



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Évaluation des contraintes et de la rémunération de la visite à domicile par les médecins généralistes libéraux du Nord en activité régulière

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2023 à 14h00

Au Pôle Formation

Par Simon LONNOY

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON

Assesseur :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gilles ROESCH

Avertissement

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

Liste des abréviations

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INSEE Institut National de la Statistique et Etudes Economiques

MG Médecin Généraliste

OMS Organisation Mondiale de la Santé

VAD Visite à domicile

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. La visite à domicile	2
A. Une pratique en déclin	2
B. Place du médecin généraliste	2
C. Encadrement.....	2
D. Intérêts	3
1. Réduction du déclin fonctionnel	3
2. Accès facilité aux soins palliatifs	3
3. Renforcement de la relation avec le patient et son entourage	4
4. Prévention du report de soins sur la fonction hospitalière	4
II. Déterminants de la réalisation des visites à domicile.....	4
A. Théorie de l'action raisonnée	4
B. Facteurs pouvant limiter la décision de réaliser des visites	5
1. Facteurs propres au médecin et au patient.....	5
2. Facteurs liés aux conditions d'activité	5
3. Influence des décisions politiques.....	6
III. Le défi démographique français : évolution et enjeux.....	6
A. Modifications de la population générale	6
B. Modifications de la population médicale.....	8
1. Effectifs	8
2. Âge.....	9
3. Sexe	10
4. Mode d'exercice	10
IV. Conclusion.....	10
Matériels et méthodes.....	11
I. Caractéristiques de l'étude	11
A. Type d'étude.....	11
B. Sélection des participants	11
1. Population cible.....	11
a) Effectif et sexe.....	11
b) Âge.....	11
c) Mode d'exercice	11
2. Population source et échantillonnage.....	12
3. Recrutement.....	12
4. Critères d'inclusion, d'exclusion et de non-inclusion	12
II. Elaboration du questionnaire	13
A. Présentation de l'étude et des critères de participation	13
B. 1 ^{ère} partie : caractéristiques socio-démographiques.....	13
C. 2 ^{ème} partie : ressenti vis-à-vis de la visite à domicile	13
D. 3 ^{ème} partie : répercussion des contraintes ressenties.....	14
III. Analyse des résultats.....	14
A. Récupération des résultats.....	14

B.	Traitement des valeurs manquantes et / ou aberrantes	14
C.	Redressement	15
D.	Analyse des résultats définitifs	15
IV.	Règlement Général sur la Protection des Données (RGDP)	16
Résultats	.....	17
I.	Récupération et nettoyage des données brutes	17
A.	Accessibilité au questionnaire par l'échantillon	17
B.	Participation de l'échantillon au questionnaire	18
C.	Traitement des valeurs manquantes et / ou aberrantes	19
II.	Redressement	20
A.	Caractéristiques socio-démographiques analysées pour le redressement (Q1-Q3).....	20
B.	Redressement de l'échantillon	21
III.	Analyse des résultats.....	22
A.	Données socio-démographiques et analyses croisées	22
1.	Données socio-démographiques n'ayant pas contribué au redressement (Q4-Q7).....	22
2.	Corrélations avec l'âge	23
a)	Sexe	23
b)	Mode d'installation.....	23
c)	Heures effectuées en médecine générale libérale par semaine	23
d)	Visites réalisées par semaine	23
3.	Corrélations avec le sexe	24
a)	Heures effectuées en médecine générale libérale par semaine	24
b)	Visites réalisées par semaine	24
4.	Corrélations avec le mode d'exercice.....	24
a)	Mode d'installation.....	25
b)	Heures effectuées en médecine générale libérale par semaine	25
c)	Visites réalisées par semaine	25
5.	Corrélation entre volume horaire et nombre de visites	25
6.	Milieu d'exercice et autres croisements.....	26
7.	Analyse des correspondances multiples	26
B.	Contraintes significatives de la visite à domicile.....	27
1.	Propension à arrêter la réalisation de visites (Q8).....	27
2.	Contraintes significativement plus importantes au cours des visites qu'au cours des consultations au cabinet (Q9).....	27
3.	Contraintes citées comme les plus importantes (Q10).....	27
a)	Ordre d'importance attribué aux contraintes.....	27
b)	Classement global par attribution de points.....	29
c)	Attribution des points selon l'âge et le sexe.....	29
C.	Impact des contraintes	31
1.	Comparaison des consultations en visite à domicile à celles au cabinet (Q11-Q12).....	31
a)	Résultats regroupés par classes	31
b)	Durée.....	33
c)	Contrainte.....	33
2.	Lien entre contrainte ressentie et rémunération (Q13).....	35
3.	Conséquences d'une réduction des contraintes (Q14).....	35
a)	Impact sur la réalisation de visites.....	35
b)	Corrélation avec les données socio-démographiques	35
c)	Contraintes les plus importantes pour les médecins se déclarant susceptibles de modifier leur pratique	35

D.	Liens entre contraintes principales choisies et autres questions	36
a)	Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle	36
b)	Rémunération de l'acte.....	37
c)	Composantes du déplacement.....	37
d)	Accès et tenue du dossier médical	37
e)	Sentiment de vulnérabilité	38
f)	Qualité de prise en charge jugée insuffisante.....	38
g)	Hygiène de l'environnement	38
h)	Accès au matériel d'examen	38
i)	Difficultés d'examen du patient en lien avec ses capacités	39
Discussion	.....	40
I.	Résultats observés	40
A.	Résultats principaux	40
B.	Autres résultats	40
II.	Validité et portée des résultats.....	41
A.	Validité des résultats	41
1.	Méthodologie de recherche	41
a)	Conception de l'étude.....	41
b)	Echantillonnage	41
c)	Recueil des données	42
2.	Analyse des données	42
a)	Méthodes statistiques.....	42
b)	Interprétation des résultats	43
3.	Contrôle des biais.....	43
a)	Biais de participation	43
b)	Biais de mémorisation	43
c)	Biais générationnel.....	43
d)	Effet Hawthorne et/ou biais de désirabilité sociale	43
B.	Portée des résultats	44
1.	Généralisation	44
a)	Généralisation à la population cible.....	44
b)	Limitations	45
2.	Contextualisation.....	45
3.	Reproductibilité.....	46
III.	Comparaison des résultats à d'autres études.....	46
IV.	Perspectives	47
Conclusion	.....	48
Références bibliographiques	.....	49
Annexes	.....	52
	Annexe 1 : répartition des MG inscrits au Nord au 1er janvier 2023. Source : conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins.....	52
	Annexe 2 : nombre de MG libéraux exerçant dans le Nord au 1er janvier entre 2016 et 2023. Source : conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins.	53
	Annexe 3 : procédure de recrutement du médecin par voie téléphonique	53
	Annexe 4 : message envoyé en cas d'explications données préalablement au médecin	54
	Annexe 5 : message envoyé en l'absence d'explications données au médecin lors d'un contact préalable	55
	Annexe 6 : message de relance avant clôture du questionnaire	55
	Annexe 7 : questionnaire à remplir par le médecin	56
	Annexe 8 : réponses complètes au questionnaire avant corrections	60

Annexe 9 : modification des valeurs manquantes et/ou aberrantes66

RESUME

Contexte : La visite à domicile (VAD) est essentielle pour fournir aux patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet les soins primaires. Leur pratique par les médecins généralistes (MG) est pourtant en déclin, souvent vécues comme contraignantes. Le vieillissement de la population risque d'augmenter la proportion de patients en dépendant.

Méthode : Questionnaire ciblant les MG du Nord en activité régulière et diffusé après contact téléphonique de 500 MG tirés au sort parmi l'annuaire de santé Ameli.fr. Il leur était demandé de choisir parmi plusieurs contraintes celles qui pourraient les décourager de réaliser des VAD justifiées. Des points étaient attribués aux propositions selon l'importance donnée. Il fallait ensuite déterminer un ordre de grandeur du rapport de contrainte ressentie lors des consultations en VAD par rapport à celles au cabinet. Le lien avec la rémunération attendue était également analysé.

Résultats : 143 MG de la population cible ont répondu. 59.1 % déclaraient qu'ils arrêteraient de réaliser la plupart de leurs VAD justifiées en cas d'alternative. L'impact sur le temps dédié à la patientèle était la contrainte la plus importante devant la rémunération de l'acte, les composantes du déplacement et l'accès et la tenue du dossier médical. Leur importance pouvait varier selon les caractères socio-démographiques. La consultation en VAD était vécue comme 2.16 ± 0.79 fois plus contraignante qu'au cabinet. Les réponses ne suivaient pas une loi normale : la médiane était à 2.0, le 1er quartile à 1.5 et le 3ème quartile à 3.0. 87.8 % des médecins jugeaient que la rémunération d'un acte devait être proportionnelle à sa contrainte inhérente et 62.0 % déclaraient qu'ils seraient plus enclins à réaliser des VAD en cas de réduction des contraintes.

Conclusion : La réalisation de VAD pourrait être optimisée en réduisant ses contraintes inhérentes. Le MG doit pouvoir les réaliser sans que cela ne l'empêche de consacrer le temps nécessaire au reste de sa patientèle. La rémunération insuffisante de cet acte pourrait faire privilégier l'activité au cabinet et aggraver l'accès aux soins des personnes dépendantes.

INTRODUCTION

I. La visite à domicile

A. Une pratique en déclin

La pratique des médecins généralistes (MG) évolue sous l'impulsion des modifications sociétales. Avant le 20^{ème} siècle, la visite à domicile (VAD) par le MG représentait une part importante des soins médicaux. Plusieurs facteurs dont le développement des hôpitaux ont contribué à réduire sa pratique au profit des consultations au cabinet. Elles représentaient en 2016 moins de 1% des consultations en Europe/États-Unis/Australie (1) et se focalisent aujourd'hui essentiellement sur les personnes âgées et/ou atteintes de pathologies invalidantes. En 2001, la France était le pays européen qui réalisait le plus grand nombre de visites à domicile mais ce nombre est passé de 77 millions en 2000 à 22 millions en 2016. Elle représente en 2020 5 % du nombre total d'actes effectués et les VAD sont surtout réalisées dans les départements où l'indice de vieillissement est élevé (2).

B. Place du médecin généraliste

Le MG exerce une médecine de premier recours. Celle-ci aborde de manière globale la santé de l'individu et ses besoins au sein de son environnement, en collaboration avec un réseau d'autres professionnels de la santé (3). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ces soins primaires visent à « garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible [...] tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » (4). La VAD est un des moyens de fournir un accès à ces soins aux personnes pour lesquelles il est difficile de se déplacer hors de leur lieu de vie.

C. Encadrement

En France, la consultation (hors majoration spécifique) réalisée au domicile du patient est aujourd'hui rémunérée chez les MG libéraux à hauteur de celle réalisée au cabinet, c'est-à-dire 25 euros. La « majoration de déplacement » d'une valeur de 10 euros permet de valoriser la mobilisation du médecin vers le domicile du patient dans

des conditions définies par l'article 14.2 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Elle s'applique aux patients dont les capacités de déplacement sont altérées par leur état de santé (affection neurologique, locomotrice, âge avancé...). Une visite peut être réalisée pour un patient ne relevant pas de ces catégories mais elle ne sera remboursée que sur la base d'une consultation au cabinet. A cela peuvent s'ajouter des indemnités kilométriques selon la distance du cabinet au domicile.

La création en 2002 de cette majoration a permis de réduire le nombre de VAD jugées non justifiées. Cela se basait sur le principe que « sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des MG » (5).

D. Intérêts

Ils sont étroitement liés aux patients relevant de la possibilité d'appliquer la majoration de déplacement.

1. Réduction du déclin fonctionnel

L'efficacité la plus significative de la VAD porte sur le déclin fonctionnel avec une tendance à la réduction de la mortalité toute cause confondue (6). Cette analyse est validée par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la prévention des chutes au domicile (7), la diminution du risque étant permise par l'aménagement de l'habitat, la révision des prescriptions médicamenteuses ou encore la correction de troubles sensoriels ou du rythme cardiaque. La VAD permet l'observation directe de l'environnement du patient par rapport au cabinet.

L'Organisation Mondiale des Collèges Nationaux, Académies et Associations Académiques des Généralistes et des Médecins de Famille (WONCA) estime en 2018 que les MG doivent pouvoir jouer un rôle majeur dans les soins consacrés aux personnes âgées (8). Leur relation tissée avec le patient et sa connaissance ainsi que celle de son entourage sont un atout essentiel. Cela doit leur permettre d'accomplir leur rôle de coordination des soins et de prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une perte d'autonomie.

2. Accès facilité aux soins palliatifs

L'intérêt des VAD est également validé dans le cadre des soins palliatifs. Alors que les patients souhaitent finir leur vie à domicile (9), une étude danoise a montré que la probabilité d'y décéder augmentait selon la propension générale du MG à

proposer des VAD (10). L'hospitalisation à domicile s'appuie régulièrement sur le médecin traitant.

3. Renforcement de la relation avec le patient et son entourage

Dans le cadre de l'accompagnement du patient, certaines études suggèrent que la VAD permet a minima de consolider la relation médecin-patient (11), la communication avec ce dernier favorisant l'adhésion thérapeutique (12).

Le maintien à domicile dépend également du soutien de l'entourage du patient. Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (13), 1 459 000 personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie vivaient à domicile en 2015. Parmi leurs 3.9 millions d'aidants, une personne sur deux déclarait une conséquence négative de l'aide apportée sur sa propre santé. Le MG est un interlocuteur privilégié pour dépister la détresse de l'entourage et prévenir un décrochage dans son implication que le système de soins pourrait avoir peine à combler.

4. Prévention du report de soins sur la fonction hospitalière

Le concept de virage ambulatoire promu au cours des dernières décennies afin de limiter les hospitalisations non nécessaires s'appuie sur la coopération des MG. Un rapport du ministère des Solidarités et de la Santé publié en 2018 rappelle la nécessité de prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables (14). Cette prévention relève en première intention des professionnels et dispositifs de soins primaires selon lui. Les objectifs proposés sont de leur venir en soutien mais nullement de les remplacer.

II. Déterminants de la réalisation des visites à domicile

A. Théorie de l'action raisonnée

Fishbein et Ajzen ont introduit dans le domaine psychosocial la Théorie de l'action raisonnée (15). Elle suggère que l'adoption d'un comportement dépend de l'intention de mettre en œuvre ce comportement. Adaptée à notre étude, elle suggère que l'intention de réaliser des VAD est d'origine multifactorielle :

- Attitude envers les VAD : à partir de leurs propres croyances et attitudes, les MG seront plus enclins à en réaliser s'ils les perçoivent comme un moyen efficace de soigner leurs patients malgré l'environnement domestique.
- Normes subjectives : cette décision est également influencée par les normes sociales et professionnelles (opinions des autres médecins, des patients, directives éthiques et réglementaires). Si celles-ci promeuvent ces visites en tant que pratique essentielle, les médecins seront d'avantage enclins à les incorporer dans leur pratique.
- Contrôle comportemental : les MG évaluent leur perception de la faisabilité des VAD. Si les entraves logistiques et organisationnelles (matériel, temps...) sont réduites, cela les incitera davantage à en réaliser.

B. Facteurs pouvant limiter la décision de réaliser des visites

La déontologie a un impact important sur la réalisation des VAD. Les MG en faisant pensent souvent que c'est leur rôle, notamment pour les VAD non programmées (16). La pratique montre pourtant que d'autres facteurs interviennent, tels que prévus par la Théorie de l'action raisonnée.

1. Facteurs propres au médecin et au patient

L'âge du médecin (plus avancé), son sexe (masculin) ou encore le nombre d'heures effectuées (plus grand) sont en lien avec une propension à pratiquer plus de VAD (17). Si cette tendance se poursuit, le rajeunissement et la féminisation des MG (décrits plus loin) risquent d'aggraver l'offre en VAD. Cette propension varie également selon la localisation du cabinet, le fait de pratiquer seul ou en groupe, les conditions climatiques ou encore les supports techniques. Certains travaux (16) rapportent le manque d'efficacité ressenti. Il existe également un doute quant à son utilité alors qu'elle est à l'origine d'un épuisement du soignant. Il en découle que les VAD sont régulièrement perçues comme une nécessité et un devoir mais également comme une contrainte.

Les caractéristiques du patient ont également un rôle déterminant. Ils bénéficient de plus de VAD en cas de polyopathie, d'âge plus avancé, d'isolement socio-médical ou selon leur relation avec le MG (17).

2. Facteurs liés aux conditions d'activité

Le temps consacré à cet acte, sa rémunération et la mise en difficulté par la tenue du dossier médical sont régulièrement mis en avant comme des freins importants

(16,18). Cela donne un sentiment de dégradation des soins à l'origine d'une diminution des VAD (19).

3. Influence des décisions politiques

Les politiques de Santé à un instant donné impactent non seulement l'offre mais également la demande. Un nombre plus important de MG permet de répartir la charge de soins (augmentation de l'offre). La demande peut également être modifiée. Un exemple parlant est la diminution de 22.5 % du nombre de VAD réalisées par les MG de février 2002 à février 2003. Cela découlait de l'accord du 5 juin 2002 entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux à l'origine de la Majoration de Déplacement (ayant un effet dissuasif car permettant un dépassement non remboursé en cas de visite non médicalement justifiée).

III. Le défi démographique français : évolution et enjeux

A. Modifications de la population générale

La population française augmente depuis la seconde Guerre Mondiale et a atteint 68 millions d'habitants en novembre 2022 (20). L'augmentation associée de l'espérance de vie se traduit par un vieillissement de cette population. Une personne sur cinq (21.3%) a 65 ans ou plus au 1^{er} janvier 2023, proportion en augmentation depuis plus de trente ans et s'accroissant depuis 10 ans (« papy-boom » lié au « baby-boom » de l'après-guerre).

Les prévisions évoluent au cours du temps car la démographie dépend de facteurs tels que la fécondité, la mortalité ou les migrations de population, sensibles aux événements (épidémies, géopolitique, croissance économique...). L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) estimait en 2016 (21) que la France atteindrait 76.4 millions d'habitants en 2070. Bien que ce nombre ait été revu en 2021 (22) à 68.1 millions avec un pic de 69.3 millions vers 2044, sa composition devrait tout de même être bouleversée. 29 % de la population (20 millions) aura en 2070 plus de 65 ans contre 20 % en 2018. Plus de 30 % de la population aura 65 ans ou plus dans 62 départements. En 2018, cette proportion est inférieure à 30 % dans tous les départements.

La survenue de pathologies chroniques invalidantes accompagne ce vieillissement. L'« espérance de vie en bonne santé » aussi nommée « espérance de

vie sans incapacité » s'intéresse à la qualité de ces années de vie « gagnées ». L'INSEE la définit comme « la durée de vie moyenne sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité et de morbidité de l'année » (23). Comme le déclarait en 1997 Dr Hiroshi Nakajima alors directeur de l'OMS : « sans qualité de vie, une longévité accrue ne présente guère d'intérêt (...), l'espérance de vie en bonne santé est plus importante que l'espérance de vie ». Elle est déterminée par l'existence ou non au sein d'un échantillon de la population de limitations depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement à cause d'un problème de santé. Moins l'incapacité est importante et plus la réponse sera subjective. Il faut donc l'interpréter avec précautions.

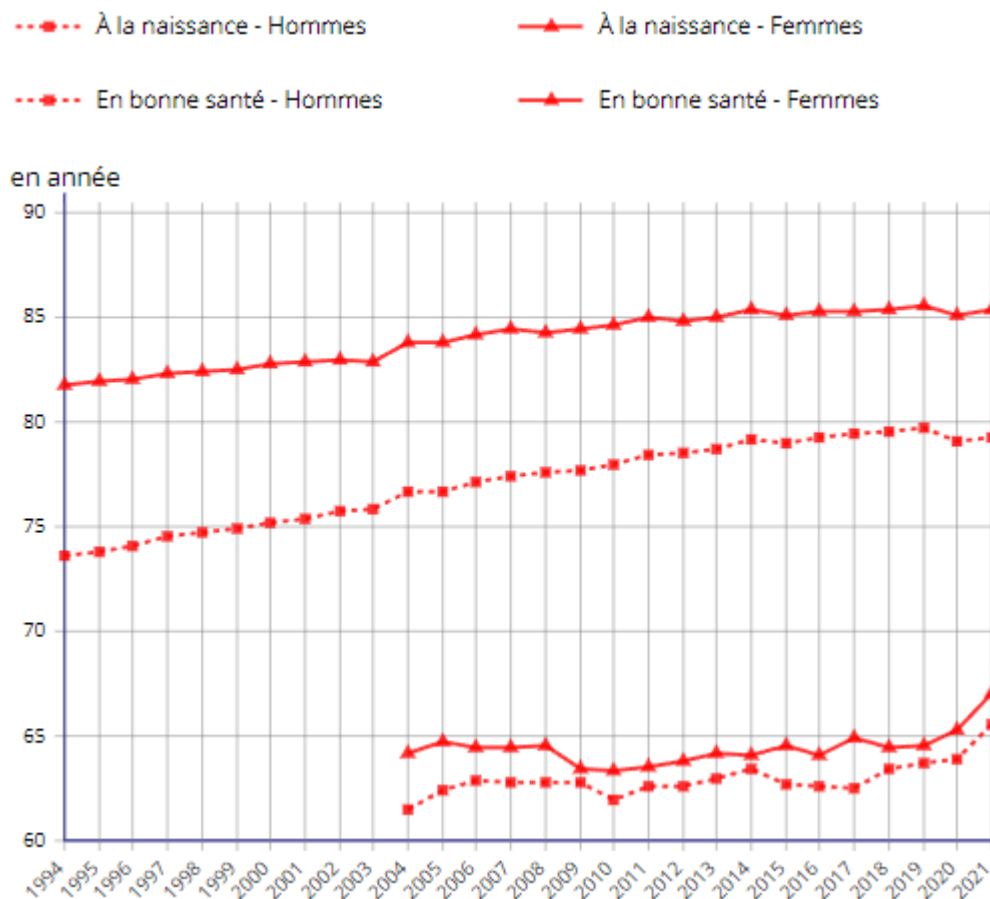


Figure 1. Espérance de vie à la naissance (2 courbes supérieures) et espérance de vie en bonne santé à la naissance (2 courbes inférieures) en France au 31 janvier 2020. Source : INSEE, Etat civil pour l'espérance de vie à la naissance et Eurohex, méthode EHEMU pour l'espérance de vie en bonne santé à la naissance.

