



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Identification des facteurs influençant l'attrait des visites à domicile
par les médecins généralistes dans les Hauts-de-France.**

**Comment augmenter le nombre de personnes dépendantes prises
en charge par un médecin généraliste à domicile ?**

Présentée et soutenue publiquement le 8/06/2023 à 18h00
au Pôle Formation
par **Caroline MICHALSKI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE

RÉSUMÉ:

Contexte : La Visite à domicile se définit par le déplacement du médecin généraliste qui se rend, pour la consultation, au domicile ou établissement de vie du patient. En 2001, la France était le pays européen qui réalisait le plus de VAD. Mais l'état des lieux de cette pratique montre que la fréquence des VAD décline ce qui engendre un véritable problème de santé publique.

Méthode : Cette étude a utilisé une méthode inspirée de la méthode DELPHI qui est un outil standard d'enquête utilisant un processus itératif.

Résultats : L'étude montre que le nombre de visites à domicile par semaine diffère selon les praticiens ainsi que le temps passé par visite à domicile. L'avis des médecins est partagé sur la question de déléguer certaines visites à des auxiliaires. L'idée globale est que les personnes âgées à domicile en perte d'autonomie restent des êtres humains qui méritent du lien humain et social permanent.

La majorité des médecins pense qu'augmenter le coût de la VAD, ainsi que mettre en place un service de transport afin de déposer les patients dépendants au cabinet, les inciteraient à augmenter leur nombre de visites.

Pour augmenter la disponibilité, la plus grande partie des médecins veut amplifier les aides personnelles autour d'une visite trimestrielle et diminuer l'administratif ainsi que les renouvellements d'ordonnances.

Discussion : L'avenir de la visite à domicile questionne. De nombreuses thèses existent déjà et font l'état des lieux de ce déclin même si cette tendance semble stagner. Il apparaît qu'il existe un seuil minimum de visites à domicile, en deçà duquel il semble difficile de descendre.

Les études existantes montrent les différents freins à la visite à domicile (les coûts, les risques, la confidentialité, les barrières linguistiques et culturelles) et aussi les avantages (la satisfaction personnelle pour le praticien, l'accès aux soins, l'observation de l'environnement du patient, la prise en compte de la dimension sociale, l'identification des besoins spécifiques).

Conclusion : L'avenir de la visite à domicile par les médecins généralistes dépendra de nombreux facteurs. Bien qu'il soit possible que la pratique diminue à l'avenir, il est également possible que la demande augmente ou que des services de visite à domicile spécialisés se développent. Les avancées technologiques et les réglementations futures auront un impact sur la pratique.

ABSTRACT :

The home visit is defined as a visit by a general practitioner to the patient's home or living facility for a consultation.

In 2001, France was the European country with the most home visits. However, the current state of this practice shows that the frequency of home visit is declining, which creates a real public health problem.

This study used a method inspired by the DELPHI method which is a standard survey tool using an iterative process.

The study showed that the number of home visits per week differed among physicians as did the time spent per home visit. Physicians were divided on the issue of delegating some visits to attendants. The overall idea is that the elderly at home who are losing their autonomy are still human beings who deserve permanent human and social contact.

The majority of physicians believe that increasing the cost of home visit, as well as providing transportation to drop off dependent patients at the office, would encourage them to increase their number of visits.

To increase availability, most physicians want to increase personal assistance around a quarterly visit and decrease administration and prescription refills.

The future of the home visit raises questions. Numerous theses already exist and take stock of this decline, even if this trend seems to be stagnating. It appears that there is a minimum threshold of home visits, below which it seems difficult to go.

The previous studies show the various obstacles to home visits (costs, risks, confidentiality, language and cultural barriers) and also the advantages (personal satisfaction for the practitioner, access to care, observation of the patient's environment, consideration of the social dimension, identification of specific needs).

The future of the home visit by general practitioners will depend on many factors.

Although it is possible that the practice will decrease in the future, it is also possible that demand will increase or that specialized home visiting services will develop.

Future technological advances and regulations will impact the practice.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS :	6
INTRODUCTION :	7
1) Démographie de la population française : (3)	7
2) Démographie des médecins généralistes en France :	7
3) État des lieux des visites à domicile.	8
METHODE :	9
1) Accords préalables à l'étude	9
2) Les différentes étapes :	9
3) Question de recherche :	9
RESULTATS :	10
1) Questionnaire 1 : Annexe 2.	10
2) Questionnaire 2 : Annexe 3.	12
3) Questionnaire 3 : Annexe 4.	13
DISCUSSION :	14
1) Force de l'étude (6)	14
2) Limite de l'étude (7).	14
3) État des lieux de la pratique professionnelle.	14
4) Quels sont les freins dans la littérature à la visite à domicile (12).	16
1) Les coûts	16
2) Les risques	16
3) La confidentialité	17
4) Les barrières linguistiques et culturelles	17
5) Les apports de la visite à domicile	17
1) Satisfaction personnelle pour le praticien	17
2) Accès aux soins :	18
3) Observation de l'environnement du patient :	18
4) Prise en compte de la dimension sociale :	18

5) Identification des besoins spécifiques :.....	19
6) Prescription de transport en médecine générale.....	19
7) Quel avenir pour la visite à domicile ?.....	19
CONCLUSION	21
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	22
ANNEXES :	24

LISTE DES ABREVIATIONS :

AcBUS = Accord du bon usage des soins

ALD = Affection longue durée

BT = Bon de transport

CPP = Comité de protection des personnes

CPTS = Communauté professionnelle territoriale de santé

CNIL = Commission nationale de l'informatique et des libertés

DAC = Dispositifs d'appui à la coordination

IPA = Infirmière en pratique avancée

MG = Médecin généraliste

MSP = Maison de santé pluridisciplinaire

NAC = Nouveaux animaux de compagnie

PA = Personne âgée

VAD = Visite à domicile

INTRODUCTION :

La médecine générale est reconnue comme une spécialité médicale au même titre que les autres spécialités médicales depuis la loi de modernisation sociale de janvier 2004.

Elle permet la coordination des intervenants dans la prise en charge optimale d'un patient. Les deux principaux versants sont la consultation au cabinet et les visites à domicile (et accessoirement la téléconsultation).

La VAD se définit par le déplacement du MG qui se rend, pour la consultation, au domicile ou établissement de vie du patient.

La fréquence des VAD décline depuis quelques années.

