travail en EHPAD										

- Selon vous, par qui devrait-être assuré l'accompagnement du patient dans le cadre de son parcours de soin en EHPAD ? (1 seule réponse possible)
- Médecin traitant ou son interne en médecine générale Médecin coordonnateur
- Médecin généraliste salarié dans l'EHPAD Téléconsultation
- Application numérique mettant en relation des médecins généralistes et des patients pour des visites uniquement 24h/24 par un système de géolocalisation (ex : Docadom ou Medadom)
- SOS médecin Autre intervenant, précisez :

* Passez à la partie 4

PARTIE 3 : VOUS NE REALISEZ PAS DE VISITES EN EHPAD

- Vous ne réalisez pas de visites en EHPAD car :

- Vous n'avez pas de patient institutionnalisé en EHPAD
- Vous n'avez pas d'EHPAD à proximité de votre cabinet
- Vous avez des patients en EHPAD ou des EHPAD à proximité, mais ne désirez pas vous y rendre

- Afin de comprendre les raisons qui vous freinent à réaliser des visites en EHPAD, attribuez à ces critères une note exprimant votre ressenti de 1 à 10 :

(1= très contraignant ; 10 = très agréable)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aspect gériatrique, poly-pathologique										
Aspect relationnel avec le patient										
Aspect relationnel avec le personnel										
Aspect relationnel avec le coordonnateur de l'EHPAD										
Conditions matérielles (<i>matériel à disposition, installation, espace, éclairage</i>)										
Coordination au sein des EHPAD										
Durée de l'acte										
Accès / Informatisation du dossier										
Motifs de demande de visite										
Rémunération										
Rupture dans l'emploi du temps										
Suivi du patient										
Temps de trajet										

- Selon vous, par qui devrait-être assuré l'accompagnement du patient dans le cadre de son parcours de soin en EHPAD ? (1 seule réponse possible)

- Médecin traitant ou son interne en médecine générale
- Médecin coordonnateur
- Médecin généraliste salarié dans l'EHPAD
- Téléconsultation
- Application numérique mettant en relation des médecins généralistes et des patients pour des visites uniquement 24h/24 par un système de géolocalisation (ex : Docadom ou Medadom)
- SOS médecin
- Autre intervenant, précisez :

Passez à la partie 4

PARTIE 4 : COMMENTAIRES LIBRES

Merci de votre participation

Hélène Vilquin

AUTEUR : VILQUIN Hélène

Date de Soutenance : 20 juin 2019

Titre de la Thèse : Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : EHPAD - personne âgée - médecin généraliste - visite à domicile

Contexte : La population de personnes âgées de 75 ans et plus ne fait que s'accroître. Ces patients sont de plus en plus dépendants. 10% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les demandes d'institutionnalisation ne vont cesser d'augmenter. Pour les médecins généralistes (MG), la visite en EHPAD a quelques particularités : chronophage, examen clinique de moindre qualité, accès difficile au dossier médical. L'objectif principal était de décrire les caractéristiques des MG intervenant dans le parcours de soin des patients en EHPAD des Hauts-de-France (HdeF) et de les comparer à ceux qui n'y intervenaient pas.

Méthode : Etude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale. L'échantillon a été constitué par des MG libéraux installés dans les HdeF, tirés au sort. Les questionnaires anonymes ont été envoyés à 500 MG. Le recueil de données a eu lieu de novembre 2018 à janvier 2019. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse quantitative. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha à 5%.

Résultats : Sur les 500 questionnaires envoyés, 103 ont été analysés. 8 médecins sur 10 réalisaient des visites en EHPAD. Les deux groupes MG intervenant en EHPAD et MG n'y intervenant pas n'étaient statistiquement différents que sur le critère « temps consacré aux Groupes d'Echange de Pratiques » où les MG intervenant en EHPAD passent 4 fois plus de temps ($p=0,001$). Les MG qui intervenaient en EHPAD étaient installés depuis plus longtemps (20 ans contre 16), exerçaient davantage en milieu urbain (83% contre 70%), consultaient une patientèle plus âgée, et avaient plus de formations complémentaires (18% en gériatrie) comparé aux MG ne soignant pas en EHPAD. Concernant leur activité en EHPAD, ils suivaient 11 patients en moyenne dans 2 à 3 EHPAD, et faisaient moins de 5 km de trajet pour plus de 60% d'entre eux. 6 des 13 critères relatifs aux visites en EHPAD étaient notés plus sévèrement et de manière statistiquement significative par les MG n'y intervenant pas. Il s'agissait des critères organisationnels qui apparaissent alors comme décisifs dans le choix de soigner des patients en EHPAD ou non.

Conclusion : Ce travail a aussi pour but de mener une réflexion sur l'avenir des visites en EHPAD, devant la réticence de certains MG à y soigner des patients.

Composition du Jury :

Président : Pr Luc DEFEBVRE

Assesseurs : Pr François PUISIEUX, Dr Marc BAYEN

Directeur de Thèse : Pr Jean-Marc LEFEBVRE