La figure 1 dressée par l'INSEE (24) représente selon le sexe l'évolution de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie en bonne santé à la naissance au cours des dernières décennies en France. Elles sont globalement en augmentation depuis les années 2000 en dehors de la pandémie de COVID. En 2020 et en France, l'espérance de vie des hommes à la naissance est de 79,2 ans contre 85,3 ans pour les femmes alors que l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est respectivement de 63,9 ans et de 65,3 ans. Ces marqueurs suggèrent donc que l'on vit plus longtemps sans incapacité mais que la proportion de personnes en incapacité risque tout de même d'augmenter devant le vieillissement de la population. C'est cette partie de la population qui bénéficie principalement des VAD et qui risque d'être impactée par le bouleversement de la population médicale si l'on ne s'y prépare pas.

B. Modifications de la population médicale

Les données suivantes se basent sur l'atlas de démographie publié en 2023 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (25).

1. Effectifs

Tout médecin exerçant sur le territoire français est inscrit à l'Ordre des médecins (sauf médecins du service de santé des armées ou médecins praticiens à diplôme étranger n'ayant pas encore obtenu une autorisation de plein exercice). Au 1er janvier 2023, 322 973 médecins (toutes spécialités confondues) sont inscrits au Tableau contre 281 912 en 2010 soit une augmentation de 14.5 % (cf. figure 2) alors que la population française a augmenté en parallèle de 8.4 % selon l'INSEE.

Selon le CNOM, seulement 234 028 des 322 973 sont considérés comme « actifs » (déclaration d'au moins une activité en France au CNOM). Parmi eux :

- 197 417 sont en « activité régulière » (exclusion des retraités sans activité, des retraités ayant conservé une activité médicale, des non retraités sans activité ou encore des médecins en activité intermittente),
- 16 452 sont en « activité intermittente » (remplaçants libéraux ou contrats salariés courts),
- 20 159 sont « retraités ayant conservé une activité médicale ».

Parmi les 88 845 « non actifs » :

- 5 411 sont « non retraités sans activité »,
- 83 434 sont « retraités sans activité ».

(N.B. : ces valeurs cumulées donnent 322 873 médecins inscrits et non 322 973 sans pouvoir déterminer à quelle catégorie appartiennent les 100 absents, possiblement en faveur d'une erreur dans ce rapport).

Le nombre d'inscrits augmente donc alors que la part de l'activité régulière diminue, passant de 76.5 % en 2010 à 61.1 % en 2023 (197 417 contre 200 045). L'augmentation des médecins actifs de 2010 à 2023 n'est donc que de 8.5 % et est superposable à l'évolution de la population générale. La proportion des spécialistes hors médecine générale augmente (56.7 % des médecins actifs contre 52 % en 2010). A contrario, les médecins généralistes « actifs » ont diminué de 2 % et sont 101 334 (soit 43.3 % de tous les médecins actifs) dont 82 858 sont « actifs réguliers » (35.4 % de tous les médecins actifs).

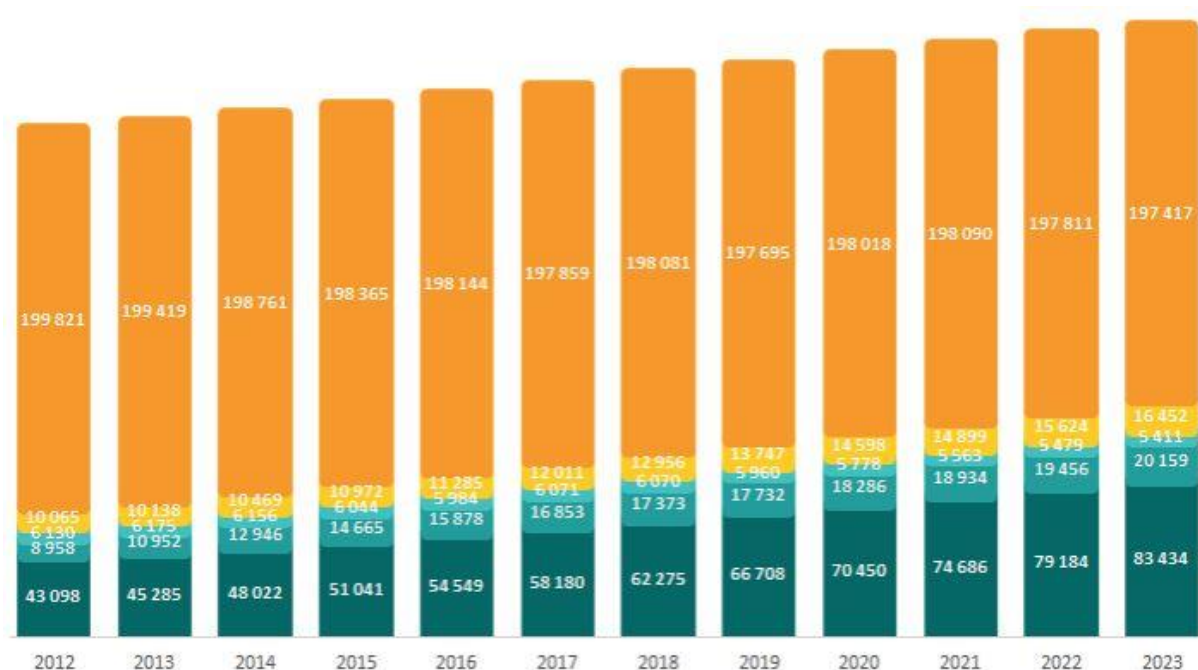


Figure 2. Evolution de l'effectif des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins de 2012 à 2023. De haut en bas : activité régulière, activité intermittente, non retraités sans activité, retraités ayant conservé une activité médicale, retraités sans activité. Source : Atlas de la démographie médicale 2023, CNOM

2. Âge

La population médicale a vieilli et les médecins en activité ont 51 ans en moyenne en 2023. Cela s'explique par un *numerus clausus* plus élevé dans les années 70 qu'au cours des années suivantes (environ 8 000 dans les années 70 contre moins de 4 000 dans les années 90). La génération de 70 a donc tendance à être plus représentée

aujourd'hui. Ce *numerus clausus* a été revu à la hausse pour atteindre récemment des valeurs semblables à celles des années 70 avant d'être remplacé par le *numerus apertus*. Il y a donc aujourd'hui autant de nouveaux médecins, plus jeunes, que de médecins proches de la retraite.

3. Sexe

Les médecins de sexe féminin sont 114 205 en 2023 pour 119 777 hommes, soit 48.8 % des effectifs en activité contre 40.1 % en 2010. Plus l'âge moyen des médecins dans les départements est jeune et plus la part des femmes est importante. Les femmes sont aujourd'hui plus représentatives de l'activité régulière (100 928 femmes, soit 51 % du total des actifs réguliers). Concernant la population française générale, 51.7 % des 67.8 millions d'habitants au 1er janvier 2022 étaient des femmes. Elles représentaient 51.3 % de la population en 1991 selon l'INSEE (26). Cette relative stabilité n'explique donc pas l'inversion du *sex-ratio* parmi les médecins. Elles représentent une part encore plus importante des MG en activité régulière (53.4 %).

4. Mode d'exercice

L'exercice salarié est désormais privilégié par les médecins en activité, toute spécialité confondue (45.5 % en 2023 contre 42.2 % en 2015). L'exercice mixte a également augmenté de 9.7 à 10.5 %. L'exercice libéral est en revanche en baisse (43.5 % contre 47.9 %).

L'exercice libéral exclusif est en 2023 majoritaire uniquement pour les MG en activité (58.4 %), régulière ou non. Cela les oppose aux médecins « spécialistes » majoritairement salariés (58.4 %). Concernant les MG en activité régulière, le libéral exclusif constitue toujours leur mode d'activité privilégié (56.3 %) devant le salariat (37.3 %) et l'exercice mixte (6.3 %).

IV. Conclusion

Le vieillissement de la population engendre une augmentation des patients polypathologiques et en perte d'autonomie. En l'état actuel, leur accès aux soins primaires risque de dépendre de la réalisation ou non de VAD par les MG. Celles-ci semblent pourtant de plus en plus délaissées.

Le but de ce travail était donc d'identifier quelles contraintes étaient à réduire en priorité pour faciliter leur pratique. L'objectif secondaire était de quantifier la différence de contrainte ressentie entre consultation au cabinet et consultation en VAD.

MATERIELS ET METHODES

I. Caractéristiques de l'étude

A. Type d'étude

L'étude réalisée est de type épidémiologique, observationnelle et transversale.

B. Sélection des participants

1. Population cible

Cette étude s'intéresse aux MG exerçant la médecine générale en activité régulière (telle que définie dans l'introduction) dans le Nord, cette activité étant compatible avec la réalisation de VAD dans ce cadre. Leurs caractéristiques ont été obtenues auprès du conseil départemental du Nord de l'ordre des médecins (CDOM 59) (cf. Annexes 1 et 2).

a) Effectif et sexe

Le Nord comporte 2 366 MG libéraux actifs dont 906 femmes et 1 460 hommes. Parmi eux, 185 sont retraités actifs (29 femmes, 156 hommes). Il y a donc 2 181 MG actifs réguliers. Sans les 185 retraités actifs (29 femmes, 156 hommes), on obtient 877 femmes (40.2 %) et 1 304 hommes (59.8 %).

b) Âge

On suppose que les retraités actifs ont plus de 60 ans. Parmi les plus de 60 ans, il y a donc 542 hommes dont 156 retraités actifs, soit 386 hommes actifs réguliers (17.7 %). En parallèle, il y a 146 femmes dont 29 retraitées actives soit 117 femmes en activité régulière (5.4 %).

Concernant les moins de 40 ans, il y a 272 hommes (12.5 %) et 367 femmes (16.8 %).

Pour les 40 à 60 ans, il y a 646 hommes (29.6 %) et 393 femmes (18.0 %).

c) Mode d'exercice

Les MG du Nord en activité régulière ont en 2023 un mode d'exercice libéral (58.7 %) puis salarié (36.2 %) et enfin mixte (5.0 %) (25). Sans les salariés (ne faisant

pas partie de la population cible), on obtient 92.1 % d'activité libérale et 7.9 % d'activité mixte.

2. Population source et échantillonnage

Les médecins contactés pour remise du questionnaire ont été sélectionnés à partir de l'annuaire de santé Ameli.fr en juin 2023. A partir des médecins « généralistes » y étant référencés dans les 648 communes du Nord (au 1er janvier 2023 et selon l'INSEE), une liste de 2 525 personnes a été dressée. Après retrait des doublons et des médecins sans téléphone mentionné, il restait 1 870 médecins. Après répartition aléatoire de cette liste via la fonction « ALEA » d'Excel, les 500 premiers ont été contactés.

3. Recrutement

Celui-ci s'est déroulé du 08/08/2023 au 30/08/2023 inclus. Le but était d'obtenir un moyen de transmettre le lien vers le questionnaire au médecin. Les principes de l'étude et de l'échantillonnage ont été systématiquement expliqués au médecin, à son secrétariat ou par message (SMS/répondeur) de manière standardisée (cf. Annexe 3). En cas de transmission par SMS, répondeur ou secrétariat sans obtention d'adresse mail, un nouveau contact était réalisé en essayant d'appeler un minimum de 3 fois au total, sur 3 semaines différentes et pendant les horaires d'activité si connus. En cas d'e-mail / numéro de téléphone personnel obtenu, un message standardisé était envoyé selon qu'il y ait eu ou non contact téléphonique avec le médecin (cf. Annexes 4 et 5). Une relance était réalisée sur tous les e-mails obtenus au début de la semaine de clôture du questionnaire (cf. Annexe 6), les réponses étant anonymes.

Les principaux résultats de l'étude se basent sur les questionnaires remplis de façon complète.

4. Critères d'inclusion, d'exclusion et de non-inclusion

Ils cherchent à n'obtenir que des MG appartenant à la population cible. Ils étaient appliqués dès le contact téléphonique lorsque cela était possible ou au tout début du questionnaire.

Critères d'inclusion :

- Exercer la médecine générale dans le département du Nord au moment du questionnaire.
- Exercer la médecine générale dans le cadre d'une activité libérale compatible avec la réalisation de visites à domicile.

Critères d'exclusion :

- Ne pas avoir de doctorat en médecine.
- Ne pas exercer la médecine générale libérale dans le Nord.
- Avoir un exercice salarié exclusif.
- Exercer uniquement comme remplaçant dans le cadre de l'activité libérale.
- Être retraité sans activité, retraité ayant conservé une activité médicale ou non retraité sans activité.

Critère de non-inclusion :

- Questionnaire incomplet.

II. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était hébergé sur la plateforme LimeSurvey conformément aux recommandations de la faculté de médecine de Lille et accessible aux médecins du 08/08/2023 au 01/09/2023. Son contenu est décrit en annexe (cf. Annexe 7). Les réponses aux questions 9B, C10A, C10B et C10C n'étaient pas obligatoires. Il comportait 18 questions réparties sur plusieurs parties.

A. Présentation de l'étude et des critères de participation

Après explication du cadre et des objectifs de l'étude, la première question donnait ou non accès au reste du questionnaire selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

B. 1^{ère} partie : caractéristiques socio-démographiques

Cette partie permettait de recueillir les caractéristiques du médecin : âge par tranches, sexe, mode d'exercice, mode d'installation, milieu d'exercice, nombre hebdomadaire d'heures consacrées à la médecine générale en libéral et nombre de VAD hebdomadaires.

C. 2^{ème} partie : ressenti vis-à-vis de la visite à domicile

Elle cherchait à définir quels MG étaient susceptibles d'arrêter de réaliser des VAD avant de s'intéresser aux contraintes responsables de cet enclin. Les catégories de contraintes proposées ont été recueillies à l'aide de précédentes études (16,18,19) ainsi qu'à partir d'avis pris sur des groupes de discussions internet (*Le Divan des Médecins*, *Facebook*). Ces données recueillies ont été adaptées pour aboutir à 15

catégories différentes. Il était possible de n'en choisir aucune ou d'en ajouter une. Après une première question visant à les introduire et à citer celles jugées comme importantes pour le MG, nous lui demandions de les classer de la plus importante à la 3ème plus importante. Pour chaque questionnaire, 3 points étaient attribués pour la 1ère position, 2 points pour la 2ème position et 1 point pour la 3ème position sans attribuer de point aux propositions non citées parmi les 3 plus importantes. Nous avons également analysé le classement des contraintes avec ce système d'attribution de points selon l'âge et le sexe. Le pourcentage de points attribués était analysé plutôt que le nombre de points pour prendre en compte les différences d'effectifs entre catégories.

D. 3^{ème} partie : répercussion des contraintes ressenties

Le MG devait quantifier le rapport noté « X » entre durée de ses consultations en VAD (déplacement compris) et celle de ses consultations au cabinet. Il devait ensuite quantifier la différence entre contrainte globale ressentie lors des consultations en VAD (hors déplacement ou cotation spécifique) et celle ressentie au cabinet selon un facteur noté « Y ». Le lien entre contrainte ressentie et rémunération attendue d'un acte était ensuite évalué ainsi que l'impact qu'aurait une réduction des contraintes sur sa tendance à réaliser des VAD.

III. Analyse des résultats

Les résultats ont été élaborés en collaboration avec un statisticien diplômé de l'ENSAI (Ecole Nationale de la Statistique et de l'Analyse de l'Information).

A. Récupération des résultats

Les données brutes étaient récupérées depuis la plateforme LimeSurvey sous forme de tableau contenant les réponses de tous les questionnaires complets (les questionnaires incomplets n'ont pas été pris en compte).

B. Traitement des valeurs manquantes et / ou aberrantes

Chaque questionnaire a été évalué individuellement avant de réaliser l'analyse statistique globale. L'objectif était de corriger les valeurs aberrantes à risque de compromettre les résultats de l'étude. Pour les propositions à choix unique/multiple, la cohérence des réponses entre elles était analysée au sein du même questionnaire.

Pour les réponses avec des valeurs chiffrées, les propositions étaient analysées en comparaison à l'ensemble des réponses.

C. Redressement

En parallèle, un redressement par pondération des observations était prévu si nécessaire. La représentativité de l'échantillon était testée comparativement aux données connues concernant la population cible (âge, sexe et mode d'exercice).

D. Analyse des résultats définitifs

Les analyses statistiques et nettoyage de la donnée ont été réalisés avec le langage Python (version 3.10.9), via un Jupyter Notebook.

La recherche de corrélation entre variables qualitatives était effectuée au moyen de tests du Khi-Deux (en utilisant la librairie SciPy (version 1.11.2)) et en tenant compte des poids liés au redressement. Par rapport au questionnaire, certaines catégories de ces variables ont été regroupées afin d'obtenir suffisamment d'individus au sein de chaque classe, et d'améliorer ainsi la capacité à détecter des corrélations.

L'analyse de la distribution des variables quantitatives (moyennes, écart-types, médianes, quantiles) a été réalisée en tenant compte des poids issus du redressement. La normalité des distributions était vérifiée et rejetée en se basant sur le test de Shapiro-Wilk (en utilisant la librairie SciPy (version 1.11.2)). Des estimations par noyau (« Kernel density estimation ») étaient tracées pour illustrer le caractère non gaussien des distributions.

La recherche de corrélations entre les variables quantitatives (« X » et « Y ») et les autres variables qualitatives a été réalisée en transformant ces premières en variables qualitatives (via l'affectation de ces valeurs à des classes), et non en réalisant des tests de Kruskal-Wallis ou Mann-Whitney. Ce choix a été dicté par le caractère subjectif de ces valeurs (= valeur attribuée selon le ressenti des MG). Des boîtes à moustache ont permis de comparer les distributions de ces grandeurs selon les différentes classes des variables qualitatives analysées.

Une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) cherchant à identifier les profils des individus a été réalisée (en utilisant la librairie Prince (version 0.7.1)). Les poids de redressement n'ont pas été utilisés pour cette analyse, la librairie Python ne le permettant alors pas.

Le seuil de significativité des tests a été établi à 5%.

IV. Règlement Général sur la Protection des Données (RGDP)

Le recueil, le traitement et la retranscription des données ont été réalisés en prenant soin de conserver l'anonymat des personnes ayant répondu au questionnaire. Aucune donnée personnelle à caractère sensible ne sera conservée au-delà de l'aboutissement de la thèse ou partagée au cours ou après celle-ci.

RESULTATS

I. Récupération et nettoyage des données brutes

A. Accessibilité au questionnaire par l'échantillon

243 des 500 personnes tirées au sort ont eu la possibilité de participer à cette étude. Le tableau 1 détaille pour quelles raisons les autres personnes n'y ont pas eu accès.

Tableau 1 : accessibilité au questionnaire de l'échantillon

	Effectif total n = 500
MG n'ayant pas eu accès au questionnaire	257 (51.4 %)
Pas de retour à la proposition de participation	66 (13.2 %)
<i>Après transmission par le secrétariat</i>	58 (11.6 %)
<i>Après message laissé sur répondeur</i>	8 (1.6 %)
Ne souhaitait pas répondre	47 (9.4 %)
Pas de contact possible	46 (9.2 %)
<i>Messagerie sans répondeur / pas de réponse lors des appels</i>	26 (5.2 %)
<i>Coordonnées erronées sans alternative</i>	16 (3.2 %)
<i>Rendez-vous informatisés sans contact possible</i>	4 (0.8 %)
Congés annuels	42 (8.4 %)
MG exerçant une autre spécialité uniquement	35 (7.0 %)
<i>Angiologie</i>	13 (2.6 %)
<i>Homéopathie et / ou acupuncture</i>	6 (1.2 %)
<i>Andrologie / sexologie</i>	3 (0.6 %)
<i>Allergologie</i>	2 (0.4 %)
<i>Gynécologie</i>	2 (0.4 %)
<i>Médecine esthétique</i>	2 (0.4 %)
<i>Expertise médicale</i>	1 (0.2 %)
<i>Médecine du sport</i>	1 (0.2 %)
<i>Médecine thermique</i>	1 (0.2 %)
<i>Nutritionniste</i>	1 (0.2 %)
<i>Oncologie</i>	1 (0.2 %)
<i>Ostéopathie</i>	1 (0.2 %)
<i>Pathologies du sommeil</i>	1 (0.2 %)
Congés maternité	6 (1.2 %)
Arrêt maladie	6 (1.2 %)
Retraité	4 (0.8 %)
Travaille en Belgique	3 (0.6 %)
Retraité en activité	1 (0.2 %)
Décès	1 (0.2 %)
MG ayant eu accès au questionnaire	243 (48.6 %)

E-mail avec lien vers le questionnaire	237 (47.4 %)
Questionnaire envoyé par voie postale	3 (0.6 %)
Lien donné oralement par voie téléphonique	2 (0.4 %)
SMS envoyé avec lien vers le questionnaire	1 (0.2 %)

B. Participation de l'échantillon au questionnaire

175 questionnaires ont été enregistrés sur 243 participations possibles :

- 32 étaient incomplets dont 12 non éligibles d'après leur réponse à la première question et 20 n'ayant pas rempli complètement le questionnaire,
- 143 étaient complets dont 141 ont été obtenus via LimeSurvey et 2 retranscrits après retour de courrier par voie postale.