En 2001, la France était le pays européen qui réalisait le plus de VAD. Mais le nombre de ces visites est passé de 77 millions en 2000 à 22 millions en 2016. (1)

Cela engendre une véritable problématique concernant les patients vulnérables voir dépendants, et pose un réel problème de santé publique. Cela augmente les consultations d'urgence demandées par les patients, les aidants, les parents ou les enfants ce qui délègue cette pratique aux services d'urgence, SOS ou SAMU qui sont déjà surchargés. (2)

1) Démographie de la population française : (3)

L'INSEE déclare au 1^{er} janvier 2022, que la France compte 67,8M d'habitants. Ce qui peut expliquer que le nombre de patients dépendants augmente c'est que la population continue de vieillir avec l'avancée en âge des baby-boomers.

Au 1^{er} janvier 2022 :

- 21,0 % des Français ont 65 ans ou plus.
- 9,8 % ont 75 ans ou plus. Cette augmentation est significative en 2022 avec l'arrivée de la première génération du baby-boom dans cette tranche d'âge.

L'espérance de vie est de 78,4 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes. L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. Cette année-là, elle devrait être de 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes.

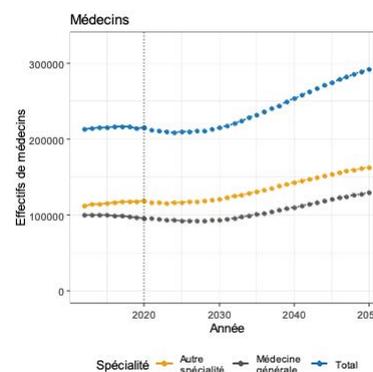
2) Démographie des médecins généralistes en France :

En 2019, on décomptait 101 355 médecins généralistes qui exerçaient en France. Une diminution est constatée en 2022, avec un effectif de 99 941 MG et une densité moyenne nationale de 148,5 MG pour 100 000 habitants.

Depuis 2012 le nombre de médecins généralistes a diminué de 5,6%. (4)

En 2021, l'âge moyen des MG français était de 51 ans. Ce chiffre est particulièrement élevé car les générations actuellement proches de la retraite viennent des numéros closus des années 1970-1980 (sensiblement identique à celui actuel), tandis que les générations suivantes ont connu des numéros closus plus bas (inférieurs à 4 000 dans les années 1990).

Une diminution temporaire des effectifs a commencé et va s'accroître.



3) État des lieux des visites à domicile.

Les personnes dépendantes sont principalement vues en visites à domicile. C'est donc une pratique essentielle aux soins ambulatoires et leur intérêt va s'accroître étant donné le vieillissement de la population.

Cette pratique était durant une longue période la part la plus importante des soins primaires.

En 2016, 22 millions de consultations à domicile représentaient 8,8% des actes de médecine générale et cette portion est en déclin.

METHODE :

Cette étude a utilisé une méthode inspirée de la méthode DELPHI (5) (annexe 1). C'est un outil standard d'enquête qui consiste en un processus itératif. Celle-ci permet une présentation anonyme d'un ensemble de jugements émanant de personnes informées. Cette méthode a la particularité de poser une série de questions à un cercle permanent d'experts plusieurs fois de suite.

1) Accords préalables à l'étude

Le recueil de données était strictement anonyme et n'engageait pas d'informations impliquant des personnes humaines.

L'étude n'a pas nécessité de demande préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ni du Comité de Protection des Personnes (CPP).

2) Les différentes étapes :

Dans un premier temps, le thème et la question de recherche concernant les visites à domicile ont été définis avec précision comme fil rouge de l'étude.

Dans un second temps un échantillon représentatif de médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais a été sélectionné de façon aléatoire.

Le contact a été effectué par courriel pour demander l'accord de participation à cette étude et de répondre au premier questionnaire.

Douze médecins généralistes ont été contactés pour permettre une marge de refus de 10 %, soit conserver au minimum dix médecins généralistes.

Les questionnaires ont été réalisés et diffusés via limesurvey®. Ils ont été envoyés par tours itératifs par courriel.

Le premier questionnaire a permis de faire la présentation des médecins généralistes, récupérer les réponses puis de traiter les résultats. Le même questionnaire servira de fil conducteur, il sera enrichi, à chaque tour, des résultats et commentaires générés par le tour précédent jusqu'à arriver à un consensus.

3) Question de recherche :

Le but de cette thèse est de réfléchir ensemble afin de trouver des solutions/alternatives pour prendre en charge un maximum de personnes dépendantes à domicile.

RESULTATS :

1) Questionnaire 1 : Annexe 2

Le premier questionnaire consistait à recueillir les caractéristiques des différents participants afin de leur proposer et demander des pistes pour que les VAD soient plus importantes.

Un panel de 10 médecins généralistes « experts » a accepté de répondre de façon successive aux questionnaires.

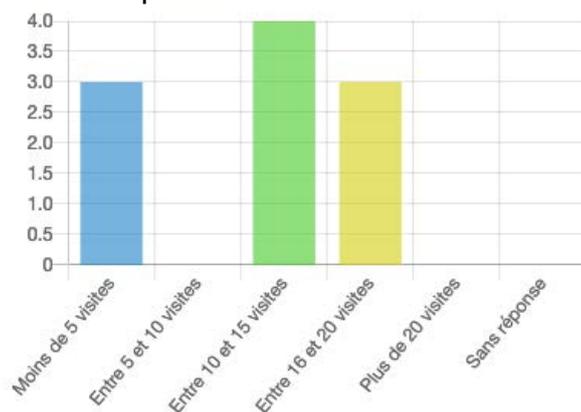
Il existe une équité parfaite entre les hommes et les femmes.

Quatre médecins exercent en milieu urbain, un médecin en milieu rural et cinq médecins en milieu semi-rural.

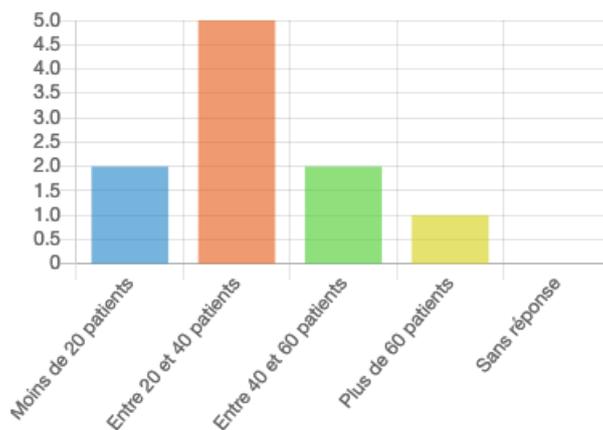
L'un des médecins précise qu'il travaille à mi-temps.