Au total, 28.6 % de l'échantillon a donc participé à l'étude de façon complète. La figure 3 résume les étapes ayant permis d'obtenir les 143 questionnaires à l'origine des analyses statistiques.

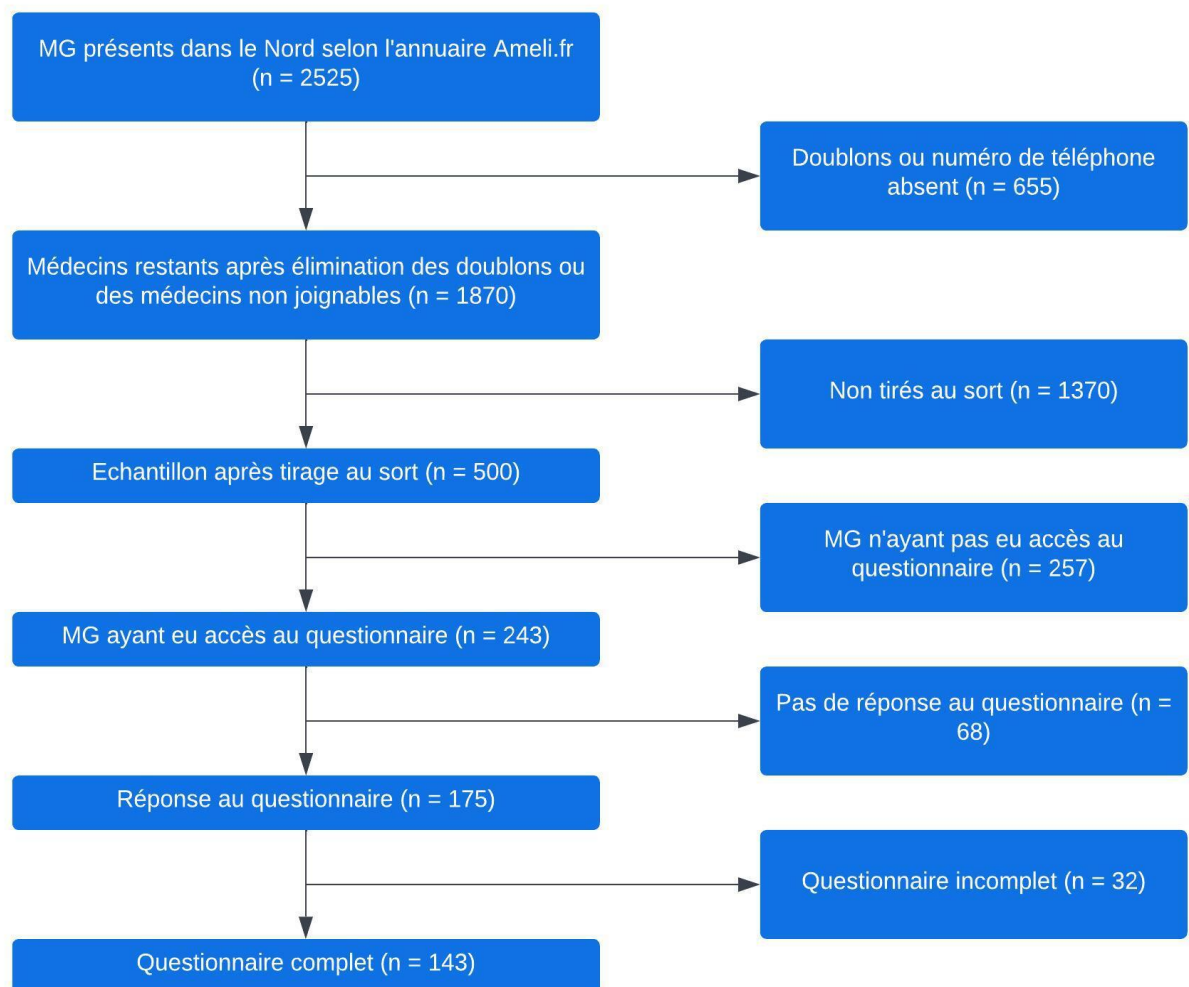


Figure 3. Diagramme de flux détaillant les filtres appliqués à la population source pour aboutir aux résultats bruts

C. Traitement des valeurs manquantes et / ou aberrantes

Les données brutes des 143 questionnaires complets (cf. Annexe 8) ont été analysées afin de corriger les réponses aberrantes avant analyse statistique. 46 questionnaires contenaient des résultats discordants et/ou aberrants (32.2 %). Les corrections ont été suggérées par groupes d'erreurs similaires puis réévaluées avec le statisticien pour les valider ou non. Elles sont toutes accessibles en annexe (cf. Annexe 9) et parmi les 46 questionnaires :

- 4 ont été ajustés sur les questions 9 A (contraintes jugées significatives), 10 A, B et C (choix des 3 contraintes majeures) par rapport à la proposition « 16. Aucune » (contrainte) pour ne pas l'associer à d'autres propositions (l'une excluant alors l'autre).
- 20 ont été ajustés sur des contraintes non cochées à la question 9A mais mentionnées aux questions 10 A, B ou C.
- 5 ont été ajustés sur les réponses aux questions 10 A, B et C entre elles (élimination des doublons, ajustement des propositions laissées vides).
- 23 contenaient une proposition supplémentaire à la question 9 B. 18 de ces contraintes étaient déjà mentionnées parmi les propositions citées en 9 A et n'apportaient aucun élément supplémentaire jugé significatif pour l'étude. 5 étaient déjà proposées mais non cochées ce qui a été corrigé.
- 7 ont été ajustés sur la question 11 portant sur la durée de la visite afin de recadrer les valeurs aberrantes.
- 2 ont été ajustés pour la question 12 portant sur la contrainte ressentie pour une consultation en visite par rapport au cabinet (hors déplacement) afin d'être cohérents avec l'ensemble des autres questionnaires.

Pour les valeurs quantitatives aberrantes, une faute de frappe ou de compréhension était évoquée en cas de discordance avec les réponses aux autres questions ou à celles des 142 autres questionnaires complets. Pour les valeurs qualitatives, seule la logique entre 2 réponses ou l'absence de réponse permettait de décider d'une modification.

II. Redressement

A. Caractéristiques socio-démographiques analysées pour le redressement (Q1-Q3)

Les 143 MG ayant répondu de façon complète représentent 6.6 % de la population cible. Le tableau 2 décrit leurs caractéristiques par rapport à celles connues de la population cible.

Tableau 2 : comparaison des participants à la population cible avant redressement

	Participants n = 143	Population cible n = 2 181
Âge (années)		
< 40	54 (37.8 %)	639 (29.3 %)
40 - 59	49 (34.3 %)	1 039 (47.6 %)
≥ 60	54 (37.8 %)	503 (23.1 %)
Sexe		
Féminin	56 (39.2 %)	877 (40.2 %)
Masculin	87 (60.8 %)	1304 (59.8 %)
Mode d'exercice		
Libéral	130 (90.9 %)	Valeur non connue* (92.1 %)
Mixte	13 (9.1 %)	Valeur non connue* (7.9 %)

* Pourcentage arrondi connu n'ayant permis de calculer avec précision l'effectif.

Concernant l'âge avant répartition par classes, il est présenté dans la figure 4.

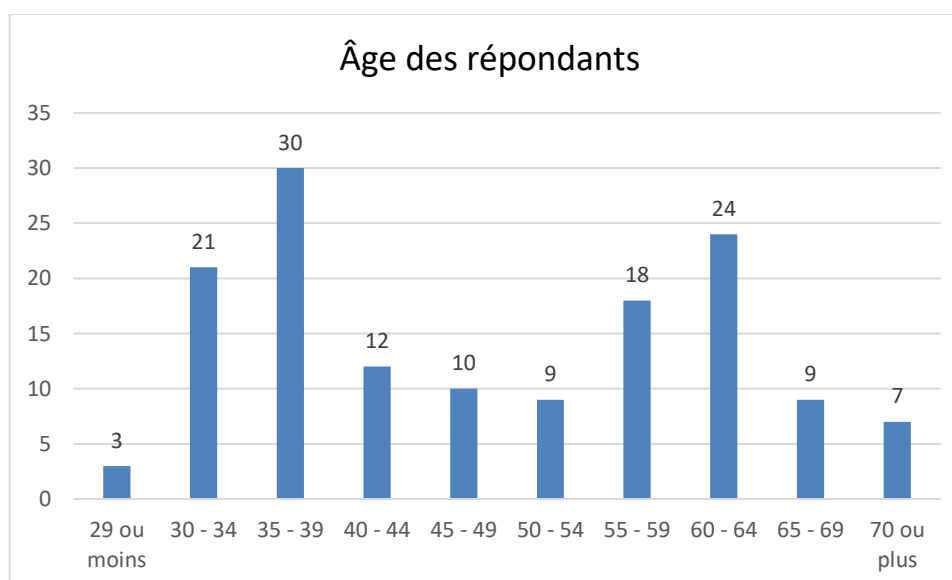


Figure 4. Âge des répondants avant redressement.

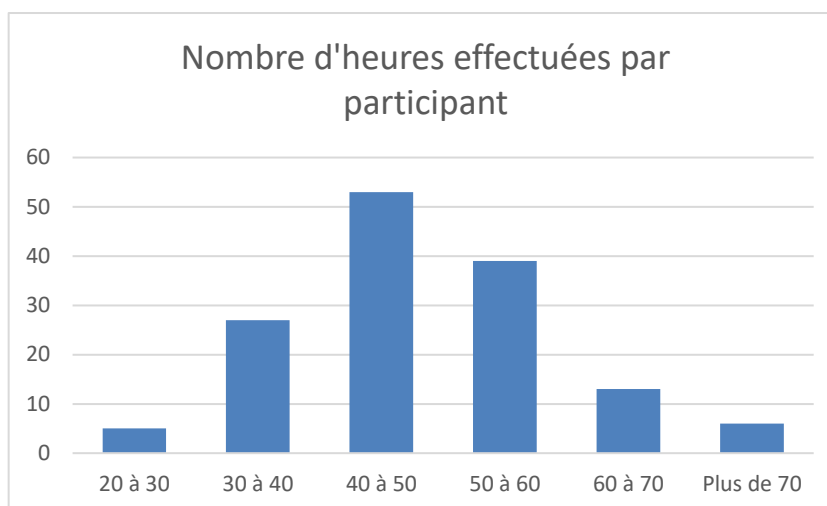


Figure 5. Nombre de participants selon le nombre d'heures hebdomadaires réalisées en médecine générale libérale avant redressement.

B. Redressement de l'échantillon

L'échantillon était représentatif sur le sexe ($p = 0.873$) et le mode d'exercice ($p = 0.706$) mais pas sur l'âge ($p = 0.008$). Pour se rapprocher de la population cible, un poids différent était donc attribué à chaque participant selon la catégorie d'âge selon qu'elle soit sur- ou sous-représentée (cf. tableau 3).

Tableau 3 : redressement sur l'âge

	Poids avant redressement	Poids après redressement
Âge (années)		
< 40	1	0.78 *
40 - 59	1	1.39
≥ 60	1	0.82

* Valeur arrondie à la 2^{ème} décimale.

Le tableau 4 montre donc les nouveaux effectifs par tranches d'âge. La somme de tous les effectifs reste égale à 143. Après redressement, les participants devenaient représentatifs sur l'âge ($p = 1.0$) et le restaient sur le sexe ($p = 0.585$) et le mode d'exercice ($p = 0.932$).

Tableau 4 : redressement des répondants sur l'âge

	Effectif avant redressement n = 143	Effectif après redressement n = 143
Âge (années)		
< 40	54 (37.8 %)	42 (29.3 %)
40 - 59	49 (34.3 %)	68 (47.6 %)
≥ 60	40 (28.0 %)	33 (23.1 %)
Sexe		
Féminin	56 (39.2 %)	54 (37.5 %)
Masculin	87 (60.8 %)	89 (62.5 %)
Mode d'exercice		

Libéral	130 (90.9 %)	131 (91.6 %)
Mixte	13 (9.1 %)	12 (8.4 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

III. Analyse des résultats

Ils concernent, sauf mention contraire, les réponses après redressement. Les effectifs ont donc été arrondis à l'unité pour faciliter la lisibilité et les pourcentages à la décimale.

A. Données socio-démographiques et analyses croisées

1. Données socio-démographiques n'ayant pas contribué au redressement (Q4-Q7)

Tableau 5 : caractéristiques socio-démographiques non prises en compte dans le redressement

	Effectif après redressement n = 143
Mode d'installation	
Individuel	55 (38.5 %)
Groupe mono-professionnel	39 (27.4 %)
Groupe pluri-professionnel	49 (34.1 %)
Milieu de l'exercice libéral	
Rural	19 (13.6 %)
Semi-rural	56 (39.0 %)
Urbain	68 (47.4 %)
Heures d'exercice libéral par semaine (médecine générale)	
< 40	27 (18.9 %)
40 - 59	94 (65.8 %)
≥ 60	22 (15.3 %)
Nombre de visites à domicile par semaine	
0	3 (2.1 %)
1 - 4	21 (15.0 %)
5 - 9	39 (27.3 %)
10 - 14	41 (28.9 %)
15 - 19	19 (13.1 %)
≥ 20	20 (13.6 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

2. Corrélations avec l'âge

Tableau 6 : caractéristiques socio-démographiques corrélées à l'âge

	< 40 ans n = 42	40 - 59 ans n = 68	≥ 60 ans n = 33
Sexe ($p = 0.001$)			
Féminin	25 (59.3 %)	22 (32.7 %)	7 (20.0 %)
Masculin	17 (40.7 %)	46 (67.3 %)	26 (80.0 %)
Mode d'installation ($p < 0.001$)			
Individuel	4 (9.3 %)	31 (44.9 %)	21 (62.5 %)
Groupe mono-professionnel	19 (28.6 %)	19 (28.6 %)	5 (15.0 %)
Groupe pluri-professionnel	5 (15.0 %)	7 (22.5 %)	7 (22.5 %)
Heures d'exercice libéral par semaine (médecine générale) ($p < 0.001$)			
< 40	17 (40.7 %)	4 (6.1 %)	6 (17.5 %)
40 - 59	25 (59.3 %)	49 (71.4 %)	21 (62.5 %)
≥ 60	0 (0.0 %)	15 (22.4 %)	7 (20.0 %)
Visites à domicile par semaine ($p = 0.004$)			
0	2 (3.7 %)	1 (2.0 %)	0 (0.0 %)
1 - 4	13 (31.5 %)	4 (6.1 %)	4 (12.5 %)
5 - 9	12 (29.6 %)	17 (24.5 %)	10 (30.0 %)
10 - 14	7 (16.7 %)	28 (40.8 %)	7 (20.0 %)
15 - 19	6 (14.8 %)	8 (12.2 %)	4 (12.5 %)
≥ 20	2 (3.7 %)	10 (14.3 %)	8 (25.0 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

a) Sexe

Les femmes étaient plus représentées parmi les moins de 40 ans (59.3 %) que parmi les 40-59 ans (32.7 %) ($p = 0.001$). Elles étaient minoritaires à partir de 60 ans.

b) Mode d'installation

L'exercice individuel prédominait après 60 ans (62.5 %) alors qu'il était minoritaire avant 40 ans (9.3 %) ($p < 0.001$).

c) Heures effectuées en médecine générale libérale par semaine

Les MG plus jeunes déclaraient un volume horaire moins important ($p < 0.001$). 40.7 % des moins de 40 ans déclaraient moins de 40 h par semaine en médecine générale libérale contre 6.1 % des 40-59 ans et 17.5 % des plus de 60 ans. Aucun MG de moins de 40 ans ne réalisait plus de 60 h contre 22.4 % des 40-59 ans et 20.0 % des plus de 60 ans.

d) Visites réalisées par semaine

Les MG les plus jeunes réalisaient moins de VAD ($p = 0.004$). 35.2 % des moins de 40 ans réalisaient 0 à 4 VAD contre 8.2 % des 40-59 ans et 12.5 % après 60 ans.

A contrario, 18.5 % des moins de 40 ans réalisaient 15 VAD ou plus contre 26.5 % des 40-59 ans et 37.5 % des plus de 60 ans.

3. Corrélations avec le sexe

Tableau 7 : caractéristiques corrélées au sexe

	Féminin n = 54	Masculin n = 89
Heures d'exercice libéral par semaine (médecine générale) ($p = 0.001$)		
< 40	18 (34.4 %)	9 (9.6 %)
40 - 59	29 (54.8 %)	65 (72.4 %)
≥ 60	6 (10.8 %)	16 (18.0 %)
Visites à domicile par semaine ($p = 0.037$)		
0	3 (5.5 %)	0 (0.0 %)
1 - 4	12 (22.9 %)	9 (10.3 %)
5 - 9	14 (26.9 %)	25 (27.5 %)
10 - 14	14 (25.8 %)	28 (30.9 %)
15 - 19	7 (12.2 %)	12 (13.6 %)
≥ 20	4 (6.7 %)	16 (17.8 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

a) Heures effectuées en médecine générale libérale par semaine

Les hommes réalisaient plus d'heures hebdomadaires en libéral ($p = 0.001$) : 90.4 % des hommes déclaraient 40 h ou plus contre 65.6 % des femmes.

b) Visites réalisées par semaine

28.4 % des femmes réalisaient 0 à 4 VAD contre 10.3 % des hommes et 6.7 % des femmes en réalisaient 20 ou plus contre 17.8 % des hommes ($p = 0.043$).

4. Corrélations avec le mode d'exercice

Tableau 8 : caractéristiques corrélées au mode d'exercice

	Libéral n = 131	Mixte n = 12
Mode d'installation ($p = 0.027$)		
Individuel	52 (39.7 %)	3 (25.3 %)
Groupe mono-professionnel	38 (29.3 %)	1 (6.5 %)
Groupe pluri-professionnel	41 (31.0 %)	8 (68.3 %)
Heures d'exercice libéral par semaine (médecine générale) ($p = 0.033$)		
< 40	22 (16.4 %)	5 (45.6 %)
40 - 59	90 (68.5 %)	4 (36.0 %)
≥ 60	20 (15.0 %)	2 (18.4 %)
Visites à domicile par semaine ($p = 0.007$)		
0	1 (1.1 %)	2 (12.9 %)
1 - 4	18 (14.0 %)	3 (25.8 %)
5 - 9	33 (25.2 %)	6 (49.7 %)

10 - 14	40 (30.5 %)	1 (11.6 %)
15 - 19	19 (14.3 %)	0 (0.0 %)
≥ 20	20 (14.9 %)	0 (0.0 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

a) Mode d'installation

L'exercice pluri-professionnel était privilégié par les MG en activité mixte (68.3 %) alors que l'exercice en groupe mono-professionnel était minoritaire (6.5 %) ($p = 0.027$).

b) Heures effectuées en médecine générale libérale par semaine

Le volume horaire était globalement moins important en activité mixte ($p = 0.033$) : 83.5 % des MG en activité libérale exclusive réalisaient 40 h ou plus contre 54.4 % de ceux en activité mixte. En revanche, 18.4 % des MG en activité mixte déclaraient plus de 60 h contre 15.0 % des libéraux.

c) Visites réalisées par semaine

Les MG en activité mixte en réalisaient moins ($p = 0.028$) : 88.4 % en réalisaient 9 ou moins contre 40.3 % des libéraux exclusifs et 29.2 % des libéraux en déclaraient 15 ou plus contre 0.0 % en activité mixte.

5. Corrélation entre volume horaire et nombre de visites

Il existait une corrélation forte entre le nombre d'heures travaillées par semaine en libéral et le nombre de VAD réalisées ($p < 0.001$). 91.0 % des MG réalisant moins de 40 h réalisaient moins de 10 VAD par semaine, 42.2 % des MG travaillant 40 à 60 h hebdomadaires réalisaient 10 à 14 VAD et 79.8 % en réalisaient 15 ou plus au-delà de 60 h hebdomadaires.

Tableau 9 : Nombre de visites par semaine selon le nombre d'heures effectuées en médecine générale libérale

	< 40 h n = 27	40 - 59 h n = 94	≥ 60 h n = 22
Visites à domicile par semaine ($p < 0.001$)			
0	2 (5.7 %)	1 (1.5 %)	0 (0.0 %)
1 - 4	12 (42.7 %)	10 (10.6 %)	0 (0.0 %)
5 - 9	12 (42.6 %)	24 (25.4 %)	4 (16.4 %)
10 - 14	1 (3.1 %)	40 (42.2 %)	1 (3.8 %)
15 - 19	2 (5.9 %)	13 (13.7 %)	4 (19.1 %)
≥ 20	0 (0.0 %)	6 (6.6 %)	13 (60.7 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

6. Milieu d'exercice et autres croisements

Toutes les corrélations significatives retrouvées ont été citées et il n'existait donc pas de différence significative lorsqu'un croisement était réalisé entre le milieu d'exercice et une des autres données socio-démographiques.

7. Analyse des correspondances multiples

Nous avons croisé l'âge, le sexe, le nombre d'heures hebdomadaire dédiées à la médecine générale libérale et le nombre hebdomadaire de VAD hors redressement. Ces différentes caractéristiques ont été projetées sur deux composantes principales. Elles résumaient 40.5 % de l'information (cf. figure 6). On pouvait y distinguer visuellement plusieurs profils (entourés en rouge).

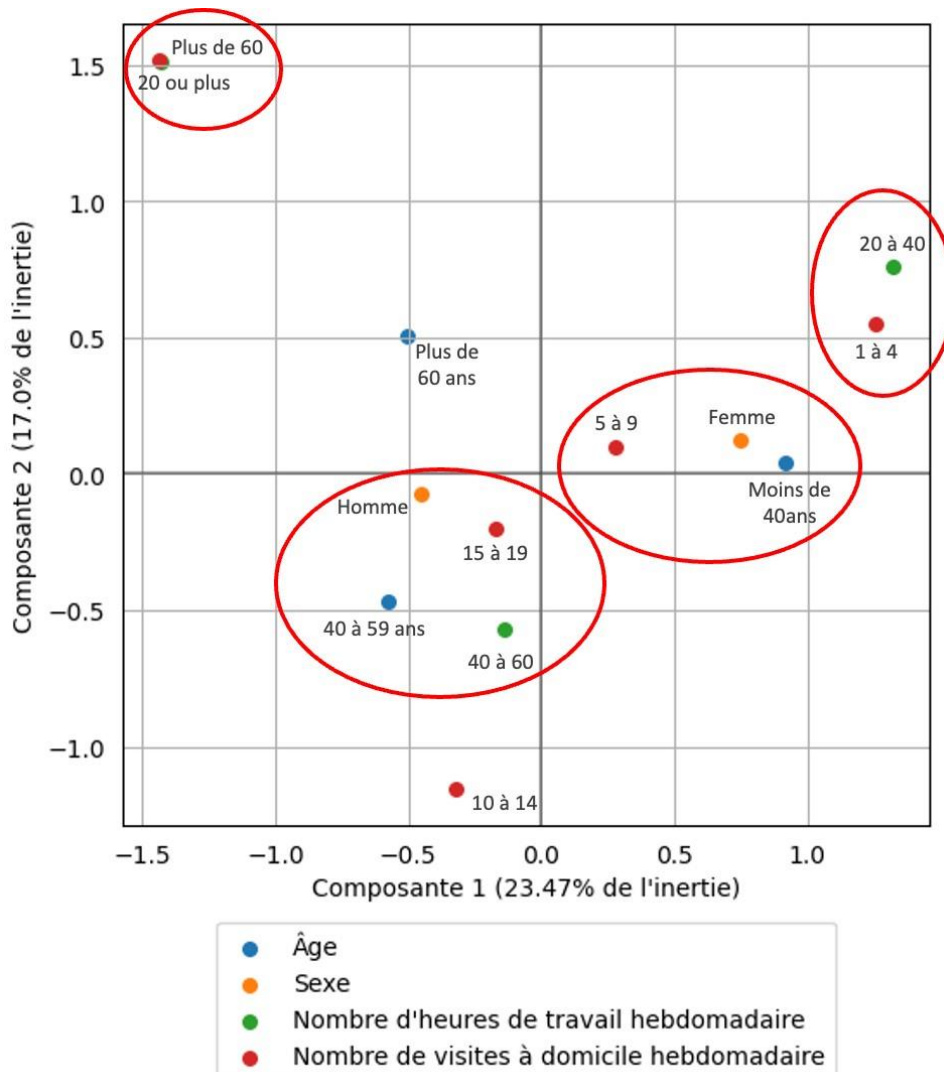


Figure 6. Analyse des correspondances multiples selon 4 des paramètres socio-démographiques étudiés.

B. Contraintes significatives de la visite à domicile

1. Propension à arrêter la réalisation de visites (Q8)

85 (59.1 %) des MG déclaraient qu'ils arrêteraient de réaliser la plupart de leurs VAD justifiées en cas d'alternative possible alors que 55 (38.8 %) continueraient à les réaliser. 3 (2.1 %) ne réalisaient pas de VAD.

2. Contraintes significativement plus importantes au cours des visites qu'au cours des consultations au cabinet (Q9)

La figure 7 présente les contraintes proposées aux MG et cochées comme significatives au cours de leurs VAD par rapport à leurs consultations au cabinet. Les tendances étaient superposables avant redressement.

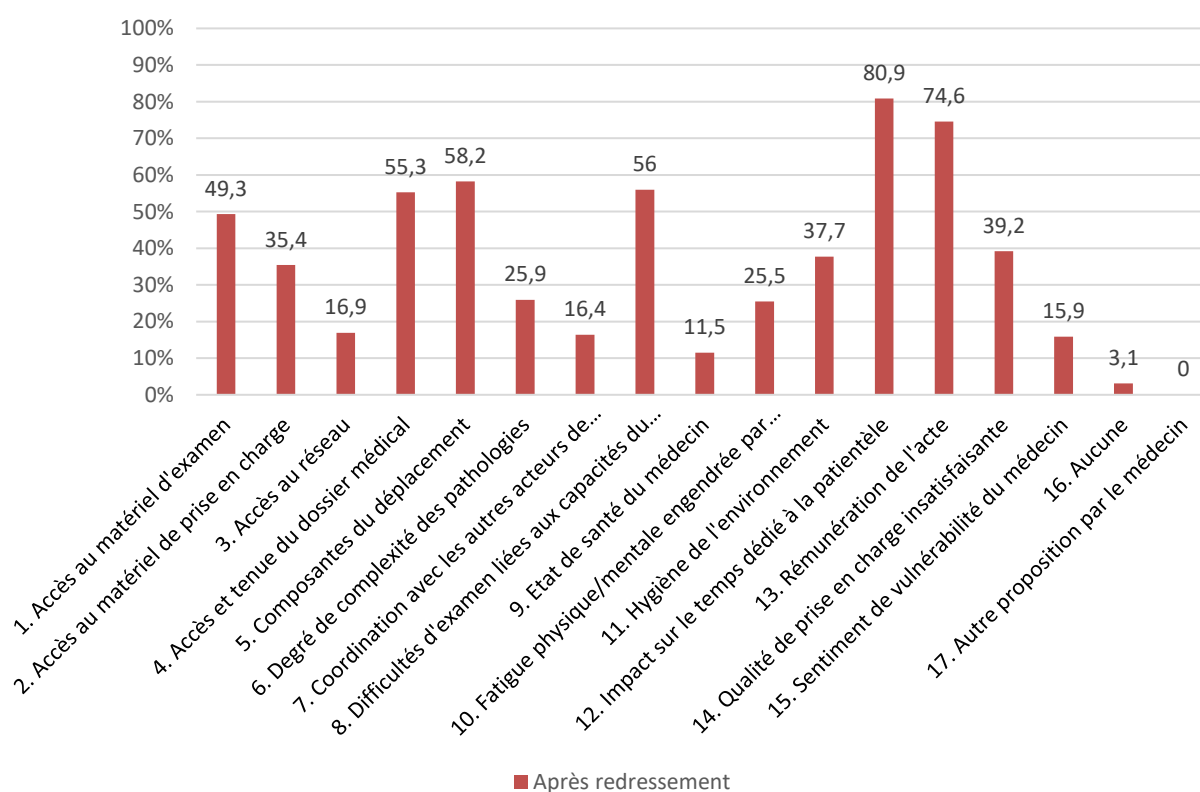


Figure 7. Contraintes jugées comme plus significatives en visite qu'au cabinet.

3. Contraintes citées comme les plus importantes (Q10)

a) Ordre d'importance attribué aux contraintes

L'ensemble des propositions citées comme 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} contrainte la plus importante a été regroupé dans la figure 8. Il y avait plus de contraintes proposées en 1^{ère} position (question 10A) qu'en 2^{ème} et 3^{ème} position (questions 10B et 10C).

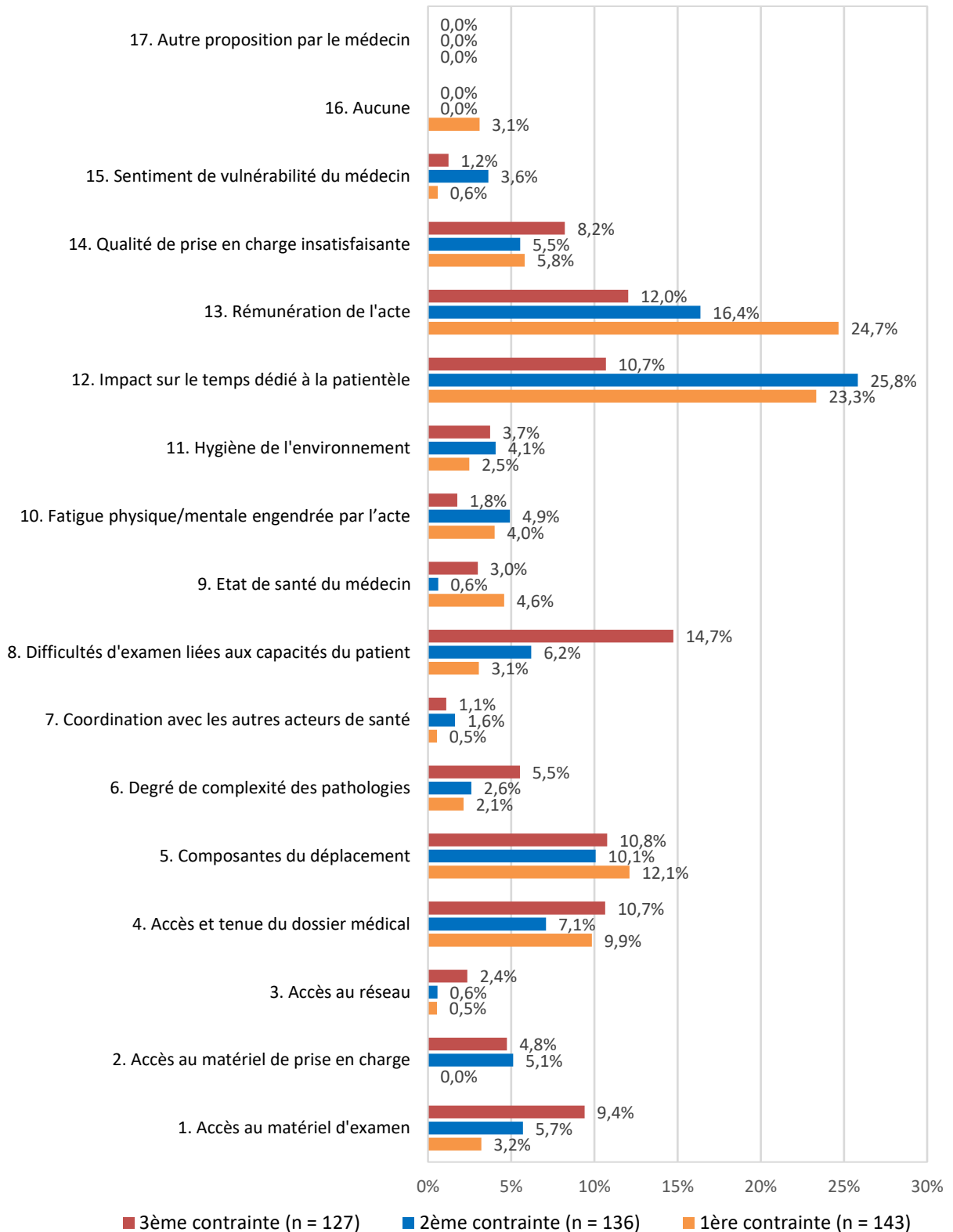


Figure 8. Contraintes citées parmi les 3 plus importantes.

b) Classement global par attribution de points

Après attribution aux contraintes de points en fonction de leur choix comme une des 3 plus importantes (cf. figure 9), la rémunération et l'impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle regroupaient le plus de points devant les composantes du déplacement et celles du dossier médical.

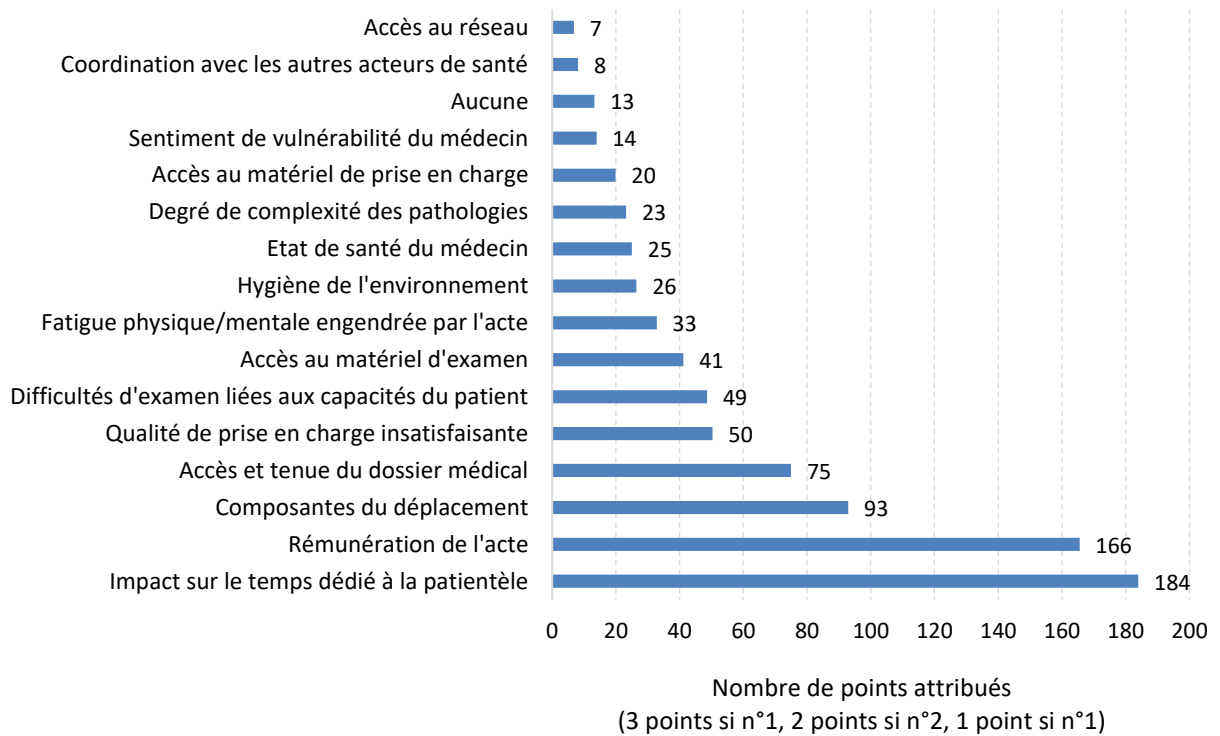


Figure 9. Classement des contraintes après attribution de points.

c) Attribution des points selon l'âge et le sexe

Le pourcentage du nombre total de points attribués a été analysé par tranche d'âge (figure 10) et par sexe (figure 11) de telle sorte que la somme des colonnes de même couleur vaut 100 % et que les classes sont indépendantes les unes des autres.

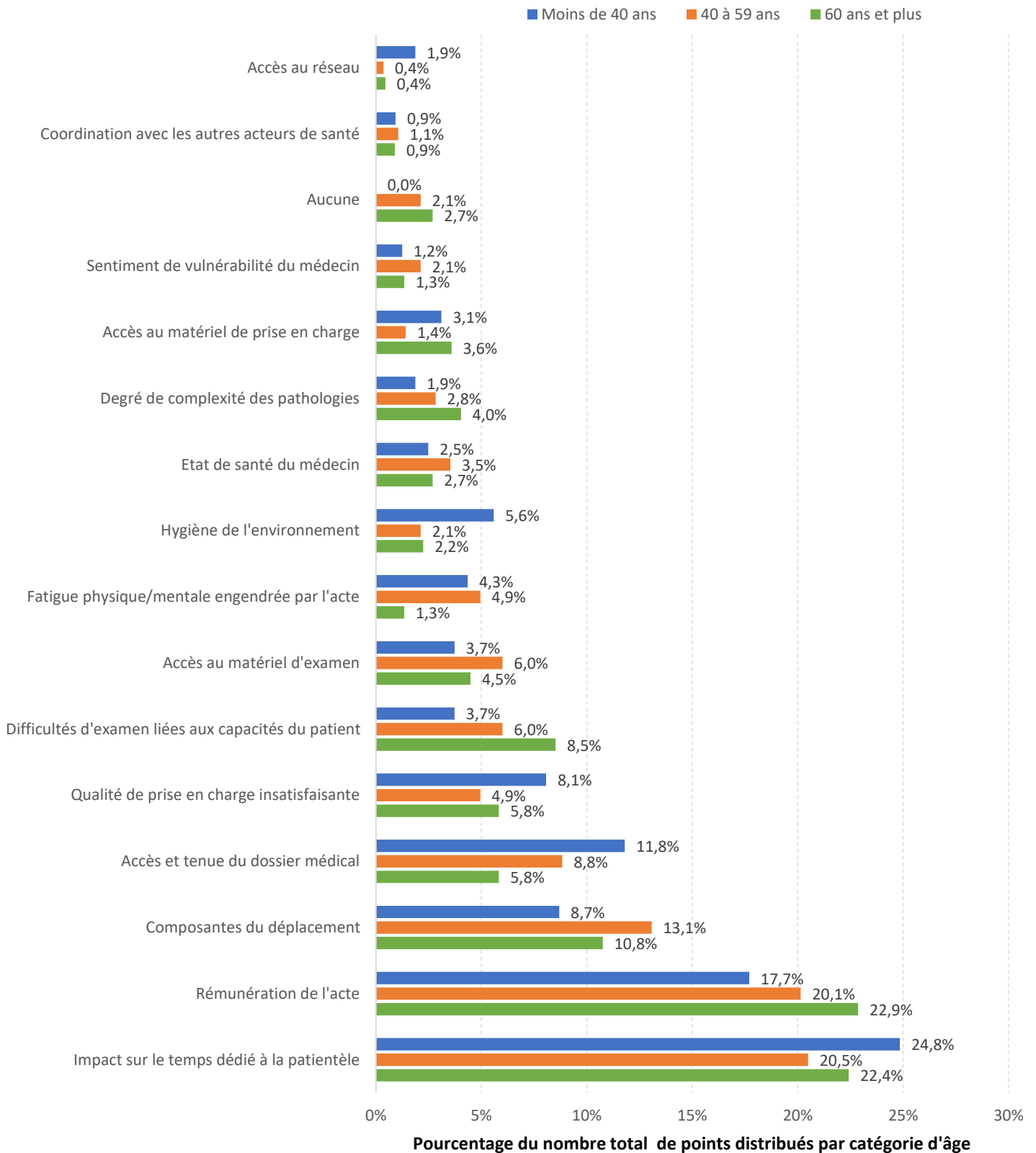


Figure 10. Pourcentage des points attribués aux contraintes par classe d'âge.

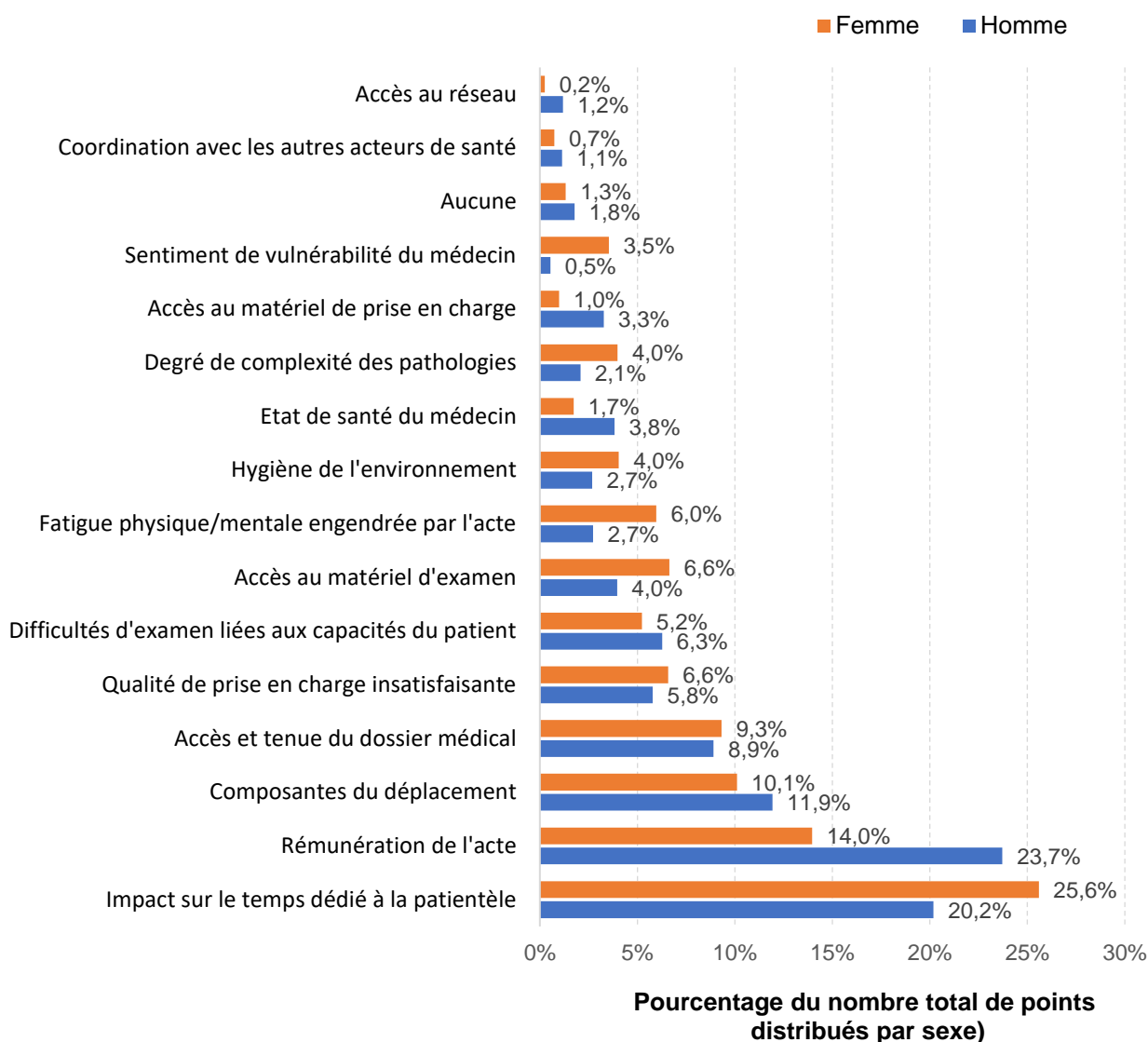


Figure 11. Pourcentage des points attribués aux contraintes par sexe.