Un médecin a déclaré avoir moins de 30 ans, 5 médecins ont déclaré avoir entre 40 et 50 ans, 3 médecins ont déclaré avoir entre 50 et 60 ans et le dernier a déclaré avoir entre 60 et 70 ans.

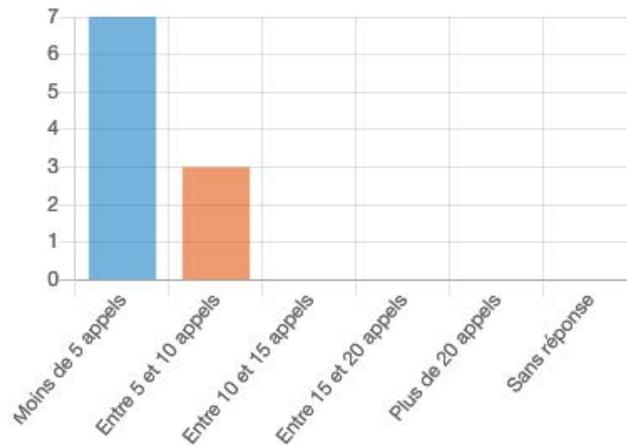
Le nombre de visites à domicile par semaine diffère selon les médecins :



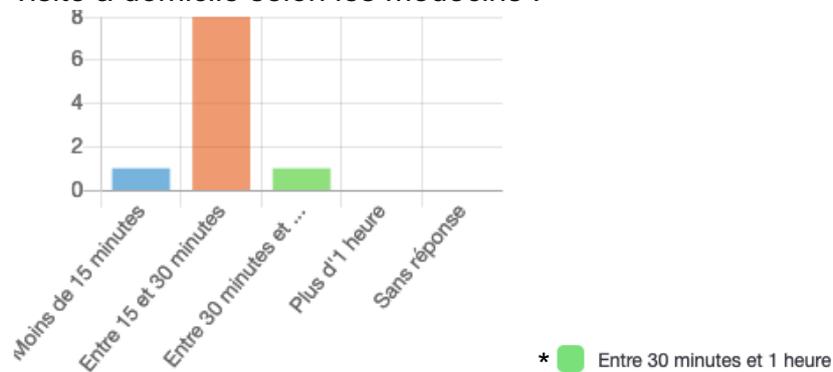
Le nombre de patients vu exclusivement en visite à domicile selon les médecins :



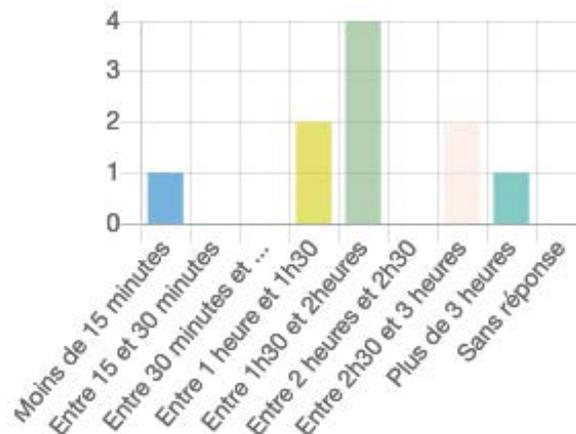
Le nombre d'appels par des patients pour des visites à domicile en urgence par semaine :



Le temps par visite à domicile selon les médecins :



Le temps passé sur la route par semaine estimé par les médecins pour effectuer des visites à domicile varie :



2 médecins sur 10 effectuent des visites pour la proximité avec le patient.
8 médecins sur 10 déclarent avoir une sensation d'obligation à faire des visites à domicile.

2) Questionnaire 2 : Annexe 3

La majorité des médecins généralistes ont affirmé utiliser la cotation visites longues et ont répondu que cela ne les incitait pas à en faire plus.

La totalité des MG font des visites pour des personnes âgées de plus de 80 ans. 7 médecins sur 10 en font pour des sorties d'hospitalisations et pour des adultes en EHPAD, enfin 6 médecins en font pour des adultes de 65 à 79 ans.
Aucun médecin ne fait de visite à domicile pour des enfants.

L'avis des médecins est partagé sur la question de déléguer certaines visites à des auxiliaires. La moitié des médecins pourrait déléguer notamment à des IPA ou des IDE Azalée, seuls 3 ne pourraient pas.

Un des médecins trouve que les IDE passent déjà plus souvent que le médecin à domicile.

Un autre pense que les visites sont trop complexes et poly pathologiques nécessitant de solides connaissances du patient.

Un des médecins propose de déléguer pour les sorties d'hospitalisations.

La plupart ne connaissent pas d'IPA.

La moitié des médecins fait des téléconsultations. Les médecins sont partagés par le fait de remplacer certaines visites à domicile par de la téléconsultation pour faciliter l'accès aux soins.

Cinq des médecins seraient pour essayer la téléconsultation selon le motif de consultation, 3 médecins sont vraiment opposés.

Différents arguments contre ont été rédigés comme le fait que pour les personnes âgées, le face à face est indispensable dans la rupture de l'isolement à domicile. Il est nécessaire également que le patient ait accès à l'outil informatique pour mettre cela en place.

Les personnes âgées à domicile en perte d'autonomie restent des êtres humains qui méritent du lien humain et social permanent.

Un médecin relate que « la téléconsultation n'améliore pas la qualité des soins et creuse même les inégalités sociales de santé ».

Deux médecins proposent de réaliser des téléconsultations assistées par IDE ou passage d'une IPA pour des maladies chroniques stables toujours en alternance avec des visites présentielles du médecin.

Instaurer cela serait possible si et seulement si une bonne communication interprofessionnelle est mise en place.

Les médecins ont fait des propositions comme augmenter les aides humaines, sécuriser les patients en s'aidant d'un ergothérapeute et favoriser le plus de passage possible au domicile (Kinesithérapeute, IDE).

Pour diminuer les passages du médecin généraliste, l'un des médecins propose d'augmenter le salaire des auxiliaires de vie, leur temps de présence auprès des personnes dépendantes et donner accès facilement aux soins à domicile ainsi qu'aux repas.