La rémunération de l'acte semble moins importante pour les femmes. Elles sont proportionnellement plus concernées que les hommes par l'impact sur le temps dédié à la patientèle, le sentiment de vulnérabilité ou encore la fatigue engendrée par l'acte.

C. Impact des contraintes

1. Comparaison des consultations en visite à domicile à celles au cabinet (Q11-Q12)

a) Résultats regroupés par classes

Tableau 10 : comparaison des consultations en visite et au cabinet

	Effectif après redressement n = 143
Rapport « durée de la VAD * / durée de la consultation au cabinet » noté « X »	
X < 1	0 (0 %)
X = 1	8 (5.9 %)
1 < X ≤ 1.5	14 (10.1 %)
1.5 < X ≤ 2	56 (39.2 %)
2 < X ≤ 3	51 (35.8 %)
X > 3	13 (8.9 %)
Rapport « contrainte ressentie au cours de la VAD ** / contrainte ressentie lors de la consultation au cabinet » noté « Y »	
Y < 1	0 (0 %)
Y = 1	10 (6.8 %)
1 < Y ≤ 1.5	33 (22.8 %)
1.5 < Y ≤ 2	61 (42.4 %)
2 < Y ≤ 3	31 (21.4 %)
Y > 3	10 (6.7 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

* VAD = Visite à domicile avec déplacement compris.

** VAD = Visite à domicile hors déplacement.

Il est à noter que les valeurs des facteurs « X » et « Y » ne suivent pas une loi normale ($p < 0.05$ selon le test de Shapiro-Wilk) (cf. figure 12). Cela signifie que la moyenne peut être biaisée par cette distribution asymétrique. Concernant l'écart-type, il peut être influencé par la forme de la distribution.

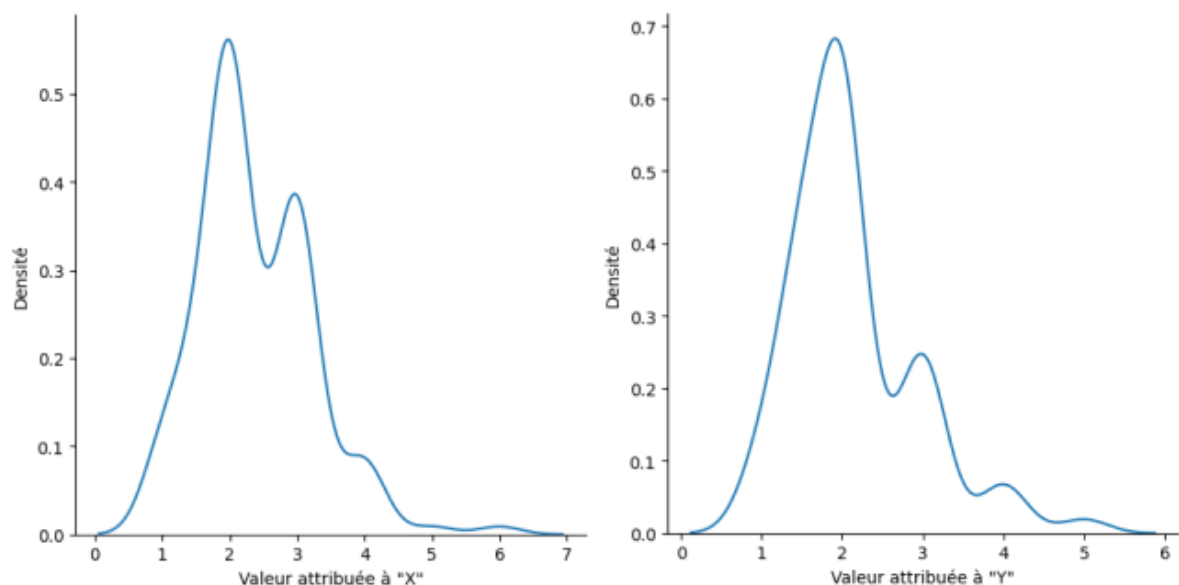


Figure 12. Courbes représentant la densité de probabilité pour les valeurs attribuées à X et Y.

b) Durée

Les données concernant la valeur attribuée à « X » (ne suivant pas une répartition gaussienne) sont les suivantes :

- Moyenne \pm écart-type : 2.39 ± 0.82 (arrondis à la 2^{ème} décimale),
- Médiane [1^{er} quartile ; 3^{ème} quartile] : 2.0 [2.0 ; 3.0].

La figure 13 représente ces données selon l'âge des MG. On ne constate pas de différence apparente selon l'âge en termes de distribution du facteur « X ». Les MG mettaient donc en majorité 2 à 3 fois plus de temps à réaliser une consultation en VAD par rapport au cabinet. On peut noter que les plus de 60 ans attribuaient plus de valeurs inférieures à 2 et les 40-59 ans plus de valeurs supérieures à 2.5.

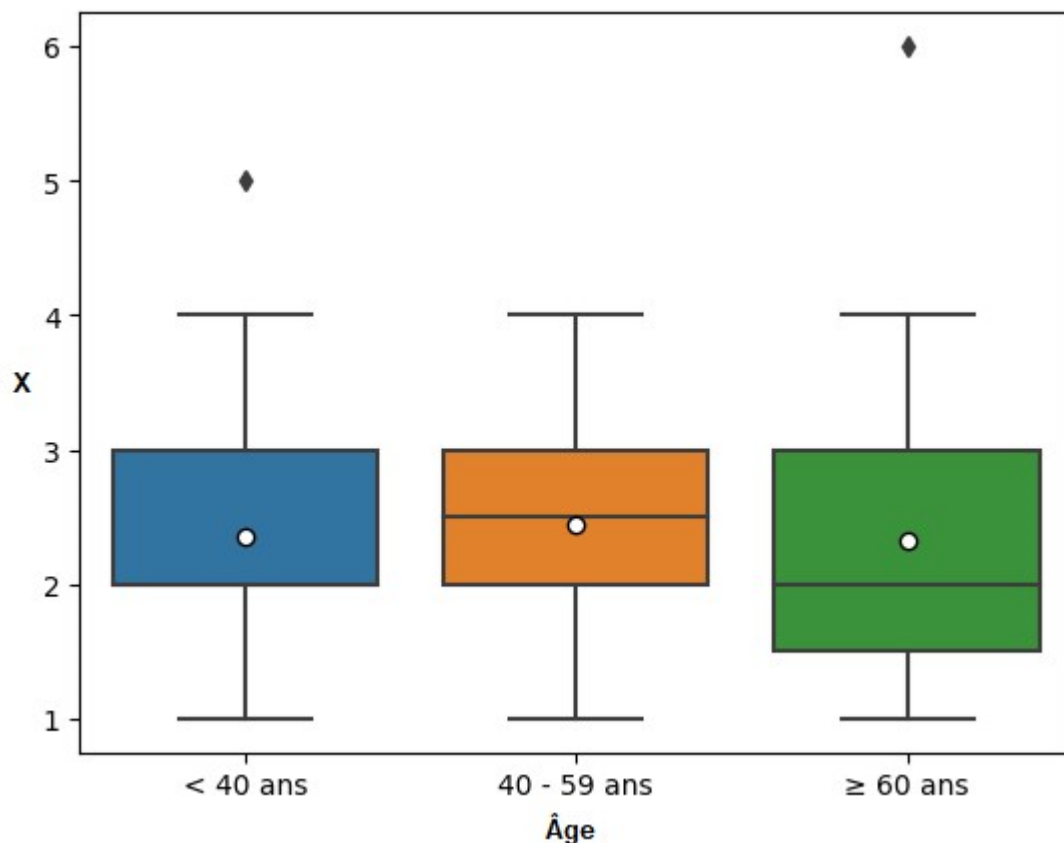


Figure 13. Répartition des valeurs attribuées à X selon l'âge. Les points blancs représentent la moyenne, les traits au sein des boîtes représentent la médiane (égale à 2 pour « < 40 ans »), les bords supérieurs et inférieurs représentent les quartiles. Les traits prolongeant les boîtes représentent les valeurs en dehors des quartiles et les valeurs extrêmes sont représentées par des losanges.

c) Contrainte

Les données concernant la valeur attribuée à « Y » (ne suivant pas une répartition gaussienne) sont les suivantes :

- Moyenne \pm écart-type : 2.16 ± 0.79 (arrondis à la 2^{ème} décimale),
- Médiane [1^{er} quartile ; 3^{ème} quartile] : 2.0 [1.5 ; 3.0].

La figure 14 représente ces valeurs selon l'âge des MG montrant des valeurs plus élevées pour les 40-59 ans.

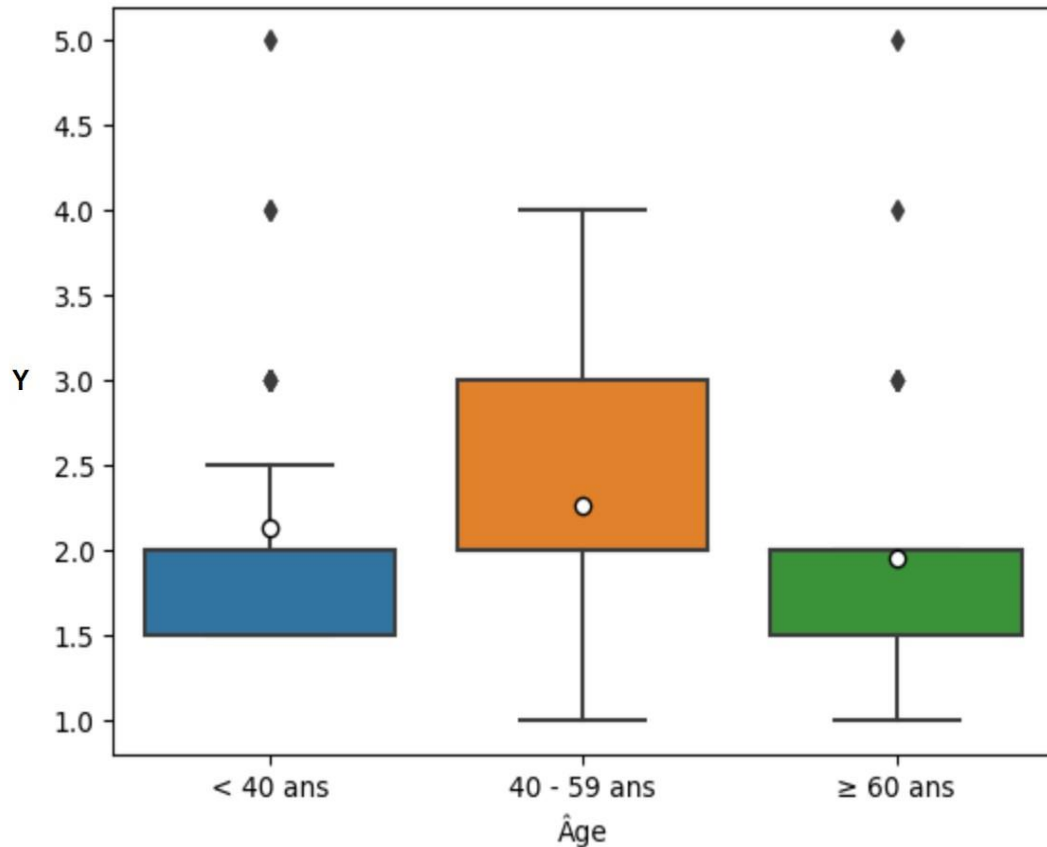


Figure 14. Répartition des valeurs attribuées à Y selon l'âge. *Les points blancs représentent la moyenne, les traits au sein des boîtes représentent la médiane (égale à 2 pour chaque tranche d'âge), les bords supérieurs et inférieurs représentent les quartiles. Les traits prolongeant les boîtes représentent les valeurs en dehors des quartiles et les valeurs extrêmes sont représentées par des losanges.*

Les valeurs attribuées à « Y » étaient associées à la susceptibilité d'arrêter les VAD (question 8) ($p = 0.016$) et les MG enclins à arrêter les VAD proposaient une valeur plus grande : 21.1 % de ces MG proposaient une valeur de 1.5 ou moins contre 42.8 % de ceux qui n'arrêteraient pas d'en réaliser. Ils étaient en revanche 34.5 % à proposer des valeurs supérieures à 3 contre 15.8 % des MG non enclins à stopper les visites.

2. Lien entre contrainte ressentie et rémunération (Q13)

87.8 % des répondants estimaient que la rémunération d'un acte devrait être proportionnelle à la contrainte globale qu'il engendre, 6.7 % ne le pensaient pas et 5.5 % ne se prononçaient pas.

3. Conséquences d'une réduction des contraintes (Q14)

a) Impact sur la réalisation de visites

62.0 % des MG interrogés déclaraient que « oui », ils seraient plus enclins à réaliser des VAD justifiées si leurs conditions d'exercice étaient moins contraignantes. 11.0 % ne se prononçaient pas et 27.0 % affirmaient que cela ne modifierait pas leur pratique de la VAD.

b) Corrélation avec les données socio-démographiques

Plus l'âge était bas et plus il y avait de MG déclarant que cela pourrait modifier leur pratique ($p = 0.003$). 85.2 % des moins de 40 ans l'affirmaient contre 57.1 % des 40-59 ans et 42.5 % des 60 ans ou plus. L'opinion était plus tranchée pour les jeunes : 20 % des 60 ans ou plus ne se prononçaient pas contre 12.2 % des 40-59 ans et 1.9 % des moins de 40 ans. Pour chaque classe d'âge, le « oui » l'emportait sur le « non » mais l'écart se resserrait avec l'âge grandissant.

71.7 % des MG susceptibles d'arrêter de réaliser des VAD à la question 8 déclaraient qu'ils seraient plus enclins à en réaliser dans ces circonstances alors que 19.1 % ne modifieraient pas leur attitude ($p = 0.010$). Ces valeurs étaient respectivement de 46.5 % et 39.1 % pour ceux ne s'étant pas déclaré susceptibles de stopper leurs visites.

c) Contraintes les plus importantes pour les médecins se déclarant susceptibles de modifier leur pratique

Pour les MG déclarant qu'ils seraient plus enclins à réaliser des VAD à la question 14 si les contraintes étaient réduites, les principales étaient similaires à celles citées par l'ensemble des MG. La proposition concernant l'accès et la tenue du dossier médical passait ici devant les composantes du déplacement (cf. figure 15).

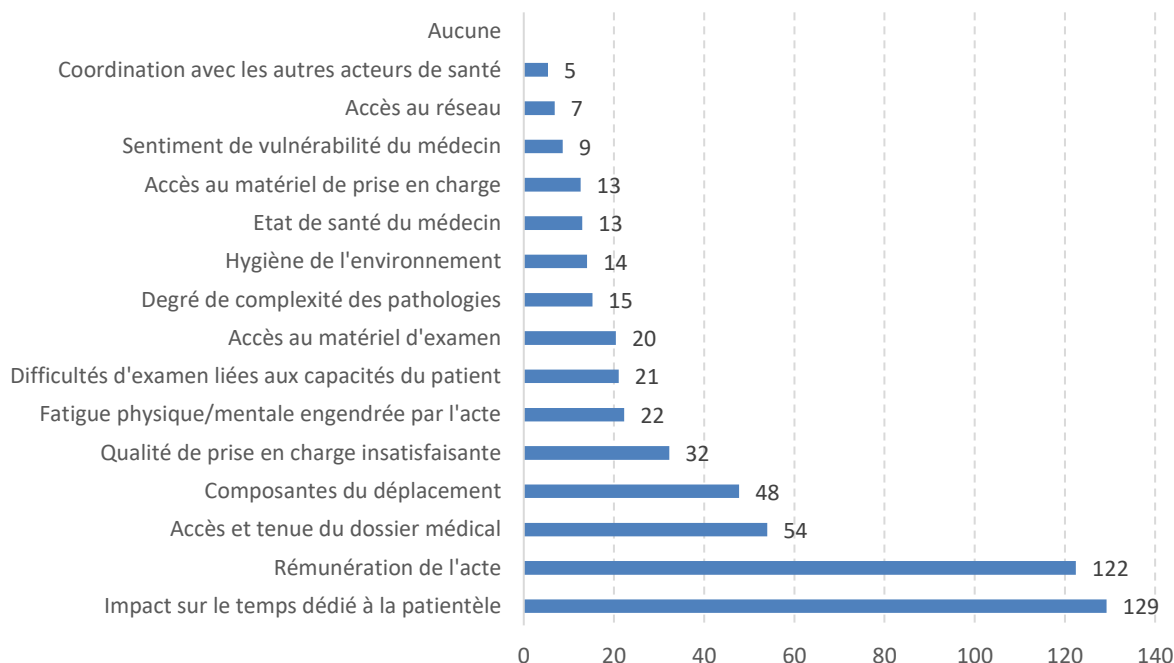


Figure 15. Points attribués aux contraintes par les médecins qui seraient plus enclins à réaliser des visites si la contrainte ressentie lors de ces visites était moins importante.

D. Liens entre contraintes principales choisies et autres questions

a) Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle

Son choix était associé à de plus grandes valeurs attribuées à « Y » ($p = 0.047$) (cf. tableau 11).

Tableau 11 : présence de l'impact sur le temps dédié à la patientèle parmi les 3 contraintes principales selon la valeur donnée à « Y »

	Absence n = 61	Présence n = 82
Valeur attribuée à Y ($p = 0.047$)		
Y = 1	7 (71.3 %)	3 (28.7 %)
1 < Y ≤ 1.5	16 (48.0 %)	17 (52.0 %)
1.5 < Y ≤ 2	28 (46.7 %)	32 (53.3 %)
2 < Y ≤ 3	9 (28.5 %)	22 (71.5 %)
Y > 3	1 (14.6 %)	8 (85.4 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

En revanche, ce choix n'était pas en lien avec le volume horaire hebdomadaire ($p = 0.218$) (cf. tableau 12). Elle était en effet choisie par 68.5 % des MG réalisant moins de 40 h mais également par 65.9 % de ceux réalisant plus de 60 h.

Tableau 12 : présence de l'impact sur le temps dédié à la patientèle parmi les 3 contraintes principales selon le nombre d'heures réalisées en libéral par semaine

	Absence n = 61	Présence n = 82
Heures de libéral par semaine ($p = 0.218$)		
< 40	9 (31.5 %)	18 (68.5 %)
40 - 59	45 (47.8 %)	49 (52.2 %)
≥ 60	7 (34.1 %)	14 (65.9 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

62.9 % des MG qui seraient plus enclins à réaliser des VAD en cas de réduction des contraintes (question 14) l'avait citée contre 39.5 % de ceux pour qui cela ne modifierait pas leur pratique et 70.2 % de ceux ne se prononçant pas ($p = 0.027$).

b) Rémunération de l'acte

Ce choix était plutôt en lien avec le sexe masculin ($p = 0.006$) : 60.2 % des hommes l'avaient choisie contre 35.2 % des femmes.

Il existait un lien statistique avec la propension à arrêter de réaliser des VAD ($p = 0.009$) : 60.1 % des MG enclins à arrêter de réaliser des VAD s'il existait une alternative (question 8) l'avaient choisie contre 36.8 % des MG non enclins. En parallèle, cette proposition était citée par la majorité (54.9 %) des MG estimant que la rémunération d'un acte devrait être proportionnelle à la contrainte qui lui est propre contre 31.4 % de ceux ne le pensant pas ($p = 0.024$). Elle était choisie par 10.5 % des médecins ne se prononçant pas.

Enfin, son choix était en lien avec l'enclin à réaliser plus de VAD justifiées en cas de réduction des contraintes (question 14) ($p = 0.011$). Elle était citée par 59.6 % des MG qui seraient plus enclins contre 51.1 % de ceux ne se prononçant pas et 30.7 % de ceux pour qui cela ne changerait pas leur pratique.

c) Composantes du déplacement

La pratique urbaine était plus sensible à cette problématique ($p = 0.046$) : elle était choisie par 40.8 % des MG urbains contre 24.8 % de ceux en semi-rural et 15.7 % de ceux en rural.

d) Accès et tenue du dossier médical

Celle-ci était plus présente sur le podium parmi les MG réalisant 5 à 19 VAD que ceux en réalisant peu ou au contraire en très grand nombre (cf. tableau 13) ($p = 0.030$).

Tableau 13 : présence de l'accès et de la tenue du dossier médical parmi les 3 contraintes principales selon le nombre hebdomadaire de visites

	Absence n = 106	Présence n = 37
Visites à domicile par semaine ($p = 0.030$)		
0	3 (100.0 %)	0 (0.0 %)
1 - 4	19 (89.2 %)	2 (10.8 %)
5 - 9	23 (59.9 %)	16 (40.1 %)
10 - 14	34 (82.3 %)	7 (17.7 %)
15 - 19	11 (56.9 %)	8 (43.1 %)
≥ 20	16 (80.5 %)	4 (19.5 %)

Effectifs arrondis à la valeur entière et pourcentages à la décimale.

e) Sentiment de vulnérabilité

Elle était présente chez 11.1 % des femmes contre 1.6 % des hommes ($p = 0.035$).

Plus le nombre de visites par semaine était important et moins elle était citée (47.3 % pour 0, 10.1 % pour 1 à 4, 5.6 % pour 5 à 9, 1.9 % pour 10 à 14, 0 % pour 15 à 19 et 4.2 % pour 20 ou plus) ($p = 0.017$).

f) Qualité de prise en charge jugée insuffisante

On la retrouvait plus souvent parmi les MG en groupe pluri-professionnel (35.2 % d'entre eux) qu'en exercice individuel (12.4 %) ou groupe mono-professionnel (5.5 %) ($p < 0.001$).

g) Hygiène de l'environnement

Les MG plus jeunes étaient plus impactés ($p = 0.017$) : cette proposition était choisie par 20.4 % des moins de 40 ans contre 4.1 % des 40-59 ans et 7.5 % des 60 ans et plus.

Elle était également moins citée en cas d'exercice individuel (1.5 %) que pluri-professionnel (14.1 %) ou mono-professionnel (15.6 %) ($p = 0.032$).

Elle était cependant plus associée à des MG qui n'arrêteraient pas de réaliser des VAD en cas d'alternative possible (question 8) ($p = 0.022$) : 4.6 % de ceux qui arrêteraient contre 17.9 % de ceux qui n'arrêteraient pas.

h) Accès au matériel d'examen

Le temps de travail hebdomadaire y était associé ($p = 0.040$) avec une proposition citée à 30.7 % pour moins de 40 h hebdomadaires contre 16.0 % pour 40 à 60 h et 3.8 % pour plus de 60 h.

Cette proposition était pour sa part plus associée à des MG qui arrêteraient de réaliser des VAD en cas d'alternative possible ($p = 0.031$) : 23.5 % de ceux qui arrêteraient contre 7.9 % de ceux qui n'arrêteraient pas.

i) Difficultés d'examen du patient en lien avec ses capacités

Cette proposition était surtout choisie par des MG qui ne seraient pas plus enclins à réaliser des VAD si les contraintes étaient réduites (question 14) ($p = 0.007$) : 39.9 % contre 15.2 % de ceux qui le seraient et 15.7 % de ceux ne se prononçant pas.

DISCUSSION

I. Résultats observés

A. Résultats principaux

Dans cette étude, nous cherchions à déterminer quelles contraintes étaient selon les MG à minimiser en priorité au cours des VAD dans le but de favoriser leur pratique. L'impact des VAD sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle et la rémunération de cet acte se détachaient de façon nette devant les composantes du déplacement ainsi que la tenue du dossier médical. Le sentiment de mauvaise qualité de prise en charge suivait. Les autres contraintes étaient ensuite choisies de façon beaucoup moins distincte.

Pour les MG interrogés, les composantes de la consultation en VAD hors déplacement étaient ressenties comme 2.16 ± 0.79 fois plus contraignantes que celles de la consultation au cabinet avec une médiane à 2.0 (1er quartile = 1.5, 3ème quartile = 3.0). Il est à noter que la répartition des valeurs attribuées était de nature non gaussienne. Parallèlement, 87.8 % des participants estimaient que la rémunération d'un acte devrait être proportionnelle à la contrainte qui lui est intrinsèque.

B. Autres résultats

Selon nos résultats et de façon comparable à la littérature (17), les MG réalisaient d'autant plus de VAD qu'ils étaient des hommes et plus âgés. Ce nombre semblait également augmenter avec le nombre d'heures consacrées par semaine à la médecine générale en libéral. Ce nombre d'heures était de façon logique moins important pour l'exercice mixte qui était associé à la réalisation de moins de VAD.

II. Validité et portée des résultats

A. Validité des résultats

1. Méthodologie de recherche

a) Conception de l'étude

L'objectif de cette étude était d'étudier les facteurs aboutissant ou pouvant aboutir dans le futur au refus de réaliser des VAD justifiées. Le type d'étude (observationnelle) semblait donc adapté pour recueillir ces informations par le biais d'un questionnaire.

La population cible a été choisie en prenant en compte les données retrouvées dans la littérature et la faisabilité de l'échantillonnage, d'où la limitation au département du Nord. Le concept d'« activité régulière » proposé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins semblait compatible avec les MG susceptibles de bénéficier de ce travail dans l'avenir, d'où l'exclusion des retraités. Pour les remplaçants, le risque était que leur pratique soit représentative du remplacé et non de leur future pratique. Concernant les salariés exclusifs, leurs revenus n'étaient pas basés sur la cotation d'actes. La comparaison d'actes entre eux aurait donc été moins appropriée.

Le questionnaire était un moyen simple, rapide et non décourageant pour obtenir des résultats. Accessible à tout moment, il permettait de s'adapter à l'emploi du temps des médecins. J'ai tenté de simplifier au maximum les questions et propositions afin de ne pas mettre les MG en difficulté et entraîner un abandon. Cela est à l'origine de la répartition par tranches concernant les heures et le nombre de VAD hebdomadaires. Concernant l'âge, il aurait été plus pertinent d'obtenir une valeur précise afin de le manipuler plus facilement. Le choix des contraintes devait prendre en compte un maximum d'éléments au sein d'un minimum de propositions. Ce choix semble *a posteriori* cohérent puisque parmi les propositions supplémentaires faites par les MG, seule la mention des allergies liées aux animaux sur place ne rentrait pas dans une des catégories proposées. Elle n'était d'ailleurs pas déclarée comme une des plus importantes.

b) Echantillonnage

Le choix de l'annuaire Ameli.fr pour obtenir la population source permettait de contrôler la diffusion par rapport à l'aide d'intermédiaires. Le tirage au sort garantissait une neutralité de sélection des participants. Cependant, tous les MG appartenant à la

population cible n'y étaient pas présents malgré des informations administratives mises à jour quotidiennement.

La taille de l'échantillon était arbitraire mais prenait en compte la chronophagie de cette méthode tout en assurant le contact d'une part significative de la population source (26.7 % des MG dont les coordonnées téléphoniques étaient affichées hors doublons).

c) Recueil des données

Le contact téléphonique permettait de montrer aux MG mon implication dans ce travail pour qu'eux-mêmes se sentent plus impliqués. C'était aussi un moyen de leur apporter des informations complémentaires si leur participation en dépendait. L'utilisation de LimeSurvey était liée aux recommandations de la faculté de médecine bien que l'utilisation de Google Forms soit plus intuitive.

Plus de réponses auraient été obtenues en élargissant l'échantillon de base ou en insistant pour obtenir une plus grande participation. Cela se heurte à l'aspect chronophage et au risque de décourager les MG de répondre à de futures enquêtes en cas d'insistance. Parmi les 46 MG n'ayant pas souhaité répondre, la majorité expliquait ne pas avoir le temps de répondre à des études. Une période de recrutement plus longue aurait également réduit le risque que les MG soient en congés. La transmission par les secrétariats a été un obstacle avec des demandes régulièrement mal ou non transmises au moment de la relance.

2. Analyse des données

a) Méthodes statistiques

La correction des valeurs aberrantes au sein des données brutes était un choix visant à minimiser leur impact sur les résultats finaux.

La correction des incohérences permettait d'exploiter au mieux les réponses des participants.

Le redressement des résultats selon les éléments connus de la population cible permettait de prendre en compte les différences liées à l'échantillonnage sans pouvoir corriger le biais de non-réponse. Pour ce redressement, nous aurions également utilisé en plus de l'âge, du sexe et du mode d'exercice les autres données socio-démographiques si elles avaient été connues pour la population cible.

b) Interprétation des résultats

Les analyses croisées citées dans cette étude sont majoritairement celles pour lesquelles la p-valeur était < 0.05 . Elles mettaient en évidence des différences statistiquement significatives entre les classes comparées pour une caractéristique donnée. Les p-valeurs > 0.05 citées montraient au contraire l'absence de différence significative et la majorité des croisements réalisés n'ont pas été cités car ils n'étaient pas significatifs ou sans implication clinique évidente. Cela ne signifie pas que les croisements non cités n'auraient pas été significatifs ou à l'inverse que ceux cités seraient restés significatifs dans d'autres conditions (échantillon plus important notamment). Cela est d'autant plus vrai pour des p-valeurs proches de 0.05.

3. Contrôle des biais

a) Biais de participation

Sur 243 personnes ayant eu accès au questionnaire, seulement 175 réponses ont été enregistrées. 47 médecins ne souhaitaient déjà pas participer en amont. S'ils ne se sentaient pas concernés ou avaient des opinions différentes des répondants, cela a pu affecter les résultats. Le manque de temps était cependant régulièrement avancé comme raison. Le sujet de la thèse, évoquant la rémunération de l'acte, pouvait également favoriser certaines participations.

b) Biais de mémorisation

Le classement des contraintes exigeait du médecin de citer celles ayant le plus d'importance dans sa pratique. Ses expériences récentes pouvaient dominer dans sa pensée sans être représentatives de l'ensemble de son expérience.

c) Biais générationnel

Les MG avec plus d'expérience pouvaient avoir des perspectives différentes de par leur adaptation à ces contraintes ou un point de vue différent. Les résultats ont régulièrement été analysés par classes d'âge pour limiter ce biais.

d) Effet Hawthorne et/ou biais de désirabilité sociale

Il est possible que des déclarations aient été faussées si le MG se sentait jugé en répondant. Ce pourrait notamment être le cas concernant le nombre d'heures effectuées, le nombre de VAD réalisées ou l'enclin à arrêter de réaliser des VAD. J'ai insisté sur le caractère anonyme du questionnaire pour tenter de limiter cette possibilité.

B. Portée des résultats

1. Généralisation

a) Généralisation à la population cible

Avant redressement, l'échantillon n'était pas représentatif pour l'âge, les MG de 40-59 ans étant moins représentés que les moins de 40 ans (peut-être plus sensibles car ayant eux-mêmes passé leur thèse plus récemment) et les 60 ans ou plus (peut-être plus enclins à apporter leur expérience). Le redressement a permis de s'assurer que l'opinion des populations sur-représentées ne le soit pas également.

Seuls l'âge, le sexe et le mode d'exercice étaient connus concernant la population cible et notre échantillon était représentatif après redressement. Concernant les autres données socio-démographiques, on peut rechercher des indices dans la littérature :

- Mode d'installation : en France et en 2022 selon la DREES, 31 % des MG français exerçaient seuls et 69 % en groupe (dont 60 % en pluri-professionnel (41.4%) et 40 % en mono-professionnel (27.6 %)) (27). Notre échantillon était comparable ($p = 0.125$).
- Temps de travail : en 2019 selon la DREES, les MG libéraux français déclaraient travailler en moyenne 54 heures par semaine dont 44.5 heures auprès des patients (28). La majorité des MG de notre échantillon travaillait entre 40 et 60 h ce qui semble cohérent sans pouvoir être plus précis devant l'étude faite par tranches horaires.
- Milieu d'exercice : les notions de milieux ruraux, semi-ruraux ou urbains sont floues et certains travaux ont déjà montré qu'il existait des discordances entre ressenti des médecins et définitions officielles (29). La répartition des MG par milieu d'exercice urbain, semi-rural ou rural n'a donc pas été retrouvée et cette donnée était ici simplement complémentaire.
- Nombre hebdomadaire de VAD : aucune donnée précise n'a été retrouvée dans la littérature pour les MG.
- Dans une enquête réalisée en Île-de-France en 2005 (30), on retrouvait en moyenne un rapport de temps consacré à une consultation en VAD par rapport à une consultation au cabinet de 2.3. Nous avons pour notre part retrouvé un rapport de 2.39 (avec médiane à 2.0) ce qui semble comparable.

On peut donc généraliser les résultats de cette étude aux MG appartenant à la population cible en se basant sur l'âge, le sexe et le mode d'exercice. Les participants semblaient effectuer le même volume horaire hebdomadaire que les MG français et la durée de leurs VAD était comparable à celle retrouvée dans d'autres études françaises. On peut donc supposer que l'impact des VAD sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle est semblable sur le reste du territoire français.

b) Limitations

Les 143 participations complètes représentaient seulement 6.6 % de la population cible et plusieurs MG avaient plus de 70 ans. Il peut donc exister un doute sur leur statut d'actif régulier plutôt que de retraité actif. Un plus grand nombre de participants augmenterait la représentativité et limiterait les fluctuations d'échantillonnage.

Des données non prises en compte dans le questionnaire peuvent influencer la pratique et le ressenti vis-à-vis de la VAD, telles que l'explique la théorie de l'action raisonnée. Ce peut être le cas du vécu personnel, des orientations socio-politiques, du type de conventionnement... Les biais cités précédemment limitent également l'extrapolation de ces résultats à la population cible, même pour 100 % de participation de l'échantillon.

Concernant les contraintes, la rémunération peut être plus importante dans les zones où le coût de la vie est plus élevé, le déplacement plus gênant en cas de difficultés de stationnement (milieu urbain) ou de faible densité de population avec de grandes distances entre domicile du patient et cabinet (milieu rural). L'impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle peut être essentiel pour un MG ayant un très grand nombre de patients.

2. Contextualisation

L'étude s'est basée sur les MG en activité régulière exerçant dans le département du Nord. L'exercice des MG dans d'autres départements peut se révéler différent. Les contraintes observées dans le département du Nord pourront être plus ou moins marquées dans d'autres départements (selon la densité de population, l'offre médicale, le coût de la vie...).

En revanche, nos résultats socio-démographiques semblent concordants avec les tendances observées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins au niveau national (25).

3. Reproductibilité

La méthodologie a été expliquée en détail et la manipulation des données réalisée de façon transparente. Toute personne souhaitant réaliser la même étude dans un autre département ou vérifier nos résultats est censée pouvoir le faire en lisant cette thèse. Seul le code Python n'a pas été fourni en annexe car compliqué et inutile à la compréhension des résultats.

III. Comparaison des résultats à d'autres études

Dans un travail de thèse similaire publié en 2020 (31), le Dr R. POURRET traitait des freins à la pratique des VAD par les MG français en activité hors salariés exclusifs ou MG n'ayant pas terminé leur internat. Ils étaient inclus à partir de questionnaires diffusés de façon moins contrôlée (via différents intermédiaires) mais plus large permettant d'obtenir un meilleur effectif (4 443). Il n'était cependant pas possible de connaître le nombre de MG y ayant réellement eu accès. 95 % des MG réalisaient des VAD contre 97.9 % de notre échantillon ce qui peut être expliqué par la différence d'effectif total. L'exercice rural était un peu plus représenté (17.2 %) ainsi que les femmes (56.8 %). Son travail montrait que les MG avaient le sentiment que les VAD étaient de plus en plus longues sans connaître le ressenti pour les consultations au cabinet. Concernant les contraintes, un classement était effectué selon un système similaire d'attribution de points. Les propositions différaient des nôtres et beaucoup étaient focalisées sur les composantes du déplacement. Additionnées, elles semblaient représenter la 1^{ère} contrainte ce qui n'était pas le cas dans notre étude (3^{ème} position). La valeur de la VAD (acte VG + acte MD = 35 euros) était citée comme contrainte principale et la 2^{ème} contrainte était la désorganisation de l'emploi du temps devant l'accès au dossier médical. On peut donc dire que ces résultats sont superposables aux nôtres. Pour notre part, nous avons cherché à déterminer quels facteurs étaient assez importants pour dissuader un MG de réaliser des VAD. En effet, l'existence d'une contrainte n'est pas forcément corrélée à un impact sur la pratique et la consultation au cabinet présente elle-même des contraintes. Si les conditions d'exercice devenaient plus contraignantes à l'avenir, un choix entre les consultations au cabinet et les VAD pourrait devenir nécessaire. La VAD risquerait d'être délaissée si jugée beaucoup plus contraignante. La rémunération de l'acte jouera probablement un rôle crucial dans cette situation.

Les autres travaux effectués sur les contraintes de la VAD se basaient principalement sur des entretiens. Les Drs A. GUILLOT et C. RITTER (16), déjà mentionnés, traitaient des VAD non programmées mais le caractère programmé des VAD ne semble pas modifier les contraintes qui lui sont propres. Le Dr E. TEKAYA (18) mentionnait le dossier médical comme un inconvénient majeur devant la contrainte engendrée par sa tenue malgré son importance. On y retrouvait également les nombreux intérêts détaillés en introduction.

IV. Perspectives

La théorie de l'action raisonnée appliquée à la VAD suggère que les professionnels de santé et décideurs pourraient mieux cibler leurs efforts pour les promouvoir et les faciliter. L'impact des VAD sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle étant la principale contrainte qu'elles engendrent, il semble difficile de la modifier surtout chez une population jeune accordant de plus en plus d'importance à sa vie extra-professionnelle. En revanche, la rémunération de cet acte pourrait être modifiée pour que le médecin enclin à réaliser des visites ne se sente pas lésé en accordant du temps à cette pratique. Si l'on ne souhaite pas voir revenir les visites jugées non justifiées en excès, un nouvel acte de « visite à domicile » (différent de l'acte VG(S)) pourrait être créé. Il dépendrait des mêmes conditions d'application que l'acte de « Majoration de déplacement » pour ne pas être utilisé de façon abusive. Ainsi, la revalorisation de la rémunération des VAD justifiées ne dépendrait plus uniquement du déplacement à travers l'acte MD. Le développement d'outils transportables pour aider à amener au domicile du patient le confort du cabinet pourrait également être bénéfique. Le déplacement pourrait être facilité et plusieurs des MG interrogés ont mentionné des problématiques liées au stationnement qu'il faudrait faciliter.

CONCLUSION

Devant l'évolution démographique et les modifications sociétales, la VAD est un enjeu essentiel de l'accès aux soins. Les conditions actuelles risquent de ne pas permettre de maintenir une offre en soins primaires suffisante pour l'ensemble de la population et les patients les plus dépendants pourraient y avoir de moins en moins accès.

D'après notre étude, l'impact des VAD sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle est aujourd'hui le problème principal. Il est nécessaire que le médecin généraliste libéral puisse concilier sa pratique avec la demande en soins. Si la réalisation de VAD devenait trop contraignante par rapport aux consultations au cabinet, le médecin pourrait en venir à les délaisser ainsi que la population en bénéficiant. La rémunération de cet acte est le deuxième facteur le plus important pouvant aboutir à leur abandon. Elles sont jugées trop peu rémunérées pour la contrainte ressentie par rapport à la réalisation de consultations au cabinet. Enfin, l'accès et la tenue du dossier médical sont jugés comme problématiques tout comme c'est le cas des composantes du déplacement, indissociable de cette pratique.

On peut cependant espérer qu'une modification de ces facteurs favorise la pratique des VAD comme le déclare majoritairement la population jeune au sein de notre étude. Il est également probable qu'ils acceptent de réaliser des VAD chez leurs patients devenus plus âgés et plus dépendants comme le suggère le nombre de VAD réalisées par les médecins plus âgés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. *Rev Med Suisse*. 2 nov 2016;537:1874-8.
2. Grau R. La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition. *Responsabilité*. 2020;20(78):24.
3. Jaury P, Peyrebrune C. Rôle et pratiques du médecin généraliste. Dans : Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A, directeurs. *Traité d'Addictologie*. 2e éd. Lavoisier ; 2016. p. 416-422
4. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) ; 2018.
5. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins. *JORF* du 30 août 2002; page 14424, texte n° 23.
6. Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2004 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/363823>
7. Dargent-Molina P, Cassou B. Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(16-17):336-43. Haute Autorité de santé. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Saint-Denis: HAS, 2005.
8. Metsemakers JF. WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Eur J Gen Pract*. 1 déc 2011;17(4):245-6.
9. Penneec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Sociétés*. 2015;524(7):1-4.
10. Winthereik AK, Hjertholm P, Neergaard MA, Jensen AB, Vedsted P. Propensity for paying home visits among general practitioners and the associations with cancer patients' place of care and death: a register-based cohort study. *Palliat Med*. 1 févr 2018;32(2):376-83.
11. JA Van Kempen, SH Robben, SU Zuidema. Home visits for frail older people: A qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract*, 2012.

12. Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns*. 1 janv 2004;52(1):7-16.
13. Besnard X, Brunel M, Couvert N, Roy D. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes CARE auprès des aidants (2015-2016). DREES. Dossier n°45, 28 novembre 2019.
14. Roucher D., Escalon S., Vigouroux P. Rapport de l'atelier 10 : Hôpital et personne âgée. 2018. Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. [Cité 17 sept. 2022]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf.
15. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975.
16. Éléments décisionnels de la réalisation de visites à domicile non programmées par les médecins généralistes de l'agglomération grenobloise : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Aurélie Guillot | Cyrielle Ritter. UGA UFRM - Université Grenoble Alpes - UFR Médecine
17. Boerma WGW, Groenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features: *European Journal of General Practice*: Vol 7, No 4 [Internet]. [cité 10 novt 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13814780109094331>
18. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. 31 janv 2019;106.
19. Le Maner, A., 2018. Le dossier médical libéral et la visite à domicile : quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? : une revue de la littérature. [online] sudoc. Available at: <<http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=224366807>> [Accessed 1 April 2020].
20. Bilan démographique 2022 - Insee Première - 1935 [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>
21. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
22. D'ici 2070, un tiers des régions perdraient des habitants – Projections de population 2018-2070 | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6658362?sommaire=6652140>
23. Définition - Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017>

24. Espérance de vie en bonne santé – Indicateurs de richesse nationale | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778>
25. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM ; 1 janvier 2023.
26. Démographie – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6051042?sommaire=6047805>
27. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont davantage recours à un secrétariat | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont>
28. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
29. Corfias M-E. Milieu rural, semi-rural ou urbain : Confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2020.
30. Union Régionale des Médecins Libéraux Île-de-France. La visite à domicile chez les médecins franciliens; 2005 [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
31. POURRET R. Analyse des freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine générale]. Toulouse : Toulouse III ; 2020. 36 p.