Il faudrait également impliquer autant que possible la famille.

Mettre en place un service permettant de prescrire des BT pour se rendre à la consultation au cabinet de médecine générale, comme lors de la consultation des autres spécialités.

L'un des médecins propose de recenser les personnes âgées de la commune pour mettre en place des appels téléphoniques ou des visites quotidiennes par un employé de la commune en lien avec une IDE dédiée, cette personne pourrait apprécier la situation médicale et appellerait le médecin traitant si nécessaire. Un autre médecin propose de continuer à faire les visites à domicile régulièrement mais en étant plus ambitieux sur la rémunération et en travaillant en coordination (MSP, CPTS, DAC). Diminuer les consultations inutiles et chronophages au cabinet serait une autre solution. Rendre plus visibles et accessibles les aides à domicile, développer et soutenir les auxiliaires de vie, et enfin accompagner les aidants en seraient d'autres.

3) Questionnaire 3 : Annexe 4

Le dernier questionnaire permet de trouver un consensus entre les différents médecins généralistes. Les réponses sont quantitatives. 1 signifie peu favorable et 10 très favorable.

La majorité des médecins pense que majorer la VAD à 50 euros et d'utiliser la cotation VL à 70 euros les inciteraient à augmenter leur nombre de visites.

Les médecins sont favorables à la mise en place d'un service de transport afin de déposer les patients dépendants au cabinet si nécessaire. L'un des médecins précise que ce service serait utile pour certains patients incapables de venir par leurs propres moyens mais encore assez mobiles pour être examinés au cabinet.

La plus grande partie des médecins ne veut pas déléguer certaines visites mais amplifier les aides personnelles autour de la visite trimestrielle.

Les professionnels sont d'accord sur le fait de valider systématiquement la nécessité de faire une consultation en VAD et faire un état des lieux des VAD récurrentes pour identifier les patients susceptibles de pouvoir se rendre au cabinet (par exemple, Mr X a demandé une fois d'être vu en VAD après une hospitalisation et demande, depuis, d'être vu en VAD alors qu'il peut se déplacer au cabinet.)

La majorité des médecins veut diminuer l'administratif (certificats en tout genre ...) et les renouvellements d'ordonnances (par exemple : futilité de renouveler l'ordonnance pour soins IDE ou kiné permanents pour une personne dépendante à domicile avec troubles cognitifs, effectuer une consultation seulement pour prescrire un bon de transport, etc...).

La totalité des participants est très favorable à l'idée d'instaurer systématiquement des aides chez une personne vue exclusivement en VAD et développer une plateforme ou un moyen de communication interprofessionnelle.

DISCUSSION :

1) Force de l'étude (6)

La méthode Delphi offre un fort contenu participatif par l'implication des MG qui répondent au fur et à mesure aux différents questionnaires. Comme l'étude s'inspire de cette dernière, elle jouit pleinement du concept de réseau d'information et de communication.

L'information est riche et abondante par la confrontation et l'exploitation de points de vue divergents des différents médecins généralistes sélectionnés. L'anonymat garantit une indépendance d'opinion et une liberté d'expression favorisant la récolte d'informations pertinentes.

Le processus itératif ouvre sur un consensus.

Le sujet est intemporel et cette thèse permet de réfléchir sur notre pratique personnelle.

2) Limite de l'étude (7)

L'étude est régionale.

Il existe des biais de sélection, particulièrement le biais de recrutement, de volontariat et un biais de perdus de vue notamment avec une perte de 20% de l'échantillon sur le dernier tour avec 8 réponses de MG sur les 10 initiaux.

La méthode reste lourde et fastidieuse pour les experts (3 tours de questionnaire). Il existe donc un biais d'information. Les réponses des questions ouvertes sont plus ou moins précises selon la motivation des acteurs à répondre. Elle apparaît, à certains égards, davantage intuitive que rationnelle.

Seuls les experts qui sortent de la norme sont amenés à justifier leur position.

Elle suppose une excellente capacité des analystes au niveau des traitements des réponses et de la conduite maîtrisée de tout l'exercice.

3) État des lieux de la pratique professionnelle.

Les différentes études déjà existantes montrent que le nombre de visites à domicile et la proportion de visites sur le total des actes enregistrés est en baisse : il y a eu trois fois moins de visites en 20 ans. Il y avait 71 140 000 visites en 1997 contre 24 442 959 en 2016. (8)

En 2001, la France figurait en tête des pays européens. La visite représentait alors 23,5% soit près d'un acte sur quatre. En comparaison, elle ne représentait que 9% des actes en Allemagne, et 11% en Italie.

Il existait une culture de la visite qui rend celle-ci disparate sur le territoire français : elle constituait plus de 33% des actes dans le nord. (9)

Cette tendance à la baisse semble stagner. Il apparait qu'il existe un seuil minimum de visites à domicile, en deçà duquel il semble difficile de descendre (personnes âgées, visites postérieures à des actes chirurgicaux, etc.).

Dans la littérature, pour 57 % des médecins interrogés, la visite à domicile est vécue comme étant une contrainte ; pour 49,2 % elle est une nécessité, et pour 35 % un devoir. (8)

Cela s'explique par la mise en place de l'AcBUS et car il semble de plus en plus difficile à intégrer aux emplois du temps des médecins, mais que les VAD restent indispensables pour certains patients immobilisés ou isolés.

L'AcBUS est l'accord de bon usage de soin qui a été signé en 2002 entre les représentants des caisses d'Assurance Maladie et les syndicats des médecins généralistes. Il visait à revaloriser le tarif des visites tout en limitant les indications de visites remboursables.

L'objectif de cet accord était de diminuer le nombre de VAD de 5%. (10)

Depuis, les cotations ont évolué pour majorer la cotation de base : VG + MD à 35 euros. (11)

Cotations des visites à domicile

Visite à domicile justifiée	VG + MD	35€
Visite enfant (0-6ans)	VG + MD + MEG	40€
Visite coordonnée (patient ayant un MT hors résidence)	VG + MD + MCG	40€
Visite avec avis spécialisé dans les 48h	VG + MD + MUT	40€
Visite à la demande du centre de régulation (réservée au MT)	VG + MD + MRT	55€
Visite de sortie d'hôpital	VG + MD + MSH	58€
Visite de sortie de cardiologie	VG + MD + MIC	58€
Visite d'annonce (cancer, VIH..)	VG + MD + MTX	65€
Visite avec ECG	VG + MD + DEQP003 +YYYY490	58,76€
Visite longue (3x/an max)	VL + MD	70€
Visite urgente (abandon du cabinet sur appel du patient)	VG + MU	47,60€

4) Quels sont les freins dans la littérature à la visite à domicile (12)

La VAD représente une part chaque année plus faible de l'activité des généralistes, fruit d'une volonté institutionnelle couplée à une modification structurelle des pratiques professionnelles. Tout porte à croire que le nombre de patients dépendants et donc demandeurs de VAD augmentera dans les prochaines années avec le vieillissement de la population. Pour faire face à cette demande il faudra lever un maximum de freins à la réalisation de cet acte, action avant tout dépendante de décisions politiques, pour que notre système de santé puisse répondre, demain, au défi sanitaire majeur qui nous attend. (13)

Il y a plusieurs freins dans la littérature à la visite à domicile, notamment :

1) Les coûts

La visite à domicile peut être coûteuse sur différents aspects.

Le coût d'investissement personnel car une visite à domicile peut être demandée en urgence, soit pour le jour même. Elle est habituellement mise entre midi et 14h sur le temps du déjeuner ou en fin de journée ce qui retarde le retour au domicile.

Le coût temporel car la visite à domicile est chronophage. Elle nécessite un investissement et une organisation particulière. Au moment où la visite à domicile s'organise, le médecin généraliste doit se renseigner sur les données civiles (adresse, numéro de téléphone du patient, ou de la famille), sur les antécédents, les allergies, les traitements en cours. Il doit également s'assurer d'avoir à disposition tous les certificats et le matériel nécessaire. La finalité est d'être autonome à domicile sans les outils disponibles au cabinet. De plus en plus de médecins s'informatise à domicile grâce à des ordinateurs portables ou des tablettes. Puis, elle comprend le temps de trajet (dont les bouchons, les déviations, les travaux possibles), le temps de la consultation et le retour au cabinet. Il s'en suit au cabinet la retranscription de la consultation dans le dossier médical qui doit rester à jour.

Le coût financier, qui est d'autant plus d'actualité avec les pénuries d'essences qui est corrélé à l'augmentation des prix. Certaines mesures exceptionnelles ont été prises comme l'augmentation du tarif unitaire des différentes indemnités kilométriques (IK, IKP, IKM...) qui a été augmenté de 1 centime d'euro par rapport à son tarif en vigueur. La visite à domicile classique est cotée en VG+ MD à 35€ soit 10€ de plus qu'une consultation classique au cabinet pour un coût temporel plus important. La rentabilité de la visite à domicile n'est plus d'actualité.

2) Les risques

La visite à domicile peut être dangereuse pour les professionnels de santé qui peuvent être exposés à des conditions météorologiques défavorables (grêles, neige, verglas, vent...) notamment dans la région des Hauts de France.

Les médecins peuvent être confrontés à des environnements insalubres les exposants alors qu'ils peuvent également avoir de leurs côtés des fragilités (maladies chroniques, grossesse, médecins âgés...)

Les risques d'agression existent, ils peuvent être de nature humaine avec notamment un exemple en mars 2023 d'une voiture d'un médecin généraliste vandalisée en intervention lors d'une manifestation. (14)

Ou de nature animalière avec les animaux domestiques classiques tel chiens et chats mais aussi les NAC tel que les serpents, araignées ou autre pouvant parfois être en liberté.

3) La confidentialité

La visite à domicile peut poser des problèmes de confidentialité, car les professionnels de santé peuvent être exposés à des informations privées sur les patients.

Il peut y avoir également plusieurs membres de la famille vivant à ce domicile. La consultation se fait donc devant témoins ce qui rend compliqué la confidentialité.

Les aides ménagères ou autre aidant non professionnel de santé peuvent également être présents au domicile lors de la consultation.

4) Les barrières linguistiques et culturelles

La visite à domicile peut être difficile pour les patients qui ne parlent pas la langue de leur prestataire de soins de santé, qui ont des croyances ou des pratiques culturelles différentes de celles de leur prestataire de soins de santé.

Ces freins peuvent limiter la pratique de la visite à domicile et conduire les professionnels de santé à opter pour d'autres formes de soins de santé.

5) Les apports de la visite à domicile

La visite à domicile des médecins généralistes présente plusieurs avantages pour les patients et pour la qualité des soins en général. (15) Voici quelques-uns des principaux apports de la visite à domicile des médecins généralistes :

1) Satisfaction personnelle pour le praticien

La visite à domicile constitue un élément de variation dans le rythme de travail, une occasion de prendre l'air dans une journée très active.

Elle est source d'humanisme dans une relation médecin/patient ancienne de plusieurs années.

2) Accès aux soins :

La visite à domicile permet aux patients qui ne peuvent pas se déplacer facilement ou qui rencontrent des difficultés à se rendre dans un cabinet médical d'accéder à des soins médicaux.

Cela permet la continuité des soins et limiter l'isolement médical des personnes âgées.

Cette pratique permet d'éviter des hospitalisations car sans médecin généraliste, dans de nombreux territoires, le recours aux urgences est la seule solution permettant à un certain nombre de nos concitoyens d'accéder à une consultation médicale. (16)

Pour les patients, décrocher une consultation en situation d'urgence médicale relève parfois du défi, encore plus s'ils n'ont pas de médecin généraliste déclaré. Un sondage réalisé en 2017 pour l'Observatoire de l'accès aux soins révélait que 60 % d'entre eux disaient avoir renoncé à se soigner face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapidement, alors, de plus en plus, les patients vont aux urgences pour le côté pratique. (2)

Une personne âgée hospitalisée est une personne exposée à la dépendance iatrogène et à la cascade gériatrique pouvant mener au décès.

En France, près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Ces personnes âgées représentent près de 5,4 millions de séjours hospitaliers par an. La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation est un phénomène en grande partie évitable qui concerne près de 10 % des personnes hospitalisées. (17)

À la suite d'une hospitalisation, les personnes âgées ont 60 fois plus de risque de développer des incapacités fonctionnelles. (18)

3) Observation de l'environnement du patient :

En visitant le domicile d'un patient, le médecin généraliste peut observer l'environnement dans lequel vit le patient, ce qui peut aider à identifier des facteurs qui peuvent influencer sa santé, comme les conditions de vie, l'exposition à des risques environnementaux, etc. Cela permet ensuite de mettre en place des dispositifs afin d'améliorer sa qualité de vie. Par exemple, lors de la prise en charge d'un patient chuteur à domicile, identifier les facteurs de risques de chutes est bénéfique et facile en étant sur place.