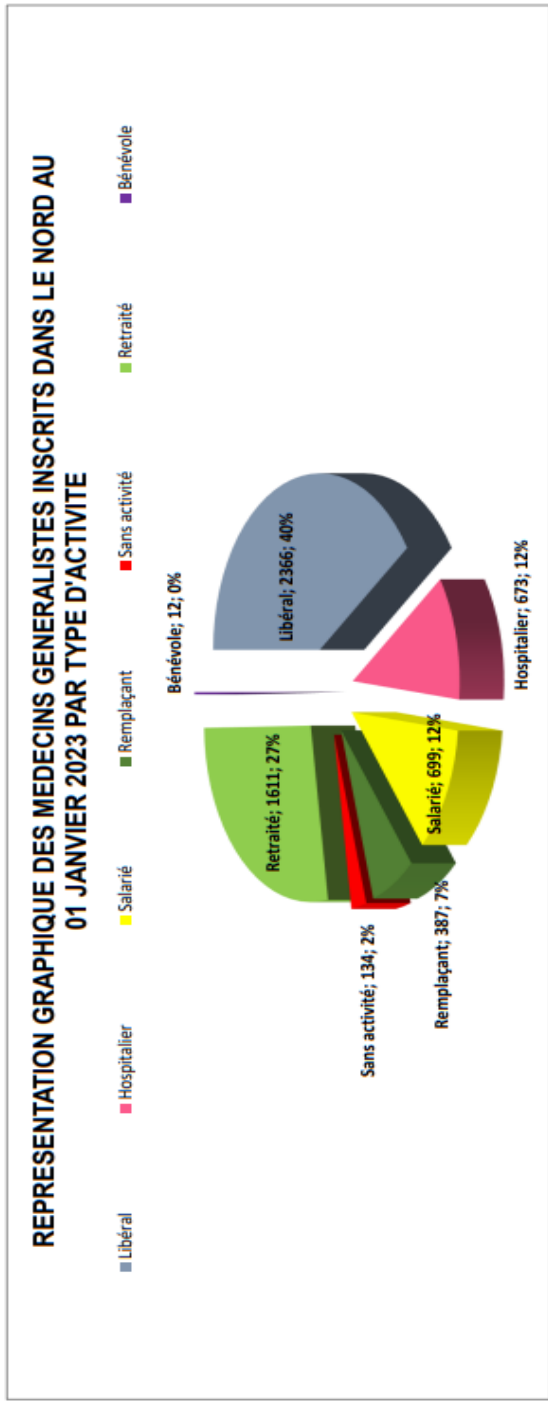
ANNEXES

Annexe 1 : répartition des MG inscrits au Nord au 1er janvier 2023. Source : conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins

SOURCE : LISTES
CONSEIL DEPARTEMENTAL DU NORD
DE L'ORDRE DES MEDECINS
Edition du : 02/08/2023

REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES INSCRITS DU NORD AU 01 JANVIER 2023 PAR TYPE D'ACTIVITE

Activité	Nombre	Moyenne d'âge		Nbre		%age		Femme >		Hommes >		%age H >		Femme < 40 ans		Hommes < 40 ans		%age H < 40	
		Femme	Homme	Femme	Homme	60 ans	60 ans	60 ans	60 ans	60 ans	60 ans	60 ans	60 ans	40	40	40	40	40	40
Libéral	2366	906	1460	61,71%	146	542	22,91%	367	15,51%	272	11,50%	367	15,51%	272	11,50%	367	15,51%	272	11,50%
Hospitalier	673	350	323	47,99%	34	68	10,10%	169	25,11%	90	13,37%	169	25,11%	90	13,37%	169	25,11%	90	13,37%
Salarié	699	467	232	33,19%	108	114	16,31%	132	18,88%	44	6,29%	132	18,88%	44	6,29%	132	18,88%	44	6,29%
Remplacant	387	215	172	44,44%	6	38	9,82%	177	45,74%	102	26,36%	177	45,74%	102	26,36%	177	45,74%	102	26,36%
Sans activité	134	61	73	54,48%	18	29	21,64%	14	10,45%	8	5,97%	14	10,45%	8	5,97%	14	10,45%	8	5,97%
Retraité	1611	446	1165	72,32%	446	1165	72,32%	446	72,32%	0	0,00%	446	72,32%	0	0,00%	446	72,32%	0	0,00%
Bénévole	12	2	10	83,33%	2	10	83,33%	2	0,00%	0	0,00%	2	0,00%	0	0,00%	2	0,00%	0	0,00%
TOTAL	5882	2447	3435	58,40%	760	1966	33,42%	859	14,60%	516	8,77%	859	14,60%	516	8,77%	859	14,60%	516	8,77%



Annexe 2 : nombre de MG libéraux exerçant dans le Nord au 1er janvier entre 2016 et 2023. Source : conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins

SOURCE : LISTES

SYNTHESE DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
EXERÇANT DANS LE NORD AU 1ER JANVIER ENTRE 2016 ET 2023Edition du :
02/08/2023

Inscrits dans le Nord au 1er janvier	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de médecins généralistes libéraux	2 607	2 555	2 557	2 503	2 487	2 451	2 404	2 366
Moyenne d'âge	52,84	52,80	52,33	52,31	51,79	51,55	51,17	51,07
dont femmes	733	765	806	828	861	882	894	906
Moyenne d'âge	48,35	48,25	47,55	47,62	47,09	47,03	46,39	46,37
dont hommes	1 874	1 790	1 751	1 675	1 626	1 569	1 510	1 460
Moyenne d'âge	54,59	54,75	54,52	54,62	54,28	54,10	54,00	53,99
dont Nbre de retraités actifs	176	170	177	171	177	175	172	185
Moyenne d'âge	68,41	68,75	68,82	69,54	69,62	69,97	70,33	70,48
dont femmes	13	17	21	22	20	25	22	29
dont hommes	163	153	156	149	157	150	150	156

DONT MG LIBERAUX NON RETRAITES ACTIFS								
AVESNES-SUR-HELPE	163	157	152	149	140	134	129	122
CAMBRAI	139	130	123	117	106	104	103	95
DOUAI	210	210	210	201	207	201	194	188
DUNKERQUE	315	304	310	296	296	289	279	263
LILLE	1 283	1 275	1 286	1 276	1 269	1 265	1 249	1 243
VALENCIENNES	321	309	299	293	292	283	278	270
TOTAL	2 431	2 385	2 380	2 332	2 310	2 276	2 232	2 181

FEMMES								
AVESNES-SUR-HELPE	45	46	48	49	48	46	45	44
CAMBRAI	41	40	38	37	36	36	36	32
DOUAI	68	71	74	73	75	73	72	74
DUNKERQUE	79	86	99	99	105	107	107	103
LILLE	407	423	444	462	487	504	517	529
VALENCIENNES	80	82	82	86	90	91	95	95
TOTAL	720	748	785	806	841	857	872	877

HOMMES								
AVESNES-SUR-HELPE	118	111	104	100	92	88	84	78
CAMBRAI	98	90	85	80	70	68	67	63
DOUAI	142	139	136	128	132	128	122	114
DUNKERQUE	236	218	211	197	191	182	172	160
LILLE	876	852	842	814	782	761	732	714
VALENCIENNES	241	227	217	207	202	192	183	175
TOTAL	1 711	1 637	1 595	1 526	1 469	1 419	1 360	1 304

Annexe 3 : procédure de recrutement du médecin par voie téléphonique

Présentation de l'étude à l'interlocuteur :

Le motif de l'appel est expliqué dès le début de la conversation de la façon suivante :

« Bonjour, suis-je bien au cabinet du Dr XXX ?

- Bonjour, je m'appelle Simon Lonnoy, je suis interne en médecine générale et je réalise une thèse concernant les contraintes et la rémunération de la visite à domicile.

- Dans ce contexte, j'ai tiré au sort plusieurs médecins généralistes du Nord présents sur l'annuaire Ameli.fr et le Dr XXX en fait partie.

- J'aimerais donc savoir s' il / elle accepterait de participer à cette thèse en répondant à un questionnaire accessible en ligne (durant 5 à 7 minutes) lorsqu' il / elle aurait le temps. Dans ce cas, j'aurais juste besoin d'une adresse mail pour lui faire parvenir le lien vers ce questionnaire ».

But de l'appel :

- obtenir l'e-mail du médecin pour pouvoir lui envoyer le lien,
- à défaut, obtenir celui du secrétariat pour qu'il lui transmette les informations.

Donner les modalités de contact de l'investigateur :

fournir une adresse mail et / ou un numéro de téléphone que pourra joindre le médecin s'il souhaite des précisions.

En cas d'indisponibilité du médecin et d'impossibilité de transmettre les informations :

demander quand est-ce que le médecin sera disponible.

En cas de précisions demandées sur l'étude :

- préciser que le questionnaire est anonyme, même pour l'investigateur,
- expliquer que c'est un questionnaire en ligne et que le médecin est autonome pour le remplir dès lors qu'il y a accès,
- préciser que l'étude cherche à déterminer quelles contraintes rencontrées plutôt en visite qu'au cabinet pourraient ou ont déjà découragé les médecins généralistes de réaliser des visites à domicile. L'objectif est de déterminer ce qu'il faudrait améliorer en priorité pour que la réalisation de visites soit moins contraignante,
- conseiller de le réaliser au calme, le questionnaire durant alors 5 à 7 minutes et s'organisant ainsi :
 - 1. éligibilité au questionnaire,
 - 2. questions brèves sur les caractéristiques du médecin pour l'analyse de la population ayant répondu,
 - 3. contraintes ressenties comme majeures au cours de la visite par rapport au cabinet avec possibilité d'exprimer une opinion non mentionnée,
 - 4. temps consacré à la visite dans son ensemble, et ordre de grandeur de la contrainte ressentie pour la consultation en visite par rapport à celle au cabinet,
- expliquer la possibilité d'avoir accès aux résultats de cette étude,
- ne pas préciser la date de clôture du questionnaire si celle-ci n'est pas demandée et n'est pas proche, au risque que le médecin oublie de répondre.

Annexe 4 : message envoyé en cas d'explications données préalablement au médecin

Objet :

Thèse sur les contraintes et la rémunération de la visite à domicile

Contenu :

Bonjour Dr XXX,

Comme convenu par contact téléphonique, je vous adresse mon questionnaire concernant les principales contraintes ressenties au cours de la visite à domicile et les attentes quant à la rémunération de l'acte « VG/VGS » réalisé dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Pour rappel : je vous ai contacté car vous avez été **tiré au sort** à l'aide d'une liste de médecins généralistes présents sur l'annuaire Ameli.fr répartie aléatoirement (via Excel) et je vous propose donc de participer à cette étude.

La visite étant de moins en moins pratiquée, ce questionnaire d'**un peu plus de 5 minutes** cherche à déterminer quelles sont les contraintes qui sont le plus à risque de décourager les généralistes de poursuivre la réalisation de visites (ou lesquelles les ont déjà découragés). Le but est de déterminer **ce qu'il faudrait améliorer en priorité**. Voici le lien pour y accéder (à réaliser idéalement au calme car certaines questions nécessitent un peu de concentration) :

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/325342?lang=fr>

Je vous remercie énormément de l'aide que vous m'apportez,

Simon LONNOY (interne de médecine générale) (n° de téléphone)

Annexe 5 : message envoyé en l'absence d'explications données au médecin lors d'un contact préalable

Objet :

Thèse sur les contraintes et la rémunération de la visite à domicile

Contenu :

Bonjour Dr XXX,

Je suis désolé de vous déranger mais comme expliqué lors du contact téléphonique avec votre secrétariat, je réalise ma thèse de médecine générale avec le Dr Roesch concernant les principales contraintes ressenties au cours de la visite à domicile et les attentes quant à la rémunération de l'acte « VG/VGS ».

Ayant été **tiré au sort** à l'aide d'une liste de médecins généralistes présents sur l'annuaire Ameli.fr répartie aléatoirement (via Excel), je vous propose donc de participer à cette étude si vous êtes d'accord.

La visite étant de moins en moins pratiquée, ce **questionnaire d'un peu plus de 5 minutes** cherche à déterminer quelles sont les contraintes qui sont le plus à risque de décourager les généralistes de poursuivre la réalisation de visites (ou lesquelles les ont déjà découragés). Le but est de déterminer **ce qu'il faudrait améliorer en priorité**.

Voici le lien pour y accéder (à réaliser idéalement au calme car certaines questions nécessitent un peu de concentration) :

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/325342?lang=fr>

Je vous remercie énormément de ce que vous pourrez faire pour m'aider,

Si vous avez des questions et souhaitez me contacter, je suis disponible au (n° de téléphone).

Simon LONNOY (interne de médecine générale)

Annexe 6 : message de relance avant clôture du questionnaire

Objet :

Relance avant clôture « Thèse sur les contraintes et la rémunération de la visite à domicile »

Contenu :

Bonjour Dr XXX,

Je m'excuse de vous relancer et **veuillez ne pas prendre en compte ce mail si vous aviez répondu au questionnaire** (vous ne serez plus contacté par la suite). Celui-ci étant anonyme, je n'ai aucun moyen de savoir qui a répondu ou non mais il existe un écart entre le nombre de mails envoyés et les retours obtenus.

Le questionnaire sera clôturé (date à préciser) et je me permets donc une ultime relance afin que tous les médecins faisant partie de l'échantillon sélectionné aient la possibilité d'exprimer leur opinion via cette thèse. Voici le lien si vous n'aviez pas eu le temps d'y répondre :

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/325342?lang=fr>

Je vous souhaite une agréable journée et une bonne continuation. N'hésitez pas à me faire savoir si vous souhaitez obtenir les résultats de ce travail, une fois terminé.

Si vous avez des questions et souhaitez me contacter, je suis disponible au (n° de téléphone).

Simon LONNOY (interne de médecine générale)

Annexe 7 : questionnaire à remplir par le médecin

Evaluation des contraintes et de la rémunération de la visite à domicile par les médecins généralistes du Nord

Bonjour, je suis Simon LONNOY, interne en Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire auprès de médecins généralistes du Nord.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de **classer par ordre d'importance les contraintes rencontrées lors de la visite au domicile des patients et d'établir un lien avec les attentes en terme de rémunération de cet acte**. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez exercer la médecine générale en activité libérale régulière (complète ou partielle).

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement ! N'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification mais vous pourrez demander à accéder aux résultats finaux de l'étude. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Merci à vous !

Le questionnaire s'organise ainsi :

1. Eligibilité au questionnaire.
2. Caractéristiques du médecin interrogé.
3. Evaluation par ordre d'importance des contraintes les plus importantes de la visite à domicile par rapport au cabinet.
4. Lien entre contrainte ressentie et rémunération attendue de l'acte VG(S).

Les données de ce questionnaire étant anonymes, nous ne recueillerons pas de noms ou de facteurs clairement identifiants afin de favoriser la spontanéité des réponses.

(A) Eligibilité au questionnaire

Vous êtes éligible à cette étude si vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- vous exercez la Médecine Générale dans le Nord (59),
- vous l'exercez dans le cadre d'une activité libérale (il est possible d'avoir une activité salariée en parallèle),
- cette activité est compatible avec la réalisation de visites à domicile (que vous en réalisiez ou non).

Vous n'êtes pas éligible dans les conditions suivantes :

- vous ne réalisez pas d'actes de Médecine Générale,
- vous exercez uniquement comme remplaçant dans le cadre de ces actes,
- vous ne pratiquez qu'une activité salariée dans le cadre de ces actes,
- vous êtes retraité sans activité, retraité ayant conservé une activité médicale ou non retraité sans activité.

(A01) Êtes-vous éligible à cette étude selon les critères définis ci-dessus ?

- * Oui
- * Non

En cas de réponse négative, le questionnaire s'arrête ici.

(B) 1ère partie : Caractéristiques du médecin interrogé et pratique de la visite à domicile

(B01) 1. Âge (en années) :

- * liste déroulante de « moins de 29 ou moins, 30-34, 35-39, ... jusque 70 ou plus »

Réponse obligatoire

(B02) 2. Genre :

- * Féminin
- * Masculin

Pour une interprétation plus facile des données, les réponses possibles sont limitées à "féminin/masculin".

Réponse obligatoire**(B03) 3. Mode d'exercice :**

- * Libéral
- * Mixte (activité libérale + activité salariée)

Réponse obligatoire**(B04) 4. Mode d'installation :**

- * Individuel
- * En groupe mono-professionnel (uniquement avec d'autres médecins)
- * En groupe pluri-professionnel (avec d'autres professions médicales)

Réponse obligatoire**(B05) 5. Milieu d'exercice de l'activité libérale :**

- * Milieu rural
- * Milieu semi-rural
- * Milieu urbain

Répondez selon votre ressenti si vous ne savez pas.

Réponse obligatoire**(B06) 6. Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine dans le cadre de l'activité libérale de Médecine Générale * ?**

- * Moins de 20
- * 20 à 30
- * 30 à 40
- * 40 à 50
- * 50 à 60
- * 60 à 70
- * Plus de 70

Réponse obligatoire

** En moyenne, et pour l'ensemble de votre activité (traitement des dossiers, actes au cabinet ou en visite...)*

(B07) 7. Effectuez-vous personnellement des visites à domicile et si oui, combien par semaine en moyenne ? (sans en donner les raisons et sans compter celles non réalisées par vous-même)

- * Non
- * Oui :
 - * 0 à 4
 - * 5 à 9
 - * 10 à 14
 - * 15 à 19
 - * 20 à 24
 - * 25 ou plus

Réponse obligatoire

(C) 2ème partie : contraintes de la visite à domicile selon les médecins interrogés

Cette partie s'intéresse de façon spécifique à la contrainte représentée par la visite à domicile selon vous.

(C08) 8. A l'heure actuelle et s'il existait une alternative pour les patients concernés, arrêteriez-vous de réaliser la plupart des visites à domicile justifiées que vous faites ?

- * Oui
- * Non
- * Je n'effectue pas de visites à domicile

Réponse obligatoire

La question suivante concerne les contraintes rencontrées au cours de la majorité de vos visites justifiées par rapport au cabinet.

(C9A) 9 A. Si cela n'affectait pas vos patients, lesquelles seraient suffisamment importantes en visite pour vous décourager d'en réaliser ? (ou lesquelles vous ont conduit à ne plus en réaliser ?)

Pour ne pas perdre de temps à relire, cochez au fur et à mesure les propositions qui auraient un impact suffisant pour vous.

1. Accès au matériel d'examen (table d'examen, ECG, balance...)
2. Accès au matériel de prise en charge (ordonnances informatisées, certificats dématérialisés...)
3. Accès au réseau (téléphonique ou internet)
4. Accès et tenue du dossier médical
5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient
6. Degré de complexité des pathologies
7. Difficulté de la coordination avec les autres acteurs de santé
8. Difficultés d'examen du patient en lien avec ses capacités
9. Etat de santé du médecin peu/pas compatible
10. Fatigue physique ou mentale engendrée pour un acte
11. Hygiène de l'environnement
12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin)
13. Rémunération de l'acte
14. Sentiment de mauvaise qualité de prise en charge
15. Sentiment de vulnérabilité du médecin
16. Aucune
17. Il existe des contraintes suffisamment importantes mais non mentionnées (cf. question 10 B)

Précisions :

- Ne cochez pas la case 16 « Aucune » si vous en avez coché d'autres.

Réponse obligatoire

(C9B) 9 B. S'il existe des contraintes pouvant vous décourager de réaliser des visites pourtant jugées justifiées et non mentionnées précédemment, vous pouvez mentionner la principale :

Autre proposition :

_____ (réponse libre)

Réponse non obligatoire

(C10A) 10 A. Parmi ces contraintes, laquelle aurait * le plus grand impact dans la décision de ne plus réaliser de visites ? (* ou a eu le plus d'impact si vous ne réalisez pas/plus de visite)

* Proposition n° : choix de 1 à 17 (la proposition 17 devenant « Votre proposition citée en 9.B. »).

Vous pouvez choisir votre proposition. Une même proposition citée plusieurs fois ne sera comptabilisée qu'une seule fois.

Réponse non obligatoire

(C10B) 10 B. Quelle serait la 2ème contrainte la plus importante ?

* Proposition n° : choix de 1 à 17 (la proposition 17 devenant « Votre proposition citée en 9.B. »).

Vous pouvez citer la même proposition si c'est votre seule réponse.

Réponse non obligatoire

(C10C) 10 C. Enfin, quelle serait la 3ème contrainte la plus importante ?

* Proposition n° : choix de 1 à 17 (la proposition 17 devenant « Votre proposition citée en 9.B. »).

Vous pouvez citer la même proposition si c'est votre seule réponse.

Réponse non obligatoire

(D) Dernière partie : contrainte ressentie par rapport au cabinet et rémunération de l'acte

En 2023 :

- l'acte de visite à domicile (VG/VGS) est de 25 € tout comme la consultation au cabinet (G/GS),
- la majoration de déplacement (MD) est de 10 €, auxquels peut s'ajouter une indemnité des frais kilométriques,
- la « visite classique » * est donc cotée « VG(S) + MD + IK », soit « 25 € + 10 € + IK ».

* hors majorations spécifiques (VL, MSH, MIC, MCU, MUT, MRT, MU, MEG...)

(D11) 11. Combien de temps pensez-vous consacrer en moyenne à une visite à domicile (déplacement, temps d'examen, actes réalisés sur place et hors domicile, retranscription dans le dossier...) par rapport à une consultation au cabinet, par ordre de grandeur noté « X » ?

Durée de la visite = X x Durée de la consultation au cabinet

Proposition pour la valeur X :

_____ (valeur numérique)

- Pour $X = 0.25$, vous estimez consacrer 4 fois moins de temps à cet effet.
- Pour $X = 0.33$, vous estimez consacrer 3 fois moins de temps à cet effet.
- Pour $X = 0.5$, vous estimez consacrer 2 fois moins de temps à cet effet.
- Pour $X = 0.75$, vous estimez y consacrer $\frac{3}{4}$ du temps consacré à la consultation réalisée au cabinet.
- Pour $X = 1$, vous estimez y consacrer autant de temps que pour une consultation au cabinet.
- Pour $X > 1$, vous estimez consacrer X fois plus de temps à cet effet.

Réponse obligatoire

Cette question porte sur l'acte de visite à domicile « VG(S) » **en dehors des IK et de la majoration de déplacement** (MD) qui concernent les contraintes liées au déplacement (*par exemple si vous réalisez une 2ème visite justifiée sur le même lieu et ne pouvez coter une 2ème fois MD*).

(D12) 12. Selon vous, dans quel ordre de grandeur noté « Y » la visite VG(S) est-elle plus ou moins contraignante que la consultation au cabinet G(S) ? Donnez une valeur à Y.

Contrainte ressentie au cours de VG(S) = Y x contrainte ressentie au cours de G(S)

Proposition pour la valeur de Y :

_____ (valeur numérique)

- $Y < 1$: vous estimez que la visite est moins contraignante que la consultation au cabinet (2 fois moins si 0,5, etc.) **en dehors des composantes du déplacement** (stationnement, usure du véhicule, assurance du véhicule, risque d'accident...)

- $Y = 1$: vous estimez que la visite n'est ni plus ni moins contraignante

- $Y > 1$: vous estimez que la visite est plus contraignante (1.5 fois plus si $Y = 1.5$, etc.)

Réponse obligatoire

(D13) 13. Pensez-vous que la rémunération d'un acte devrait être proportionnelle à la contrainte globale qu'il engendre ?

- * Oui
- * Non
- * Ne se prononce pas

Réponse obligatoire

(D14) 14. Pensez-vous que vous seriez plus enclin à réaliser des visites à domicile justifiées si leurs conditions d'exercice étaient moins contraignantes ?

- * Oui
- * Non
- * Ne se prononce pas

Remerciements

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : simon.lonnoy.etu@univ-lille.fr

Annexe 8 : réponses complètes au questionnaire avant corrections

1	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	C08	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	C9B	C10A	C10B	C10C	D11	D12	D13	D14		
2	40 - 44	Masculin	Mixte	En groupe	Semi-rural	40 à 50	5 à 9	N	N	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N		14.	4.	3.	2	4	O	O		
3	45 - 49	Masculin	Libéral	Individuel	Semi-rural	50 à 60	10 à 14	O	N	N	O	O	N	O	N	O	N	O	N	O	O	O	N	N	N		10.	4.	13.	2,5	2,5	O	O		
4	35 - 39	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	30 à 40	5 à 9	N	N	O	O	N	O	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N	distance	5.	2.	4.	2	2	N	N		
5	< 30	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	40 à 50	5 à 9	O	N	O	O	N	O	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N		13.	12.	2.	2	2	N	O		
6	55 - 59	Masculin	Libéral	Individuel	Urbain	30 à 40	5 à 9	O	O	O	N	O	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	4.	1.	8.	2,5	2	O	N			
7	65 - 69	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	50 à 60	20 à 24	O	O	O	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	1.	2.	14.	2	2	O	N			
8	60 - 64	Féminin	Mixte	Individuel	Semi-rural	60 à 70	5 à 9	N	N	O	O	N	O	N	N	N	N	N	N	O	O	O	N	N	N	6.	12.	4.	1,5	5	O	O			
9	35 - 39	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	40 à 50	10 à 14	O	O	O	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N		Impact	si	12.	14.	4.	3	1,5	O	
10	65 - 69	Féminin	Libéral	Individuel	Semi-rural	30 à 40	5 à 9	O	N	N	N	O	N	N	O	N	N	O	N	O	O	N	N	N	N	le	temps	5.	13.	8.	2	2	O	N	
11	35 - 39	Féminin	Libéral	En groupe	Semi-rural	30 à 40	0 à 4	N	O	N	N	N	N	O	O	N	N	O	N	O	O	N	N	N	N		9.	11.	12.	2	1,5	O	NSP		
12	30 - 34	Féminin	Libéral	En groupe	Rural	40 à 50	15 à 19	N	N	O	N	N	N	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N	N		13.	8.	11.	2	1,5	O	O		
13	50 - 54	Féminin	Libéral	Individuel	Urbain	30 à 40	5 à 9	O	O	N	O	N	O	N	O	N	O	O	N	O	N	O	N	O	N	O	Impact	si	12.	14.	4.	3	1,5	O	
14	35 - 39	Féminin	Libéral	En groupe	Semi-rural	40 à 50	15 à 19	N	N	O	N	O	N	N	O	N	N	O	N	O	O	N	N	N	N	le	temps	5.	13.	8.	2	2	O	N	
15	35 - 39	Masculin	Libéral	En groupe	Semi-rural	50 à 60	20 à 24	O	N	N	O	N	O	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N		12.	13.	4.	2	4	O	O		
16	55 - 59	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	50 à 60	10 à 14	O	O	O	O	O	O	N	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N	Pas	d'acc	4.	12.	13.	2,5	3	O	O	
17	35 - 39	Féminin	Libéral	En groupe	Semi-rural	40 à 50	10 à 14	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	O	N	O	O	N	N	N	N	sentimer	12.	17.	9.	3	2	O	O		
18	≥ 70	Masculin	Libéral	Individuel	Urbain	40 à 50	5 à 9	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N		16.	Vide	Vide	1	1,5	O	N		
19	60 - 64	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	50 à 60	5 à 9	N	N	N	O	N	O	N	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N		13.	14.	4.	2	1	O	O		
20	30 - 34	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	40 à 50	10 à 14	O	N	N	N	O	N	N	O	N	N	O	N	O	N	O	N	N	N	le	temps	5.	13.	9.	2	2	O	O	
21	30 - 34	Féminin	Libéral	En groupe	Semi-rural	40 à 50	0 à 4	O	O	N	O	O	O	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		7.	2.	6.	0,05	1,5	O	O		
22	60 - 64	Masculin	Mixte	Individuel	Urbain	30 à 40	5 à 9	O	N	N	N	O	N	N	O	N	N	O	N	O	O	N	N	N	N	rappo	rt	€	13.	9.	5.	4	2	O	O
23	55 - 59	Masculin	Libéral	Individuel	Urbain	50 à 60	5 à 9	O	O	O	O	N	O	O	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N		5.	13.	4.	2	2	O	N		
24	60 - 64	Masculin	Libéral	En groupe	Semi-rural	40 à 50	20 à 24	N	N	N	O	N	N	O	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N	Imp	act	si	12.	14.	4.	2	1,5	O	NSP
25	40 - 44	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	50 à 60	5 à 9	O	O	N	O	N	O	N	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N		4.	12.	8.	2	1,5	O	O		
26	30 - 34	Masculin	Libéral	En groupe	Semi-rural	30 à 40	15 à 19	O	O	N	O	N	O	O	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N		13.	12.	1.	2,5	3	O	O		
27	55 - 59	Masculin	Libéral	En groupe	Semi-rural	40 à 50	10 à 14	O	N	O	O	N	O	O	N	N	N	N	N	O	O	O	N	N	N	Temps	p	5.	4.	2.	4	2	O	O	
28	30 - 34	Féminin	Mixte	En groupe	Urbain	30 à 40	Aucune	Aucune	N	N	N	O	N	N	O	N	N	O	N	O	O	N	O	N	O	difficulté	13.	12.	17.	3	3	O	O		
29	35 - 39	Masculin	Libéral	Individuel	Urbain	30 à 40	0 à 4	O	O	O	O	O	N	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	N	N	Len	teur	(14.	13.	1.	2	3	O	O
30	60 - 64	Féminin	Libéral	Individuel	Semi-rural	40 à 50	5 à 9	O	O	N	O	O	N	O	N	N	N	O	N	O	N	N	N	N	N		12.	4.	10.	3	3	O	NSP		
31	30 - 34	Masculin	Libéral	En groupe	Semi-rural	40 à 50	5 à 9	O	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N		13.	5.	12.	1,5	1,5	O	O		
32	55 - 59	Masculin	Libéral	En groupe	Urbain	60 à 70	15 à 19	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N	N		13.	12.	5.	1,5	1,5	O	O		
33	30 - 34	Féminin	Mixte	En groupe	Urbain	30 à 40	0 à 4	O	O	N	O	N	O	N	O	N	N	O	N	O	O	O	N	N	N		13.	10.	1.	3	3	O	O		
34	30 - 34	Masculin	Libéral	Individuel	Semi-rural	50 à 60	15 à 19	O	O	N	O	N	O	N	N	O	N	N	N	O	O	O	N	N	N		4.	12.	Vide	2	2	O	O		
35	50 - 54	Féminin	Libéral	En groupe	Rural	60 à 70	20 à 24	O	O	N	O	O	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	N	N		4.	12.	14.	2	2	O	O		

Annexe 9 : modification des valeurs manquantes et/ou aberrantes

Propositions « 16. Aucune » (questions 9A et 10A, 10B et 10C) :

- Questionnaire n°27 : a coché « 13. Rémunération de l'acte » à la question 9A mais n'a mis dans les 3 contraintes les plus importantes (question 10) que la proposition « 16. Aucune »
 - correction appliquée : proposition 13 décochée à la question 9A
- Questionnaire n°65 : a coché « 16. Aucune » à la question 9A puis a proposé « 9. Etat de santé du médecin peu/pas compatible » et « 15. Sentiment de vulnérabilité du médecin » parmi les 3 contraintes les plus importantes (question 10) plutôt que « 16. Aucune »
 - correction appliquée : propositions 9 et 15 cochées et proposition 16 décochée à la question 9A
- Questionnaire n°166 : a coché « 16. Aucune » et d'autres propositions à la question 9A puis a proposé des contraintes parmi les 3 contraintes les plus importantes (question 10)
 - correction appliquée : proposition 16 décochée à la question 9A
- Questionnaire n°177 : a coché « 16. Aucune » à la question 9A puis a proposé « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » et « 8. Difficultés d'examen du patient en lien avec ses capacités » parmi les 3 contraintes les plus importantes (question 10) plutôt que « 16. Aucune »
 - correction appliquée : propositions 5 et 8 cochées et proposition 16 décochée à la question 9A

Propositions supplémentaires (question 9B) :

Propositions à modifier :

- Questionnaire n°22 : a proposé « Difficulté de stationnement à proximité, dégradation véhicule, contraventions, dossier stationnement pro » et coché « 17. Il existe des contraintes suffisamment importantes mais non mentionnées (cf. question 10 B) » à la question 9A mais a coché « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » qui intègre ces éléments à la question 9A
 - correction appliquée : proposition 17 décochée à la question 9A
- Questionnaire n°26 : a proposé « Sentiment de s'exposer à un danger » mais n'a pas coché « 15. Sentiment de vulnérabilité du médecin »
 - correction appliquée : proposition 15 cochée à la question 9A
- Questionnaire n°30 : a proposé « Le temps disponible » mais n'a pas coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) »
 - correction appliquée : proposition 12 cochée à la question 9A
- Questionnaire n°39 : a proposé « Difficultés de stationnement en ville » et coché « 17. Il existe des contraintes suffisamment importantes mais non mentionnées (cf. question 10 B) » à la question 9A mais a coché « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » qui intègre ces éléments à la question 9A
 - correction appliquée : proposition 17 décochée à la question 9A
- Questionnaire n°40 : a proposé « Lenteur de la visite (patient pas organisé comme lorsqu'il vient au cabinet) présence de chiens (problème agressivité) de chats (allergies) » mais n'a pas coché « 15. Sentiment de vulnérabilité du médecin » à la question 9A
 - correction appliquée : proposition 15 cochée à la question 9A

Propositions sans impact :

- Questionnaire n°7 : a proposé « Distance du domicile trop longue » mais a coché « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°17 : a proposé « Impact sur le temps » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°18 : a proposé « Le temps passé beaucoup plus conséquent qu'une consultation au cabinet » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune

- Questionnaire n°25 : a proposé « Pas d'accès au dossier informatisé » mais a coché « 4. Accès et tenue du dossier médical » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°32 : a proposé « Rapport en investissement et paiement » mais a coché « 13. Rémunération de l'acte » et « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°37 : a proposé « Temps passé » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°48 : a proposé « Temps » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°52 : a proposé « Un problème de santé me concernant » mais a coché la proposition « 9. Etat de santé du médecin peu/pas compatible » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°72 : a proposé « Temps et rémunération » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » et « 13. Rémunération de l'acte » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°108 : a proposé « Le facteur temps » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°117 : a proposé « Temps perdu sur les routes pour une visite. Limitation de vitesse et problème de stationnement et taxes. Verbalisation selon polices municipales. » mais a coché « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°118 : a proposé « Difficultés pour stationner, avec risque de P.V. en cas de stationnement en double file » mais a coché « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°131 : « Harcèlement téléphonique ou physique qu'engendre la VAD » mais a coché « 15. Sentiment de vulnérabilité du médecin » sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°141 : a proposé « Augmentation temps de travail du médecin » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°146 : a proposé « Peu de rendement, devant la pénurie de médecin, je peux faire 4 consultations au lieu de 2 visites. » mais a coché « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » (et « 13. Rémunération de l'acte ») à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°148 : a proposé « La distance par rapport au lieu d'exercice, le temps consacré au déplacement, l'hygiène, présence des animaux » mais a coché « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient », « 11. Hygiène de l'environnement » et « 12. Impact sur le temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°159 : a proposé « Rémunération de l'acte » mais a coché « 13. Rémunération de l'acte » à la question 9A sans cocher la proposition 17
 - correction appliquée : aucune
- Questionnaire n°165 : a proposé « Tarif de la visite/tps passé » mais a coché « 12. Impact sur le

temps dédié à l'ensemble de la patientèle (réduction du temps dédié aux autres patients ou augmentation du temps de travail du médecin) » et « 13. Rémunération de l'acte » à la question 9A sans cocher la proposition 17

Classement des contraintes (questions 10A, 10B et 10C) :

- Questionnaire n°22 : « Difficulté de stationnement à proximité, dégradation véhicule, contraventions, dossier stationnement pro » en 2ème position mais « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » (similaire) mise en 1ère position
 - correction appliquée : proposition 17 supprimée de la 2ème position, remplacée par la proposition mise en 3ème position qui est laissée vide
- Questionnaire n°26 : « Sentiment de s'exposer à un danger » en 2ème position mais « 15. Sentiment de vulnérabilité du médecin » (similaire) non mentionné parmi les 3 contraintes les plus importantes
 - correction appliquée : proposition 17 supprimée de la 2ème position et remplacée par la proposition « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient ».
- Questionnaire n°39 : « Difficultés de stationnement en ville » en 3ème position mais « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient » (similaire) non mentionné parmi les 3 contraintes les plus importantes
 - correction appliquée : proposition 17 supprimée de la 3ème position et remplacée par la proposition « 5. Composantes du déplacement jusqu'au lieu de vie du patient ».
- Questionnaire n°61 : « votre proposition citée à la question 9B » mise en 1ère position alors que la personne n'a rien mentionné en 9B
 - correction appliquée : proposition 17 supprimée de la 1ère position, 2ème contrainte décalée en 1ère position. Les 2ème et 3ème propositions sont laissées vides car il n'y avait pas de contrainte citée en 3ème position
- Questionnaire n°173 : pas de proposition mise en 1ère place
 - correction appliquée : 2ème contrainte décalée en 1ère position et 3ème contrainte décalée en 2ème position. La 3ème proposition est donc laissée vide.

Vérification de la cohérence entre les réponses aux questions 10 A, 10B et 10C et les réponses à la question 9A :

Nous avons vérifié que les propositions classées parmi les 3 plus contraignantes avaient bien été cochées en 9A.

- Questionnaire n°7 : proposition 4 citée en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 4 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°17 : proposition 4 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 4 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°18 : proposition 5 en 1ère position et 8 en 3ème position mais non cochées en 9A
 - correction appliquée : propositions 5 et 8 cochées à la question 9A.
- Questionnaire n°32 : proposition 9 en 2ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 9 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°48 : proposition 8 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 8 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°53 : proposition 8 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 8 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°65 : proposition 9 en 1ère position et 15 en 2ème position mais non cochées en 9A
 - correction appliquée : propositions 9 et 15 cochées à la question 9A.
- Questionnaire n°82 : proposition 8 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 8 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°102 : proposition 5 en 2ème position et 8 en 3ème position mais non cochées en 9A
 - correction appliquée : propositions 5 et 8 cochées à la question 9A.
- Questionnaire n°106 : proposition 12 en 1ère position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 12 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°112 : proposition 14 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 14 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°114 : proposition 8 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 8 cochée à la question 9A.

- Questionnaire n°119 : proposition 14 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 14 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°126 : proposition 9 en 1ère position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 9 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°129 : proposition 2 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 2 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°148 : proposition 14 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 14 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°169 : proposition 14 en 2ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 14 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°177 : proposition 8 en 1ère position et 5 en 2ème position mais non cochées en 9A
 - correction appliquée : propositions 8 et 5 cochées à la question 9A.
- Questionnaire n°178 : proposition 5 en 3ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 5 cochée à la question 9A.
- Questionnaire n°181 : proposition 8 en 2ème position mais non cochée en 9A
 - correction appliquée : proposition 8 cochée à la question 9A.

Question 11 : durée de la visite par rapport à la consultation au cabinet

Devant certaines réponses incohérentes, nous partons du principe que certaines réponses seraient en lien avec les exemples donnés pour aider à répondre qui auraient été mal lus et donc mal interprétés (par exemple : « Pour $X = 0.5$, vous estimez consacrer 2 fois moins de temps à cet effet. » aurait été lu comme « 2 fois plus de temps »). Les valeurs inférieures à 1 ont donc été ramenées à 1 ou plus. Voici donc les corrections apportées :

- Questionnaire n°31 :
 - correction appliquée : « 0,05 » (20 fois moins de temps pour une VAD) devient « 1 » car le facteur temps est non mentionné comme contrainte en 9A, 9B 10A, 10B ou 10C mais la proportion la proportion est en discordance avec les autres questionnaires
- Questionnaire n°61 :
 - correction appliquée : « 35 » (35 fois plus de temps pour une VAD) devient « 3,5 » en supposant qu'une virgule a été oubliée car la proportion est en discordance avec les autres questionnaires
- Questionnaire n°77 :
 - correction appliquée : « 0,5 » (2 fois moins de temps pour une VAD) devient « 2 » car la chronophagie (proposition 12) est mentionnée comme contrainte significative à la question 9A
- Questionnaire n°126 :
 - correction appliquée : « 0,25 » (4 fois moins de temps pour une VAD) devient « 4 » car la chronophagie (proposition 12) est mentionnée comme une des 3 contraintes principales à la question 10
- Questionnaire n°143 :
 - correction appliquée : « 0,33 » (3 fois moins de temps pour une VAD) devient « 3 » car la chronophagie (proposition 12) est mentionnée comme une des 3 contraintes principales à la question 10
- Questionnaire n°157 :
 - correction appliquée : « 0,33 » devient « 3 » car la chronophagie (proposition 12) est mentionnée comme une des 3 contraintes principales à la question 10
- Questionnaire n°165 :
 - correction appliquée : « 0,5 » (2 fois moins de temps pour une VAD) devient « 2 » car la chronophagie (proposition 12) est mentionnée comme contrainte significative à la question 9A

Question 12 : rapport de contrainte ressentie entre consultation au domicile et au cabinet

- Questionnaire n°64 :
 - correction appliquée : « 15 » (consultation en VAD 15 fois plus contraignante que la consultation au cabinet) devient « 1,5 » devant possible oubli de virgule car la proportion est en discordance avec les autres questionnaires
- Questionnaire n°131 :
 - correction appliquée : « 0,5 » (consultation en VAD 2 fois moins contraignante que la

consultation au cabinet) devient « 2 » car la proportion est en discordance avec les autres questionnaires (proposant tous une valeur > 1)

AUTEUR : LONNOY Simon

Date de soutenance : 17 octobre 2023 à 14h00

Titre de la thèse : Évaluation des contraintes et de la rémunération de la visite à domicile par les médecins généralistes libéraux du Nord en activité régulière

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Exercice de la médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : médecins généralistes, visites à domicile, enquêtes et questionnaires, rémunération

Résumé :

Contexte : La visite à domicile (VAD) est essentielle pour fournir aux patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet les soins primaires. Leur pratique par les médecins généralistes (MG) est pourtant en déclin, souvent vécues comme contraignantes. Le vieillissement de la population risque d'augmenter la proportion de patients en dépendant.

Méthode : Questionnaire ciblant les MG du Nord en activité régulière et diffusé après contact téléphonique de 500 MG tirés au sort parmi l'annuaire de santé Ameli.fr. Il leur était demandé de choisir parmi plusieurs contraintes celles qui pourraient les décourager de réaliser des VAD justifiées. Des points étaient attribués aux propositions selon l'importance donnée. Il fallait ensuite déterminer un ordre de grandeur du rapport de contrainte ressentie lors des consultations en VAD par rapport à celles au cabinet. Le lien avec la rémunération attendue était également analysé.

Résultats : 143 MG de la population cible ont répondu. 59.1 % déclaraient qu'ils arrêteraient de réaliser la plupart de leurs VAD justifiées en cas d'alternative. L'impact sur le temps dédié à la patientèle était la contrainte la plus importante devant la rémunération de l'acte, les composantes du déplacement et l'accès et la tenue du dossier médical. Leur importance pouvait varier selon les caractères socio-démographiques. La consultation en VAD était vécue comme 2.16 ± 0.79 fois plus contraignante qu'au cabinet. Les réponses ne suivaient pas une loi normale : la médiane était à 2.0, le 1er quartile à 1.5 et le 3ème quartile à 3.0. 87.8 % des médecins jugeaient que la rémunération d'un acte devait être proportionnelle à sa contrainte inhérente et 62.0 % déclaraient qu'ils seraient plus enclins à réaliser des VAD en cas de réduction des contraintes.

Conclusion : La réalisation de VAD pourrait être optimisée en réduisant ses contraintes inhérentes. Le MG doit pouvoir les réaliser sans que cela ne l'empêche de consacrer le temps nécessaire au reste de sa patientèle. La rémunération insuffisante de cet acte pourrait faire privilégier l'activité au cabinet et aggraver l'accès aux soins des personnes dépendantes.

Composition du Jury :

Président : Professeur Sophie FANTONI-QUINTON

Assesseur : Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse : Docteur Gilles ROESCH