4) Prise en compte de la dimension sociale :

La visite à domicile permet au médecin généraliste de mieux comprendre les relations sociales et familiales du patient et de prendre en compte ces dimensions dans l'élaboration d'un plan de soins adapté.

5) Identification des besoins spécifiques :

La visite à domicile peut également renforcer la relation de confiance entre le patient et le médecin généraliste en montrant une attention particulière et en étant disponible pour les soins à domicile. Cela peut contribuer à une meilleure observance thérapeutique et à une meilleure prise en charge globale de la santé du patient.

6) Prescription de transport en médecine générale

Le médecin généraliste étant un spécialiste, il est soumis aux mêmes règles que ces derniers. Il existe des recommandations détaillées sur Ameli.fr : (19)

- « Transports liés à une **hospitalisation** (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;
- transports liés aux traitements et soins en lien avec votre **affection longue durée (ALD)** et si vous présentez une **incapacité** ou déficience au déplacement définies par le Référentiel de prescription des transports (PDF) ;
- transports **liés à votre état**, qui nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;
- transports pour parcourir une **longue distance** (plus de 150 km aller) ;
- transports pour vous déplacer plusieurs fois (transports **en série** - au moins 4 voyages de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- transports pour un **contrôle réglementaire** (convocation du contrôle médical, d'un médecin expert, ou d'un fournisseur d'appareillage agréé) ;
- transports **vers un centre** d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ;
- transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un **accident du travail** ou une **maladie professionnelle**. »

Dans ce cas précis, les transports pour soins ou consultation en rapport avec l'affection de longue durée peuvent être pris en charge sur prescription médicale de transport, dans la limitation du professionnel le plus proche du domicile.

Le fait seul de ne pas avoir de moyen de transport n'est pas un critère.

7) Quel avenir pour la visite à domicile ?

L'avenir de la visite à domicile par les médecins généralistes dépendra de nombreux facteurs, tel que les politiques de santé, les avancées technologiques et les préférences des patients.

Il existe quatre perspectives possibles.

La visite à domicile par les médecins généralistes pourrait continuer à diminuer s'expliquant par plusieurs facteurs. La visite va devenir plus coûteuse en raison des frais de déplacement. Au vu de la demande croissante de consultations au cabinet,

une diminution de la visite à domicile peut se produire de fait à cause de l'aspect chronophage. (13)

Il est possible, au contraire, que la visite à domicile par les médecins généralistes devienne plus populaire, en particulier chez les personnes âgées qui ont du mal à se déplacer. Notamment dans la supposition d'une évolution tarifaire.

Il est possible que des services de visite à domicile spécialisés se développent pour les patients nécessitant des soins spécifiques pour bénéficier de visites par d'autres intervenants que les médecins généralistes.

Une réglementation plus stricte pourrait être mise en place pour garantir la sécurité des patients, notamment en ce qui concerne la gestion des médicaments et des dossiers médicaux.

CONCLUSION

Les visites à domicile représentent une approche de soins précieuse qui permet d'offrir des soins personnalisés et adaptés aux besoins des patients. Bien que les visites à domicile soient souvent plus coûteuses et nécessitent plus de temps pour les médecins généralistes, elles peuvent améliorer la qualité de vie des patients, en particulier ceux qui ont des problèmes de mobilité ou des maladies chroniques.

Les avancées technologiques ont modifié la manière dont les médecins généralistes pratiquent, en offrant des opportunités de soins virtuels à domicile. Cependant, les visites à domicile physiques restent importantes et devraient être encouragées et soutenues par les politiques de santé ainsi que la formation des professionnels de santé.

Il est important de souligner que les soins à domicile ne peuvent pas remplacer les soins hospitaliers en cas de besoin. Cependant, ils peuvent jouer un rôle crucial dans la prévention, le dépistage, le suivi et la gestion des maladies. En offrant des soins de qualité à domicile, les médecins généralistes peuvent non seulement améliorer la qualité de vie des patients, mais également réduire les coûts liés aux soins de santé.

En somme, les visites à domicile sont une approche de soins précieuse qui mérite d'être promue et soutenue. Les médecins généralistes devraient être encouragés à pratiquer les visites à domicile, à condition que cela soit médicalement justifié et que les avantages pour les patients soient clairs. Les politiques de santé et la formation des professionnels de santé doivent soutenir cette pratique pour garantir une qualité de soins optimale pour tous les patients, y compris ceux qui ont des difficultés à se déplacer.

L'avenir de la visite à domicile par les médecins généralistes dépendra de nombreux facteurs. Bien qu'il soit possible que la pratique diminue à l'avenir, il est également possible que la demande augmente ou que des services de visite à domicile spécialisés se développent. Les avancées technologiques et les réglementations futures auront un impact sur la pratique.

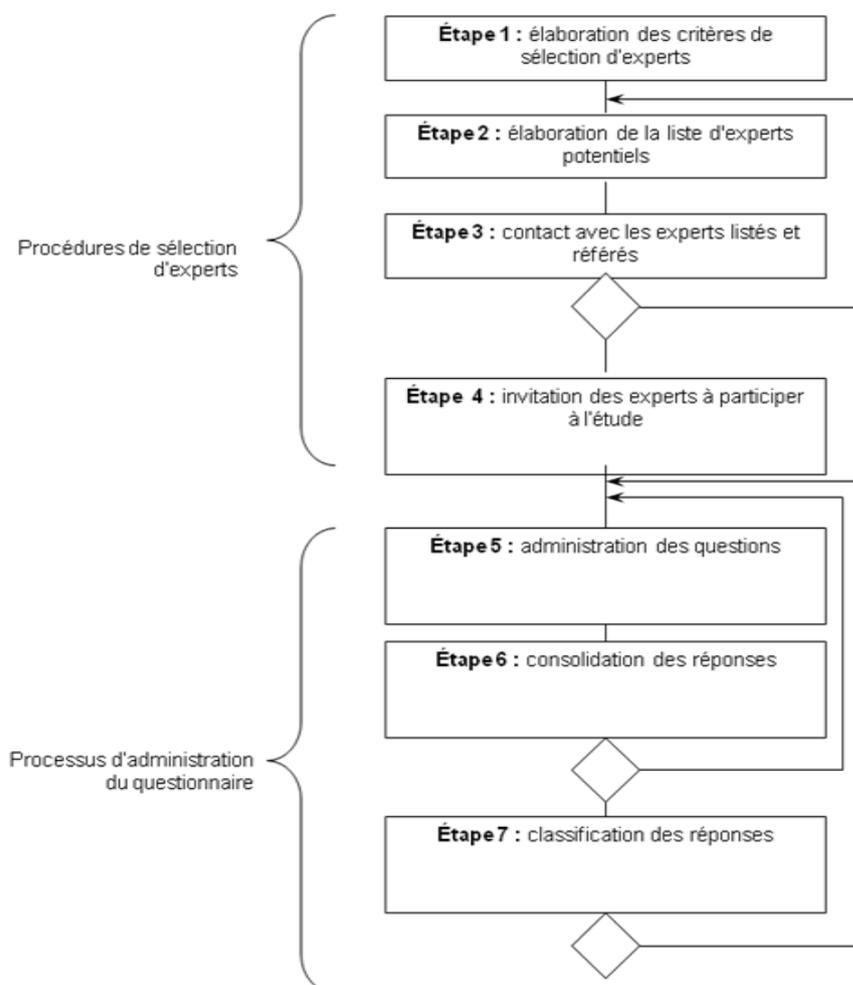
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Dr Grau R, médecin conseil MACSF. La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition. 11/05/2020
<https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/file:///Users/carolinemichalski/Zotero/storage/TLP2IMB7/visite-domicile-medecin-generaliste-pratique-voie-disparition.html>
2. Mercadier T. Pourquoi le nombre de patients aux urgences augmente d'année en année. 14/06/2019
https://www.lemonde.fr/lesdecodeurs/article/2019/06/14/pourquoi-le-nombre-de-patients-aux-urgences-augmente-d-annee-en-annee_5476111_4355770.html
3. Papon S. Bilan démographique 2021. 18/01/2022
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
4. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021. mars 2021
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
5. Ekionea JPB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. 2011. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(3\)/RQ_29\(3\)_Booto-et-al.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(3)/RQ_29(3)_Booto-et-al.pdf)
6. CROCHEMORE S. Avantages, limites et difficultés. Techniques de l'Ingénieur. 10/07/2005. <https://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/archives-th12/archives-management-industriel-tiagb/archive-1/methode-delphi-ag1050/avantages-limites-et-difficultes-ag1050niv10003.html>
7. ORSAS Lorraine. Méthode Delphi. 19/02/2019.
<https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/016-delphi.pdf>
8. A. Colin. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. 26 juin 2019.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505145/document>
9. URML, La visite à domicile chez les médecins franciliens. 2005.
https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
10. APMnews. Chute de 40% des visites à domicile dans le nord-pas-de-Calais. 03/04/2003.
<https://www.apmnews.com/freestory/10/125579/chute-de-40--des-visites-a-domicile-dans-le-nord-pas-de-calais>
11. Plaquette MG France.
<https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-garde.pdf>

12. Rémy P. Analyse des freins aux VAD par les médecins généralistes français. 30 juin 2020. <https://www.sentinelles971.com/wp-content/uploads/2020/11/these-vad.pdf>
13. Vialtel S-E. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. 12/07/2012. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIALTEL_SABINE_ELOISE.pdf
14. Gillet G. BFMTV. Manifestation à Paris : la voiture d'un médecin en intervention a été dégradée par des manifestants. 07/03/2023 https://www.bfmtv.com/paris/manifestation-a-paris-la-voiture-d-un-medecin-en-intervention-a-ete-degradee-par-des-manifestants_AV-202303070667.html
15. Tekaya E. 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. 12/06/2020. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02733366/document>
16. Forfait patient urgences pour les patients sans médecin traitant. Sénat. 02/11/2022. <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220700872.html>
17. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Haute Autorité de Santé. 27/10/2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801190/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees
18. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). La dépendance iatrogène : « Suite à une hospitalisation, les personnes âgées ont 60 fois plus de risque de développer des incapacités fonctionnelles ». 2018. <https://sfgg.org/actualites/la-dependance-iatrogene-suite-a-une-hospitalisation-les-personnes-agees-ont-60-fois-plus-de-risque-de-developper-des-incapacites-fonctionnelles/>
19. Ameli. Transport. 03/03/2023. <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/rembourse/frais-transport>

ANNEXES :

Annexe 1 : Méthode DELPHI



Annexe 2 :

QUESTIONNAIRE 1 :

Cher médecin généraliste, merci d'avoir accepté de participer à la construction de ma thèse.
Nous allons travailler ensemble pour répondre à la question « Comment augmenter le nombre de personnes dépendantes prises en charge par un médecin généraliste à domicile » grâce à la méthode DELPHI.
Cette méthode consiste à répondre successivement à plusieurs questionnaires qui seront retravaillés grâce à la mise en commun de vos réponses jusqu'à trouver un consensus.

1^{er} questionnaire pour apprendre à mieux vous connaître :

- 1) Je suis : un homme, une femme
- 2) Type d'exercice : rural, semi rural, urbain
Précisez votre ville :
- 3) Quel est votre âge : [30 ;40[, [40-50[, [50-60[, [60 -70[
- 4) Nombre moyen de visites à domicile par semaine effectué : [00;05[, [05;10[, [10;15[, [15;20[, >20
- 5) Nombre total de patient vu exclusivement en visite à domicile : [00;20[, [20;40[, [40;60[, >60
- 6) Nombre d'appel d'urgence pour effectuer une visite à domicile par semaine [00;05[, [05;10[, [10;15[, [15;20[, >20
- 7) Pourquoi faites-vous des visites à domicile ?
 - La proximité avec le patient,
 - La sensation d'obligation,
 - L'argent
 - autre :
- 8) Combien de temps dure une visite à domicile en moyenne ? [15min ; 30min[, [30min;1h[, > 1h
- 9) Combien de temps dure vos trajets pour effectuer des visites à domicile par semaine ? [15min ; 30min[, [30min;1h[, [1h ; 1h30[; [1h30 ; 2h[; [2h ; 2h30[; [2h30 ; 3h[; > 3h
- 10) Moyens utilisés à domicile pour les transmissions : ordinateur, cahier ...
- 11) Pensez-vous que depuis ces 10 dernières années, la proportion des visites à domicile dans votre activité à Augmenter ? Diminuer ? est semblable ?
→ Si augmentation ou diminution, pourquoi ?
- 12) Quels seraient les éléments qui pourraient vous motiver à faire plus de VAD ?
 - La rémunération
Quel montant vous motiverez à faire plus de VAD ? 50 – 100 -200
Augmenter le forfait déplacement ?
 - Un moyen de locomotion pour amener les patients en consultation
 - Une aide (assistante, Infirmière en pratique avancée, secrétariat financé
 - Un dossier à domicile facilement gérable : ordinateur, logiciel, tablette, cahier
 - Mise en place d'une alternance VAD/téléconsultation pour le renouvellement
 - Autre :

Annexe 3 :

QUESTIONNAIRE 2 :

Chers médecins généralistes.

Après avoir fait plus ample connaissance dans le premier questionnaire, je vous sollicite de nouveau pour ma thèse « Comment augmenter le nombre de personnes dépendantes prises en charge par un médecin généraliste à domicile »

Le but de cette thèse est de réfléchir ensemble afin de trouver des solutions/alternatives pour prendre en charge un maximum de personnes dépendantes à domicile.

Nous pouvons donc passer au deuxième questionnaire

- 1) Dans le premier questionnaire nous avons parlé d'une revalorisation des visites à domicile. La plupart d'entre vous étiez d'accord pour une augmentation de la visite à domicile à environ 50 euros. Le médecin traitant est autorisé à facturer 4 visites longues (VL + MD = 70 €) par an à ses patients chroniques qui ont plus de 80 ans en ALD. Utilisez-vous cette cotation ?
- 2) Cette revalorisation vous incite-t-elle à faire plus de visites ?
- 3) Pour quel type de personnes fragiles faites-vous des visites à domicile ?
- 4) Certaines visites pourraient-elles être faites par un auxiliaire médical ? (IPA, IDE asalée...)
- 5) Si oui, à quel auxiliaire ? Si non, pourquoi ?
- 6) Connaissez-vous des IPA (infirmière en pratique avancée) ?
- 7) Faites-vous de la téléconsultation ?
- 8) Pensez-vous que remplacer certaines visites à domicile par de la téléconsultation puisse fonctionner pour faciliter l'accès aux soins ? (1 visites sur 2 par exemple pour les personnes avec maladies chroniques stables) Pourquoi ?
- 9) Que proposez-vous pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ?

Annexe 4 :

QUESTIONNAIRE 3 :

Je vous remercie d'avoir répondu aux précédents questionnaires concernant ma thèse
« Comment augmenter le nombre de personnes dépendantes prises en charge par un médecin généraliste à domicile »

Je vous présente le dernier questionnaire pour finaliser ma thèse :

- 1) Merci de renseigner vos initiales
- 2) Augmenter la VAD à 50 euros et utiliser la cotation VL à 70 euros ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 3) Mettre en place un service de transport afin de déposer les patients dépendants au cabinet ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 4) Ne pas déléguer certaines visites à domicile mais amplifier les aides personnelles autour de cette visite (1 visite tous les 3 mois + visites IDE + visite IPA + aides de nuit service des repas, faire passer le service PRADO en sortie d'hospitalisation) ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 5) Valider systématiquement la nécessité de faire une consultation en visite à domicile et durcir les critères ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 6) Analyser ses anciennes visites à domicile pour repérer les personnes qui peuvent venir au cabinet et n'accepter que les VAD nécessaires ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 7) Diminuer l'administratif et les renouvellements d'ordonnances (Par exemple : futilité de renouveler l'ordonnance pour soins IDE ou kiné permanents pour une personne dépendante à domicile avec troubles cognitifs) ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 8) Mettre en place une plateforme ou un moyen de communication interprofessionnel ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)
- 9) Instaurer systématiquement des aides chez une personne vue exclusivement en VAD car, par définition, c'est une personne dépendante ne pouvant se déplacer au cabinet ? Votez de 1 à 10 (10 étant très favorable et 1 peu favorable)

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

AUTEUR(E) : Nom : MICHALSKI

Prénom : Caroline

Date de soutenance : 08/06/2023

Titre de la thèse : Identification des facteurs influençant l'attrait des visites à domicile par les médecins généralistes dans les Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecin générale

Mots-clés : Médecin généraliste, visite à domicile, pratique, consultation,

Résumé :

Contexte : La Visite à domicile se définit par le déplacement du médecin généraliste qui se rend, pour la consultation, au domicile ou établissement de vie du patient.

En 2001, la France était le pays européen qui réalisait le plus de VAD. Mais l'état des lieux de cette pratique montre que la fréquence des VAD décline ce qui engendre un véritable problème de santé publique.

Méthode : Cette étude a utilisé une méthode inspirée de la méthode DELPHI qui est un outil standard d'enquête utilisant un processus itératif.

Résultats : L'étude montre que le nombre de visites à domicile par semaine diffère selon les praticiens ainsi que le temps passé par visite à domicile. L'avis des médecins est partagé sur la question de déléguer certaines visites à des auxiliaires. L'idée globale est que les personnes âgées à domicile en perte d'autonomie restent des êtres humains qui méritent du lien humain et social permanent.

La majorité des médecins pense qu'augmenter le coût de la VAD, ainsi que mettre en place un service de transport afin de déposer les patients dépendants au cabinet, les inciteraient à augmenter leur nombre de visites.

Pour augmenter la disponibilité, la plus grande partie des médecins veut amplifier les aides personnelles autour d'une visite trimestrielle et diminuer l'administratif ainsi que les renouvellements d'ordonnances.

Discussion : L'avenir de la visite à domicile questionne. De nombreuses thèses existent déjà et font l'état des lieux de ce déclin même si cette tendance semble stagner. Il apparaît qu'il existe un seuil minimum de visites à domicile, en deçà duquel il semble difficile de descendre.

Les études existantes montrent les différents freins à la visite à domicile (les coûts, les risques, la confidentialité, les barrières linguistiques et culturelles) et aussi les avantages (la satisfaction personnelle pour le praticien, l'accès aux soins, l'observation de l'environnement du patient, la prise en compte de la dimension sociale, l'identification des besoins spécifiques).

Conclusion : L'avenir de la visite à domicile par les médecins généralistes dépendra de nombreux facteurs. Bien qu'il soit possible que la pratique diminue à l'avenir, il est également possible que la demande augmente ou que des services de visite à domicile spécialisés se développent. Les avancées technologiques et les réglementations futures auront un impact sur la pratique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs : Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE