

**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**UFR3S-MÉDECINE**  
Année : 2025

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

**Impact de la revalorisation de l'acte Visite Longue pour les médecins  
généralistes du Nord dans leur pratique et le suivi des patients âgés  
polypathologiques**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 janvier 2025 à 14h  
au Pôle Formation  
par **Adrien BOUDY**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Alexandre CHAUMONT**

## **AVERTISSEMENT**

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



## RESUME

Contexte : Les visites à domicile sont essentielles pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. De récentes réformes du système de santé ont pour but de revaloriser le travail des médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, dont les visites à domicile, et de réduire l'inégalité d'accès aux soins des personnes âgées. Quel est l'impact de la revalorisation de l'acte « Visite Longue » dans la pratique des médecins généralistes et dans le suivi des patients âgés poly-pathologiques au domicile ?

Méthode : Etude qualitative phénoménologique interprétative réalisée à partir de dix entretiens ouverts avec des médecins généralistes installés dans le département du Nord.

Résultats : La visite est perçue par les médecins interrogés comme un devoir dont le médecin ne peut s'affranchir. Des difficultés à organiser les visites et à y faire des consultations aussi qualitatives qu'au cabinet font que la visite est vécue comme une contrainte par les médecins. La revalorisation de la rémunération de l'acte « Visite Longue » est perçue comme juste par rapport au temps passé à domicile mais ne favorise pas pour autant l'accès aux soins des personnes âgées poly-pathologiques suivies au domicile.

Les médecins proposent des solutions pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées : revaloriser les visites, améliorer l'organisation du médecin, réviser les conditions d'installation, déléguer l'aspect social des visites à d'autres professionnels, transporter les patients au cabinet, mieux utiliser l'argent public, créer des postes d'aides-soignants libéraux, éduquer la population.

Conclusion : La revalorisation de l'acte « Visite Longue » n'est pas perçue comme une solution suffisante pouvant améliorer l'accès aux soins des personnes âgées.

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS .....	5
INTRODUCTION.....	6
MATERIELS ET METHODES.....	8
Approche qualitative et paradigme de recherche .....	8
Caractéristiques du chercheur et réflexivité .....	8
Critères d'inclusion.....	9
Stratégie d'échantillonnage .....	9
Questions éthiques relatives aux sujets humains.....	9
Méthode de collecte des données.....	9
Instruments et technologies de collecte de données.....	9
Guide d'entretien.....	10
Traitement et analyse des données .....	10
Techniques visant à renforcer la fiabilité .....	10
RESULTATS .....	11
Caractéristiques de l'échantillon.....	11
Perception de la visite .....	12
La visite est un devoir .....	12
La visite est un outils utile pour améliorer la qualité des soins et la prise en charge sociale des patients.....	13
La visite est perçue comme une contrainte.....	14
La pratique de la visite évolue.....	18
La jeune génération perçoit la médecine et les visites d'un nouvel œil.....	19
La vieille génération refuse aux jeunes médecins leur vision de la visite.....	20
Les générations sont en accord sur certains sujets .....	21

La pratique des visites diffère de la campagne à la ville .....	21
La visite longue .....	23
La perception de la cotation est variée.....	23
Ceux qui ont instauré la cotation ne comprennent pas la profession .....	25
La cotation n'a pas d'impact sur ceux qui n'aiment pas pratiquer les visites.....	26
La cotation pourrait inciter à faire moins de visites .....	26
Revaloriser toutes les visites auraient été une meilleure reconnaissance du travail des médecins.....	26
Les critères d'application de la cotation ne sont pas adéquats .....	27
L'utilisation de la cotation varie d'un médecin à l'autre .....	28
Réduire les inégalités de soins des personnes âgées .....	29
Optimiser l'organisation des médecins pour favoriser la pratique de la visite à domicile ..	29
Transporter les patients au cabinet.....	32
Déléguer la prise en charge sociale.....	35
Créer des postes d'aides-soignants libéraux .....	36
Eduquer la population .....	36
Solutions pour répondre à la demande en visites .....	37
DISCUSSION.....	43
Analyse des résultats .....	43
La visite longue .....	43
Perception de la visite à domicile .....	45
Améliorer le système de santé pour favoriser l'accès aux soins des personnes âgées ...	47
Comparaison avec la littérature.....	52
La visite longue .....	52
Garantir l'accès aux soins des personnes âgées.....	52
Comparaison de l'organisation des visites dans les systèmes de santé occidentaux .....	54

Transporter le patient au cabinet .....	55
Lien entre rémunération et qualité du travail effectué .....	57
Forces et faiblesses .....	62
Forces de l'étude .....	62
Faiblesses de l'étude .....	62
Conclusion .....	63
Bibliographie .....	65
ANNEXES .....	69
Fiche de consentement .....	69
Guide d'entretien .....	74
Analyse individuelle de chaque entretien. ....	75

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ALD : Affection de longue durée

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

MD : Majoration de déplacement

PAERPA : Parcours des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

VL : Visite longue

## **INTRODUCTION**

Les visites à domiciles sont essentielles pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. [1]

L'avenant 9 à la convention médicale de 2016 est signé en avril 2022 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et trois syndicats de médecins généralistes [2]. Son but est d'améliorer la prise en charge des patients fragiles et donc de renforcer celle des patients âgés à domicile. [3] Avant 2022, les visites étaient considérées par l'assurance maladie comme longues et complexes :

- si le patient était atteint d'une maladie neurodégénérative dans l'incapacité de se rendre au cabinet.
- pour un patient relevant des soins palliatifs.
- en cas de première consultation réalisée au domicile d'un patient de plus de 80 ans ou en affection de longue durée (ALD) dans l'incapacité de se déplacer à domicile et n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme nouveau médecin traitant.

Les honoraires de l'acte « Visite longue » avec majoration de déplacement sont de 70 euros.

[4] Les visites de suivi des patients âgés polypathologiques n'étaient pas considérées par l'assurance maladie comme complexes et équivalaient à une visite classique (35 euros). [5]

Le ministère des solidarités et de la santé acte le 17 février 2022 les nouvelles prestations prises en charge par la sécurité sociale. La cotation « Visite Longue » avec majoration de déplacement comprend désormais les visites à domicile ou en EHPAD des patients de plus de 80 ans avec au moins une affection de longue durée et dans la limite d'une fois par trimestre soit quatre fois par an. [6]

La première visite longue chez un nouveau patient comprend le recueil des informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ; l'évaluation médicale du patient ; l'organisation de la prise en charge coordonnée des soins. Les conclusions doivent être notées dans le dossier du patient. La trame des visites longues suivantes n'est pas définie par le ministère des solidarités et de la santé publique. [6]

La VL est instaurée pour lutter contre les inégalités d'accès à la santé des personnes âgées [7]. Nous pouvons nous questionner sur l'efficacité de cette mesure. Quel est l'impact de la revalorisation de l'acte « Visite Longue » dans la pratique des médecins généralistes et dans le suivi des patients âgés polypathologiques au domicile ? D'autres solutions peuvent-elles favoriser l'accès aux soins des personnes âgées ?

## MATERIELS ET METHODES

### **Approche qualitative et paradigme de recherche**

Notre étude utilise la méthode qualitative qui semble la plus appropriée au recueil du vécu de médecins généralistes sur l'application de la cotation visite longue et la prise en charge des personnes âgées polypathologiques à domicile.

La méthode qualitative permet la libre expression du médecin interrogé et de faire ressortir de nouvelles dimensions pour répondre à la question de recherche.

L'approche phénoménologique est utilisée pour notre travail, et plus précisément l'IPA (Interpretative Phenomenological Analysis). L'IPA est une démarche de recherche active inductive portant sur l'expérience subjective de l'individu. Elle permet de comprendre une expérience donnée, et le sens que la personne lui donne. La démarche de l'IPA n'a pas pour but de développer une théorie à propos de processus sociaux d'une population identifiée autour d'un phénomène. L'IPA se concentre sur le ressenti et l'expérience du sujet interrogé et ne nécessite donc pas d'atteindre une suffisance des données. Le nombre nécessaire de participants à ce type d'étude est faible à condition que les entretiens soient suffisamment riches. Dix entretiens ont donc été réalisés.

### **Caractéristiques du chercheur et réflexivité**

L'investigateur s'est formé à l'analyse interprétative phénoménologique à partir du livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » du Collège National des Généralistes Enseignants [8]. Un journal de bord est tenu de la recherche du sujet à la rédaction de la thèse.

L'investigateur rencontre les participants pour la première fois au moment du recueil des données sauf pour l'un d'entre eux qui est un ancien maître de stage universitaire.

## **Critères d'inclusion**

Les participants de l'étude sont des médecins généralistes installés dans le département du Nord.

## **Stratégie d'échantillonnage**

Le recrutement est effectué par démarchage téléphonique des médecins à partir des coordonnées disponibles sur internet et par effet boule de neige. L'échantillonnage est homogène dans le sens où les participants ont tous vécu le phénomène étudié (la prise en charge de personnes âgées polypathologiques à domicile). Les participants ont des caractéristiques diversifiées sur les critères d'âge, de milieu d'exercice, de sexe et de nombre de visites effectuées par semaine.

## **Questions éthiques relatives aux sujets humains**

Une fiche de consentement pour l'enregistrement et l'utilisation des données est signée avant chaque entretien (annexe A).

Une déclaration de conformité sur la protection des données personnelles est réalisée auprès du service de protection des données de l'Université Catholique de Lille.

Le nom des participants n'est connu que de l'investigateur pour des raisons de confidentialité.

La retranscription des données ne mentionne aucun nom de participant ni nom de ville.

## **Méthode de collecte des données**

Les données collectées sont des enregistrements audios des différents entretiens.

L'analyse des données commence le 1<sup>er</sup> mars 2023 et prend fin le 31 janvier 2024.

## **Instruments et technologies de collecte de données**

Les entretiens sont enregistrés au cabinet des praticiens à l'aide d'un dictaphone COCONING V9 et un téléphone portable SAMSUNG A70 et son application dictaphone.

## **Guide d'entretien**

Le guide d'entretien est composé de trois questions ouvertes principales (annexe B). La première questionne le médecin sur le souvenir de sa dernière visite auprès d'un patient âgé polypathologique. La seconde traite de la revalorisation des visites à domicile longues. La dernière explore la prise en charge globale des personnes âgées à domicile et de l'inégalité d'accès soins des personnes âgées. Le guide d'entretien n'évolue pas au fil des entretiens pour rester conforme à la méthodologie de l'analyse phénoménologique interprétative.

## **Traitement et analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits sur le logiciel Word. Les sujets de l'étude sont anonymisés sous la forme de « E » suivi du numéro de l'entretien. Un premier codage par commentaires sur le logiciel Word est effectué pour rendre explicite l'implicite du verbatim.

Chaque entretien est ensuite analysé distinctement. L'investigateur crée pour chaque entretien des thèmes et thèmes superordonnés présentés sous la forme de schémas explicatifs (annexe C).

Des liens sont faits entre les thèmes et thèmes superordonnés de tous les entretiens.

Les données sont sauvegardées sur un ordinateur portable et un compte google drive et protégées par des mots de passe complexes accessibles uniquement par l'investigateur de l'étude.

## **Techniques visant à renforcer la fiabilité**

L'étude répond aux critères de validité de la grille « Standards for Reporting Qualitative Research ».

50% des entretiens sont triangulés pour renforcer la fiabilité de l'étude.

## RESULTATS

### Caractéristiques de l'échantillon

	Âge	Sexe	Type d'exercice	Nombre de visite par semaine	Formation complémentaire	Type de patientèle
E1	57 ans	Homme	Semi-rural	20	Apnée du sommeil.	Âgée
E2	60 ans	Femme	Urbain	10	Ø	Peu de patients âgés
E3	32 ans	Homme	Urbain	30	Ø	Âgée
E4	38 ans	Femme	Semi-rural	5 à 10	Ø	Tous les âges
E5	43 ans	Homme	Semi-rural	20 à 30	Ø	Tous les âges
E6	50 ans	Homme	Semi-Rural	7	Ø	Jeune (20% de personnes âgées)
E7	61ans	Homme	Semi-rural	30	Ø	Agée (30-40%)
E8	37 ans	Femme	Rural	5 à 10	DU pédiatrie	Jeune
E9	35 ans	Homme	Urbain	2	DU pédiatrie	Jeune
E10	70	Femme	Semi-rural	3	DU de soins palliatifs	Jeune

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participant à l'étude.

Les dix entretiens ouverts ont lieu entre le 20 janvier 2023 et le 9 juin 2023.

Les dix entretiens durent entre 19 minutes et 1h05. La durée moyenne est de 34 minutes et 40 secondes.

## **Perception de la visite**

### La visite est un devoir

La visite est une obligation, un devoir.

*E1 : « J'ai du mal à concevoir qu'on puisse envisager de faire de la médecine générale sans se rendre chez les patients qui ne sont pas, qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'au cabinet [...] »*

Le devoir du médecin est d'assurer la continuité des confères partant à la retraite.

*E9 : « Donc on a repris ceux qui étaient dans notre quartier et on n'a pas pu reprendre ceux de là-bas. Y a d'autres médecins là-bas. Finalement tout le monde a retrouvé son chemin. »*

Le devoir du médecin est de se rendre chez un patient qu'il suit depuis longtemps lorsque ce dernier n'est plus capable de se rendre au cabinet.

*E9 : « J'ai que un peu plus de trois ans d'installation mais j'ai des patients qui ont pu venir ici et qui ne peuvent plus venir ici. Je les vois à la maison. C'est tout, on y va quoi. »*

## La visite est un outils utile pour améliorer la qualité des soins et la prise en charge sociale des patients

Faire des visites c'est donner de son temps et être motivé par le soin. C'est aussi analyser l'environnement du patient pour mieux le soigner et le maintenir à domicile.

*E8 : « J'ai récemment passé 1h45 chez un patient où il fallait revoir le domicile. J'avais dû appeler les assistantes sociales tout ça... Parce que le domicile il était plus viable. »*

C'est être utile socialement et médicalement, coordonner les soins et communiquer avec les différents intervenants.

*E3 : « Donc j'ai rappelé et elle y va vendredi. Vendredi elle voit le chirurgien et ils l'opéreront très certainement. »*

C'est de plus en plus se substituer à la famille. C'est faire beaucoup de social et ne pas se cantonner à la médecine.

*E3 : « [...] Mais c'est une charge de travail énorme pour le médecin, les infirmières, les aides-soins... parce que les enfants ne font pas leur part du boulot. Du coup c'est à nous de la faire parce que bon... On ne va pas laisser le patient tout seul. »*

C'est un soin qui permet de réduire les dépenses de santé liées au transport.

*E5 : « Ça coûterait trop cher de faire venir une ambulance. »*

## La visite est perçue comme une contrainte

Faire des visites complique la vie des médecins.

*E3 : « J'pense que beaucoup ce qui les gêne c'est... Bah c'est pas facile une visite à domicile. »*

### a. Une contrainte qualitative

La visite est une consultation techniquement de moins bonne qualité.

*E9 : « [...] c'est d'un point de vue qualitatif moins bien que la consultation au cabinet médical. »*

Faire des visites c'est se mettre dans des situations incommodantes et adopter des postures peu ergonomiques.

*E3 : « Parfois il y a un code, un interphone. Il répond pas, on est obligé d'appeler l'infirmière pour qu'elle rappelle le patient pour qu'il ouvre. Comme j'dis c'est pas souvent très propre chez lui. Le chien te saute à la gueule quand on rentre. 'Fin ouais, c'est pas très agréable. »*

Faire des visites c'est faire de l'organisationnel et de l'administratif.

*E3 : « On a l'impression de faire de l'administratif ou de l'organisationnel. Pas vraiment de la médecine. »*

## **b. Une contrainte organisationnelle**

Organiser les visites dans sa journée est difficile, surtout pour des demandes urgentes. Avoir un planning déjà chargé au cabinet c'est ne pas toujours pouvoir se rendre au domicile le jour même en cas d'urgence.

*E8 : « Si t'en as un qui se rajoute c'est pas grave mais si t'en as 2-3 qui se rajoutent ça devient plus compliqué. »*

Faire des visites en EHPAD c'est parfois avoir du mal à trouver les infirmières et les dossiers. C'est aussi être obligé d'utiliser le logiciel de l'établissement.

*E2 : « J'y allais mais j'y vais plus parce que j'ai trouvé que c'était trop compliqué. [...] Parce que vous ne trouvez jamais d'infirmière, vous ne trouvez jamais les dossiers. En plus maintenant dans la plupart des EHPAD il faut aller sur l'ordi. »*

Faire des visites impose au médecin de se dépêcher quand il a du retard.

*E9 : « Quand on a du temps, une visite c'est pas désagréable. Après le problème c'est que souvent on est un peu pris par le temps. »*

Faire face au vieillissement de la population et aux départs à la retraite des confrères c'est gérer de plus en plus de situations complexes et ça demande de s'organiser. S'organiser impose d'optimiser son temps pour soigner le plus de monde possible avec des consultations plus courtes et de moindre qualité.

*E3 : « Ça va être de pire en pire. Le contexte fait qu'on est obligé de ne pas*

*fonctionner comme ça. [...] On va être de plus en plus des techniciens et des gestionnaires. On aura de moins en moins d'échanges avec le patient. Il va falloir que les consultations aillent de plus en plus vite pour pouvoir voir plus de patients. On examinera certainement moins le patient. »*

Trop travailler et répondre à la demande c'est prendre le risque de nuire à sa santé.

*E7 : « Ah ben à s'rythme-là on tombe malade tous à un moment ou à un autre... C'qui m'est arrivé. Au bout de quelques années c'est l'épuisement. »*

### **c. Une perte de rentabilité**

Faire des visites c'est soigner moins de patients.

*E2 : « Au cabinet c'est plus facile parce qu'on peut mieux gérer. On peut voir plus de gens... En visites c'est compliqué. »*

Faire des visites c'est être moins bien rémunéré à l'heure par rapport aux consultations au cabinet.

*E10 : « Une visite c'est quatre rendez-vous d'un quart d'heure. Il faudrait que la visite coûte cent euros [...] »*

#### **d. Une charge mentale importante**

Faire des visites c'est augmenter sa charge de travail et sa charge mentale.

*E3 : « Après on parle beaucoup de charge mentale mais c'est vrai. [...] Tout est vraiment plus compliqué. Trouver une ordonnance qu'on a plus [...] Et ça, ça prend du temps. Le patient est souvent allongé dans son lit et quand on arrive il ne veut pas se lever donc on doit le pousser, le tirer, le faire marcher un petit peu. Faut rappeler le kiné parce qu'on ne sait pas si le kiné il passe ; parce qu'ils n'ont pas d'enfants qui sont là pour s'occuper de ça. [...] Y a deux fois plus de travail. »*

Suivre une personne polypathologique à domicile impose de devoir se dépêcher de lui rendre visite en cas de problématique aigue.

*E8 : « J'pense que si j'avais eu ça chez quelqu'un d'autre je n'y serais pas allée ce midi. Pour cette dame qui décompense super vite j'ai pas voulu attendre... »*

Faire des visites c'est se rajouter une charge de travail et rentrer tard le soir.

*E7 : « Et si je fais des visites je ne vais pas finir à 17h parce que je vais commencer mes consultations seulement après les visites. »*

Faire trop de visites et avoir une charge de travail trop importante fatigue.

*E3 : « Moi ça fait deux ans que j'exerce et je suis déjà fatigué. J'en ai déjà marre parfois. »*

## La pratique de la visite évolue

Avant, les médecins ne faisaient presque que des visites. Après cela les visites n'ont été réservées qu'aux personnes âgées diminuées ou aux personnes incapables de se rendre au cabinet.

*E2 : « Depuis 95 ça a beaucoup changé mais c'est vrai qu'avant ce n'était que des visites à domicile. Maintenant ce ne sont que des personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer. »*

Les médecins ont diminué le nombre de leurs visites avec les campagnes de la sécurité sociale qui les y ont incités. La sécurité sociale les incite maintenant à en faire plus.

*E7 : « Leur but c'était qu'il n'y ait plus de visites à domicile. Et maintenant ils passent en nous disant "surtout faites de la visite à domicile". On va vers les revaloriser parce qu'il n'y en a plus assez. »*

Être médecin c'est devoir changer sa pratique en fonction de l'évolution de la société.

*E4 : « Les médecins, enfin certains médecins râlent. Moi je pense qu'il faut s'adapter tout simplement. La demande est différente, donc l'offre sera différente. »*

## La jeune génération perçoit la médecine et les visites d'un nouvel œil

La jeune génération de médecins travaille moins que les générations précédentes mais fait son travail.

*E9 : « Peut-être qu'on ne voit pas la vie de la même manière. Mais en tout cas, la réalité des faits c'est qu'on travaille. »*

Les nouvelles générations sont des médecins mais pas systématiquement des médecins de famille. Une certaine distance est conservée avec les patients et certains refusent de faire des visites, de recevoir les patients en urgence et d'aider les patients sur le plan social.

*E1 : « J'ai du mal à concevoir qu'on puisse envisager de faire de la médecine générale sans se rendre chez les patients qui ne sont pas, qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'au cabinet parce que ça fait abandonner une tranche de la population. Dans certaines villes y a des gars qui font de la médecine générale et bien c'est niet. C'est zéro déplacement.*

*Après c'est un choix. Pour eux c'est ça, c'est... Ils n'ont pas la même relation avec les patients. [...] Et malheureusement, je suis parfois confronté à des refus de la part de confrères qui disent non systématiquement. »*

Les jeunes médecins posent des limites pour ne pas se laisser déborder par leur travail.

*E3 : « Donc du coup y en a beaucoup ils se protègent en disant « non, moi à 17h je ferme mon cabinet parce que si je continue je vais faire 22h, 23h, minuit ». Ils travaillent moins pour se protéger. »*

Les jeunes générations ne font pas de leur métier un sacerdoce.

*E9 : « C'est peut-être triste mais on n'a plus ce côté sacerdoce qu'ont pu avoir nos aînés. [...] Si un jour t'as une famille, si un jour t'as des enfants et si même t'as des loisirs [...] J'aime ce que je fais mais pas le jour et la nuit, pas au détriment d'une vie personnelle ou même d'une vie équilibrée. »*

Les jeunes générations veulent exercer sans stress en prenant le temps de faire des pauses et sans presser les consultations.

*E9 : « Parce que quand on le fait, quand on a du temps, on le fait mieux. Les visites qu'on fait avant la consultation qui commence à 8h30, ou le midi à la place de manger... Il faut se sentir capable de les faire. Et moi je ne me sens pas capable de les faire. »*

### La vieille génération refuse aux jeunes médecins leur vision de la visite

Les médecins des anciennes générations sont des médecins de famille dévoués à leur patientèle et proche d'elle.

*E1 : « Là on est dans le cadre de ce qu'on appelait avant le médecin de famille, le médecin de campagne. On est là pour soigner les gens, certes. Mais on est là pour faire attention à eux... Sur tout point de vue. »*

Les anciens médecins ne refusent pas les visites car ça serait abandonner les gens.

*E7 : « Mais par contre pour les personnes âgées, dire « nous on ne fait plus de domicile » ... C'est sûr que ça leur pose un vrai problème.*

## Les générations sont en accord sur certains sujets

Chaque médecin donne un sens à sa profession qui lui est propre.

*E1 « C'est une question de point de vue de son activité et de comment on voit la médecine générale. »*

Les médecins sont intéressés par des soins de qualité.

*E9 : « [...] J'ai quand même l'impression que la plupart des médecins veulent faire du soin de qualité. »*

Chaque médecin cherche un équilibre dans sa pratique de la médecine pour la rendre agréable.

*E5 : « Il faut trouver un juste équilibre, mais ça ne me déplaît pas. »*

Gagner suffisamment sa vie pour payer ses charges est important.

*E7 : « Il faut que l'argent rentre. C'est un lieu commun de dire ça mais on a tellement de charges... »*

## La pratique des visites diffère de la campagne à la ville

S'installer en ville c'est soigner beaucoup de jeunes et avoir une plus faible demande en visite, surtout lorsque le médecin exerce à proximité d'une université.

*E9 : « Plus de 80 ans... Pas beaucoup en réalité car je suis installé depuis peu et dans un quartier plutôt... Avec une moyenne d'âge assez jeune. »*

Exercer à la campagne c'est soigner beaucoup de personnes âgées et c'est avoir une demande importante en visites.

*E9 : « Mais des gens de mon âge installés depuis aussi longtemps dans un secteur rural, ils doivent avoir une proportion de patients très âgés beaucoup plus importante que moi. »*

Exercer à la campagne implique de s'engager totalement.

*E9 : « Un engagement total, quoi. »*

Demander au patient en fauteuil roulant de faire plusieurs kilomètres pour se rendre au cabinet n'est pas possible à la campagne.

*E9 : « Bah en zone rurale ils ne vont pas faire 15 bornes en fauteuil roulant pour venir au cabinet médical. »*

Être médecin de campagne c'est avoir un large périmètre pour les visites. Être médecin en ville c'est limiter les visites au quartier.

*E9 : « Il y en a qui font 15 bornes pour aller faire une visite et c'est normal, c'est leur périmètre à eux. On est en ville donc les distances ne sont pas les mêmes... C'est le temps de route qui compte. »*

## **La visite longue**

### **La perception de la cotation est variée**

C'est l'instauration d'une mesure qui vise à inciter les médecins à faire plus de visites en les payant plus.

*E9 : « J'imagine que l'idée c'est d'inciter... Enfin d'éviter que les médecins ne délaissent les visites. »*

### **b. Une utilité critiquée**

Payer plus pour inciter à faire plus de visites ne peut fonctionner que si les visites deviennent aussi rentables que les consultations au cabinet.

*E10 : « Quatre consultations ça fait cent euros et une visite ça te fait trente-cinq. C'est tout, c'est un problème financier. »*

Rémunérer plus les médecins n'influence pas la qualité ni la fréquence des visites.

*E7 : « C'est à dire qu'on prend le temps qu'il faut et point final. On a pas attendu après ça [...] Nous on exerce de la même manière. »*

La visite longue n'est pas une solution pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées.

*E9 : « Est-ce que l'idée de payer plus pour une visite ça va permettre de résoudre le problème du vieillissement de la population et de l'accès aux soins à la maison ? J'suis pas sûr. [...] Ceux qui ne veulent pas faire de visites ne feront pas de visites. Ceux qui comme moi essayent de les faire dans leur*

*agenda, ben vont continuer de faire comme ça. Et ceux qui en font plein, bah ils en font plein. »*

### **c. Une reconnaissance partielle du temps de travail**

La cotation est une plus juste rémunération pour le temps accordé aux patients à domicile.

*E2 : « Et bien je pense que c'est amplement mérité vu le temps qu'on passe. »*

### **d. Une cotation qui met en difficulté le système de santé**

Être payé plus pour faire son devoir c'est profiter du système de santé et gaspiller l'argent public.

*E6 : « On aide une profession qui gagne déjà beaucoup de sous. »*

### **e. Accabler les médecins pour détourner les regards**

Instaurer la visite longue c'est essayer de faire culpabiliser les médecins.

*E3 : « Arrêtez de culpabiliser les médecins quand même. J'pense qu'on fait ce qu'on peut pour la plupart d'entre-nous. Donc arrêtez de nous dire « faut faire plus de visites [...]. On fait ce qu'on peut. »*

Instaurer la visite longue est un moyen de détourner le regard des médecins en payant plus une faible proportion de leurs actes pour ne pas avoir à les payer globalement plus.

*E10 : « Non mais on se moque de qui là ? C'est pareil. C'est de la poudre aux yeux. »*

C'est aussi détourner le regard des gens du débat qui est de savoir comment les soigner.

*E9 : « Le débat de la convention récente, là, c'est que beaucoup de communication auprès du public s'est focalisée autour de l'argent. En vrai j'ai quand même l'impression que le sujet n'était pas là. Le sujet était : comment on soigne ces gens ? »*

### Ceux qui ont instauré la cotation ne comprennent pas la profession

Inciter les médecins à travailler plus en les payant plus c'est considérer leurs soins comme un service de consommation.

*E9 : « Ils pensent qu'on est un marché comme un autre, qu'avec plus d'argent ils auront plus de services. »*

Payer plus les médecins pour qu'ils fassent leur devoir.

*E6 : « Je ne resterai peut-être pas plus longtemps même si à ce moment-là on était payé plus. Mais non, non... Je ne changerai pas ma pratique. Je sors du domicile que quand le problème est réglé. »*

Faire son devoir c'est ne pas faire de la discrimination en fonction du prix de la consultation.

*E9 : « De une visite à 35 on ne la fait pas et une visite à 70 on va aller la faire parce que du coup c'est les vacances de rêve... [...] Moi, mon patient il vient me voir ; un jour il ne peut plus, [...]. J'vais aller le voir sans réfléchir. »*

## La cotation n'a pas d'impact sur ceux qui n'aiment pas pratiquer les visites

Ne pas aimer les visites c'est être peu influençable par les incitations financières.

*E4 : « Je pense que ceux qui n'en font pas n'en feront jamais. À moins vraiment... À moins vraiment qu'ils soient... Que l'aspect financier soit leur moteur principal dans la vie. »*

Faire des visites ne peut être que l'initiative du médecin et pas d'un tiers.

*E9 : « Mais ça, ça doit venir de nous... »*

## La cotation pourrait inciter à espacer les visites de renouvellement

Instaurer la visite longue c'est favoriser les consultations de renouvellement trimestrielles plutôt que mensuelles.

*E3 : « Donc quatre par an ça me paraît raisonnable. J'veo pas pourquoi il faudrait en faire plus. On ne va pas s'mentir... La plupart des médecins généralistes, si ils voient un patient tous les mois, tous les mois ils ne passent pas 45 min. [...] Le reste du temps ils vont passer 10 minutes. [...] C'est pour ça que personnellement je ne fais plus beaucoup les visites tous les mois. »*

## Revaloriser toutes les visites aurait été une meilleure reconnaissance du travail des médecins

Revaloriser toutes les visites aurait été préférable même si c'est exposer la sécurité sociale au risque de fraude.

*E8 : « Quelque part j'aurais préféré une revalorisation de toutes les visites à*

*50 euros mais je peux comprendre la sécu en se disant « bah du coup est-ce que tout le monde ne va pas du coup faire une visite par mois chez les gens qui n'en ont pas besoin ou faire des visites injustifiées ? » »*

Être jeune médecin c'est avoir été éduqué à l'impact sociétal du coût de la santé et donc c'est être conscient qu'il ne faut pas abuser des actes.

*E4 : « Enfin les jeunes médecins on est plutôt... Assez carrés sur tout ça parce que... C'est tout, faut être honnête. »*

### **Les critères d'application de la cotation ne sont pas adéquats**

Les critères d'application de la cotation ne sont pas justes et ignorent la fragilité d'une partie des patients. Être âgé de plus de 80 ans devrait être considéré comme une ALD.

*E7 : « Mais le truc c'est que si vous n'êtes pas dans la liste ALD, vous n'êtes pas en ALD. On en arrive à dire "ouai mais vieux et fatigué et ne plus pouvoir aller au cabinet... C'est de l'affection de longue durée. »*

Être jeune et grabataire c'est demander autant de temps au médecin.

*E8 : « J'en ai un [...] Qui a 65 ans [...]. Je trouve que le 35 euros il est un peu léger, quoi. Parce qu'au final je passe autant de temps qu'avec les autres. »*

Rendre visite à une personne de plus de 80 ans en ALD c'est presque toujours faire une visite longue.

*E7 : « Moi je vois beaucoup de personnes âgées. C'est toujours des visites*

*longues. »*

### L'utilisation de la cotation varie d'un médecin à l'autre

L'application de la cotation n'est pas légitime si ses critères ne sont pas connus.

*E5 : « Je suis mal informé sur le sens de la visite, ce qu'on doit y mettre dedans, parce que je pense qu'il doit y avoir des critères voilà, ce n'est pas juste une visite... Donc à la maison je ne le fais pas. »*

Travailler beaucoup et bien gagner sa vie c'est avoir la possibilité de ne pas s'encombrer l'esprit avec les cotations.

*E6 : « Ou alors il faudrait que je note sur un document peut-être mais bon... Peu importe, moi je gagne très bien ma vie donc me rajouter encore ça... Pas forcément, ouai. Ce n'est pas une priorité en soi. »*

Être vieux médecin c'est ne pas vouloir s'encombrer l'esprit avec de nouvelles cotations.

*E4 : « Les médecins un peu plus âgés, je ne sais pas s'ils ont envie de se prendre la tête avec ça. »*

Travailler peu rend nécessaire l'utilisation de la cotation pour pouvoir gagner sa vie.

*E6 : « Si je finissais à 16 heures tous les jours alors forcément ça serait un peu plus dur. »*

## Réduire les inégalités de soins des personnes âgées

### Optimiser l'organisation des médecins pour favoriser la pratique de la visite à domicile

Optimiser l'organisation c'est pouvoir soigner plus de monde.

*E5 : « On essaie d'optimiser un maximum le temps qu'on a pour...voilà.*

*Quand je suis arrivé au début j'étais à 700/800 patients, maintenant j'en suis à presque 1700. [...] Donc si on peut gagner du temps, sur le suivi des patients qui vont bien... »*

#### a. S'organiser pour faire des visites est une question de volonté.

S'organiser pour faire des visites est toujours possible.

*E9 : « Après j'pense que c'est se cacher derrière son petit doigt. »*

#### b. Obliger les personnes valides à venir au cabinet

Forcer tant que possible les patients à venir au cabinet permet de soigner plus de monde.

*E3 : « Quand il y a un enfant qui est présent, un fils, une sœur, un frère, qui peut et qui est encore valide et qui peut les aider... On force le plus possible pour qu'ils viennent au cabinet. »*

#### c. Réduire le temps de déplacement et regrouper les visites

Regrouper les visites par secteur et demi-journée permettrait de réduire le temps lié au déplacement.

*E5 : « Mais pour éviter de perdre du temps sur la route, ben je... Je regroupe les visites. »*

Prévoir des plages horaires larges et dédiées aux visites permet de rendre les visites plus agréables et de ne pas les bâcler.

*E9 : « Donc trouver le temps de le faire... (se rectifie) prendre le temps, bloquer du temps pour le faire. C'est moins de consultations ce jour-là. C'est comme ça... Ces patients-là demandent plus de temps, bah on prend plus de temps. Il faut essayer de faire ça. »*

Programmer les renouvellements permet de ne pas perdre de vue les patients et de réduire le nombre d'appels reçus.

*E1 : « Comme ça ils n'ont pas à appeler ici. On sait précisément comment ça se passe. »*

#### **d. Supprimer les visites inutiles**

Espacer les renouvellements à trois mois c'est supprimer des visites inutiles.

*E8 : « Et au final j'me dis "est-ce que tu ne tournes pas en rond ? " Au final, tu passes tous les trois mois et tu restes disponible si jamais elle est malade ou s'il y a quelque chose d'aigüe. Sur une chronique c'est peut-être mieux tous les trois mois que tous les mois. »*

#### **e. Limiter le temps de rédaction des ordonnances**

Imprimer l'ordonnance avant la visite permet de gagner du temps.

*E5 : « L'ordonnance je la fais d'ici en fait pour gagner du temps. »*

#### **f. Faciliter l'accès aux données médicales du patient**

Laisser le dossier à domicile sous forme de dossier papier permet de limiter le temps administratif lié à la visite. Eduquer les patients à préparer le dossier permet de fluidifier la visite.

*E9 : « Oui bah le gain de temps c'est important. [...] Et donc ça, le fait d'avoir les éléments centralisés dans le cahier et d'avoir éduqué les gens... Enfin pris l'habitude, donné l'habitude de : le médecin arrive, on va chercher le cahier [...] »*

Prendre le temps de communiquer avec les infirmiers et autres intervenants permet d'optimiser la prise en charge et de trouver plus rapidement les informations utiles.

*E3 : « Au final, si la visite se passe très bien parce qu'on a tous les intervenants et qu'on peut communiquer facilement etc... Elle prend moins de temps. »*

#### **g. Déléguer**

Déléguer la surveillance du patient à l'infirmier c'est gagner du temps.

*E3 : « L'infirmière me donne des nouvelles. [...] J'passe tous les 3 mois si tout va bien. »*

#### **h. Ne pas se laisser déborder**

S'imposer un temps imparti pour faire toutes les visites permet de ne pas se laisser déborder.

*E5 : « Il y en a qui vont durer ¾ d'heure, qui vont bouffer du temps parce que*

*je dois hospitaliser le patient, parce qu'il y a un truc qui ne va pas. Après je vais essayer de rattraper du temps sur les autres qui vont bien, rattraper le temps perdu. »*

### **i. S'organiser avec les autres médecins pour gérer les urgences**

S'organiser pour qu'un médecin s'occupe des visites pendant que les autres consultent au cabinet permet de faciliter l'accès aux soins à domicile, surtout en cas d'urgence.

*E9 : « Ou si, il doit y en avoir un quand même, en visite, à faire une tournée pendant que les autres sont au cabinet à faire leurs consultations et qui peut, le cas échéant, aller rajouter une visite inopinée chez un patient âgé. »*

### **Transporter les patients au cabinet**

#### **a. Pour réduire la charge de travail des médecins**

C'est réduire la charge de travail des médecins en visite et leur permettre de voir plus de monde.

*E3 : « On augmenterait le nombre de plages au cabinet et on diminuerait le nombre de visites à domicile. On pourrait voir plus de patients en moins de temps. »*

Une telle mesure pourrait être bien pour les médecins qui estiment faire trop de visites.

*E4 : « Et aller chez les gens ça ne me dérange pas parce que j'ai une proportion raisonnable. »*

### **b. Des moyens de transports envisageables ou non**

Amener les patients peut être fait par des minibus de bénévoles.

*E9 : « Quatrième solution : on met en place des minibus avec des bénévoles qui amènent les patients au cabinet médical. »*

Amener les patients peut être fait par des employés municipaux.

*E1 : « Mais on a la chance d'avoir aussi un véhicule de la ville qui est mise à disposition moyennant un forfait très modéré. »*

Amener les patients par ambulances coûte cher.

*E8 : « J'me dis : le bazar si on devait faire venir une ambulance. Ça serait très complexe et je ne suis pas sûr que la sécu serait très gagnante. »*

### **c. Adapter les aides existantes**

Être capable de créer des navettes qui transportent les gens au supermarché c'est pouvoir en créer pour les amener au cabinet.

*E5 : « Je sais qu'il existe par exemple pour les personnes âgées une navette, qui les emmène faire les courses. [...] Oui, on pourrait mettre en place une navette qui prend nos patients, qui les amène ici. »*

### **d. Quelques limites**

Être employé de la mairie c'est ne pas avoir les compétences requises pour transporter des personnes grabataires.

*E8 : « Le chauffeur de la mairie il ne peut pas prendre le fauteuil roulant, les installer, faire un transfert. »*

Être médecin c'est être souvent en retard et c'est rendre difficile l'organisation d'un tel moyen de transport.

*E3 : « Mais du coup ça s'passe comment si j'ai une heure de retard, d'attente dans l'cabinet... Ils la déposent et après on l'rappelle quand on a fini de visiter la patiente, c'est ça ? »*

#### **e. Une solution inadaptée aux personnes grabataires**

Seule une minorité de patients très âgés peut être transportée au cabinet. Nécessiter le passage du médecin à domicile c'est souvent ne plus être en mesure de se déplacer au cabinet, même avec un accompagnant.

*E7 : « Ça changerait peut-être pour 5 %. Parce qu'ils ne sont plus en état. On arrive chez eux, c'est à peine si ils arrivent à se lever de leur chaise pour ouvrir. »*

Transporter les patients pourrait bénéficier aux personnes encore aptes physiquement mais qu'importe physique c'est être capable de se débrouiller pour se rendre au cabinet.

*E7 : « Les gens de 75-80 ans trouvent des solutions pour se faire emmener. Ils arrivent à se faire amener malgré tout par un voisin... C'est vrai que c'est bien comme idée, bien sûr... Mais pour ces gens-là. »*

## **f. Une mesure qui rendrait la prise en charge des patients moins globale**

Ne plus aller chez les gens c'est passer à côté d'éléments importants pour la prise en charge, et pour le maintien à domicile. C'est limiter les échanges avec les différents intervenants.

*E4 : « Parfois on peut se rendre compte un petit peu mieux quand-même de ce qui se passe. »*

## **Déléguer la prise en charge sociale**

Déléguer la prise en charge sociale au moins partiellement permet de se concentrer sur le médical, diminuer la durée des visites et économiser de l'énergie. Pour cela, rémunérer les infirmiers et aides-soignants le permettrait.

*E3 : « Si les auxiliaires et les infirmières avaient un peu plus de droits dans ce qu'elles peuvent faire... Ou si elles étaient payées pour faire d'autres choses que juste du soin. Je pense par exemple, si elles étaient payées quand elles appellent l'hôpital pour programmer un rdv pour un patient qui ne peut pas le faire lui-même. »*

Déployer un dispositif similaire au PAERPA (Parcours des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) avec des coordinateurs des soins et aides sociales permettrait également un meilleur accès aux soins des personnes âgées.

*E2 : « Et donc vous aviez une coordinatrice et on l'appelait pour les gens qui voulaient rester à domicile, qui étaient âgés... Et qui venait (la coordinatrice) et qui rencontrait la famille, l'infirmier et qui instaurait toutes les interventions. »*

## Créer des postes d'aides-soignants libéraux

Créer des postes d'aides-soignants libéraux joignables directement et rapidement disponibles permettrait de réduire le temps d'attente entre demande de soins et prise en charge réelle.

*E1 : « J'ai toujours pensé depuis bien longtemps qu'il serait intéressant d'avoir des aides-soignantes libérales, sur prescription, avec prise en charge ou remboursement. [...] Mais des gens qui ne fassent pas partie de structures associatives ou administratives et qu'on pourrait appeler comme on appelle une infirmière ou un kinésithérapeute. »*

Leur organisation permettrait une prise en charge plus cohérente (horaire des toilettes et de pose des bas, etc.).

*E1 : « On a souvent du manque de personnel alors ça se traduit aussi dans la prise en charge qui n'est pas forcément adaptée aux horaires. C'est à dire que parfois on va faire une levée, une toilette alors qu'il est presque l'heure de prendre son déjeuner le midi. »*

## Eduquer la population

Eduquer la population permettrait de diminuer la demande en soins en apprenant aux gens quand s'alarmer et comment préserver sa santé.

*E9 : « Je pense que l'éducation familiale et nationale à la santé... Peut-être qu'on a notre part à jouer et que pour l'instant c'est totalement zéro en fait. L'éducation globale à la santé est importante aussi. Quand s'alarmer, quand ne pas s'alarmer ? »*

Imposer une participation financière incompressible par consultation permettrait de responsabiliser les patients et de limiter les consultations inutiles.

*E10 : « Donc qu'il y ait une participation des personnes. Et même aux urgences, ça devrait être pareil. Il devrait y avoir un dû incompressible sauf bien sûr pour les gens qui sont en ALD, pourquoi pas, et les CMU bien sûr. »*

## Solutions pour répondre à la demande de visites

### a. Former plus de médecins

Former suffisamment de médecins permettrait l'accès aux soins de toute la population.

*E6 : « C'est ça le problème... Il manque de médecins. »*

Ne pas s'installer par peur de la charge de travail c'est accentuer le sous-effectif des médecins installés.

*E9 : « Et donc ça veut dire que quand on est un jeune comme toi et qu'on doit choisir où s'installer, s'installer tout seul dans une zone rurale ou du coup il y aura beaucoup de patients âgés, beaucoup de visites à faire et donc beaucoup de temps à consacrer à aller arpenter tout le canton avec la voiture pour voilà... Et ben ça décourage.*

### b. Supprimer la liberté d'installation

Obliger les médecins à aller là où on a besoin d'eux permettrait de mieux les répartir sur le territoire.

*E6 : « On voit pour les pharmaciens, les infirmières qui sont aussi... Sur le*

*plan géographique... Qui ne peuvent pas trop choisir. Alors la perte de liberté d'installation ferait que, à mon avis... Voilà. Je pense qu'il faudrait peut-être toucher à ça. »*

### **c. Forcer ou faciliter l'installation : solution à double tranchant**

S'installer impose des contraintes assez lourdes : gérer seul l'intendance du cabinet, faire beaucoup d'administratif, être seul en cas de difficulté.

*E10 : « La multiplicité des responsabilités et de l'intendance d'un médecin généraliste est telle que... Là moi j'ai eu une panne de téléphone pendant 9 mois... Il a bien fallu que je fasse avec. Donc on doit tout résoudre. »*

Obliger l'installation des médecins après quelques années de remplacement est une solution qui ne coûterait rien à la république.

*E6 : « Si on limitait à 5 années de remplacements... Je pense que ça faciliterait beaucoup d'installations et ça résoudrait peut-être le problème. Et ça, ça ne coûte rien à la société. »*

Forcer l'installation c'est prendre le risque qu'une partie des médecins remplaçants change d'orientation professionnelle.

*E10 : « Alors la coercition ça n'a jamais marché. C'est dur. Si tu enlèves, si tu obligeas cette fille-là [...] Elle arrêtera peut-être. »*

#### **d. Déléguer l'examen clinique par des infirmiers à distance**

Déléguer l'examen clinique par des infirmiers à distance c'est employer judicieusement la téléconsultation pour permettre l'accès aux soins des personnes sans médecin qui ne peuvent plus se déplacer.

*E3 : « Et c'est l'infirmière qui fait la consultation à domicile et nous on ne se déplace pas du coup. Ça, ça peut être envisageable. Ça peut même être une très bonne chose. »*

#### **e. Solution des autorités publiques**

L'offre médicale ne peut plus supporter la demande du fait du manque d'anticipation des autorités sanitaires.

*E7 : « Y a 10-15 ans on entendait rien de tout ça. Et maintenant forcément, y a les départs en retraite et y a pas assez d'installations. Les gens ne trouvent plus de médecins... C'est inouï quoi. Voilà ce qu'ils ont fait du métier. »*

Les autorités sanitaires attendent des médecins qu'ils répondent à la demande et souhaitent qu'ils soient plus rentables et moins humains. Les médecins doivent faire des consultations plus courtes avec moins de clinique et plus de téléconsultations. Faire moins de clinique c'est prescrire plus d'examens inutiles. Les autorités sanitaires attendent des médecins qu'ils soient des techniciens et pas des médecins de famille.

*E3 : « Et c'est ce qu'on nous demande de toute façon. Comme y a de moins en moins de médecins, on nous demande de voir de plus en plus de patients et d'être de plus en plus rentables. »*

Les autorités sanitaires demandent aux médecins de travailler comme des forçats alors que le reste de la population travaille 35 heures.

*E9 : « Ou alors nous les médecins on doit accepter de travailler plus comme des forçats quoi. D'aller faire des visites à 21h parce qu'il faut les faire et qu'on n'a pas trouvé le temps de les faire ailleurs. »*

Epuiser les médecins c'est prendre le risque d'en perdre une partie (réorientations, suicides).

*E9 : « Il y a quand même des chiffres réels sur le burn out, sur le surmenage des médecins, sur le suicide, tout ça. »*

Les autorités sanitaires culpabilisent les médecins.

*E4 : « Et après on nous dit qu'on bosse pas encore assez... Ben c'est sûr que c'est dur à encaisser. Moi j'ai du mal à croire que ces gens-là pensent ça de nous. Quand-même... Ça ferait vraiment mal au cœur. »*

#### **f. Recruter des médecins généralistes dans le gouvernement**

Les médecins actifs dans le ministère de la santé sont des médecins hospitaliers ce qui n'est pas approprié pour améliorer la médecine de ville.

*E4 : « Il y a des médecins dedans mais souvent ce sont des médecins hospitaliers. C'est pas du tout la même pratique. »*

#### **g. Mieux utiliser l'argent commun**

Fournir des aides conséquentes aux médecins qui s'installent c'est donner de l'argent à des

gens qui gagnent déjà très bien leur vie. D'autant que s'installer dans un désert médical serait gagner immédiatement bien sa vie.

*E6 : « Les 50 000 euros, les aides financières... Moi c'est... On se moque du monde parce que on gagne très bien notre vie. Surtout si on s'installe dans un désert médical... Parce que vous ouvrez la porte et le premier jour vous avez tout de suite 40 ou 50 patients qui toquent à votre porte. »*

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont des gouffres financiers pour la collectivité et pour les médecins qui les occupent.

*E10 : « On n'a jamais réussi à faire des maisons médicales qui soient rentables quand elles travaillent correctement. »*

Investir dans ces maisons c'est investir dans des locaux qui ne trouveront pas de locataires.

Créer des extensions aux cabinets médicaux déjà existants quand un médecin souhaite s'installer c'est investir de l'argent sans prendre de risque.

*E6 : « Les communes qui sortent des maisons de santé où ce sont des coquilles vides... Finalement... Ça pose question aussi. Moi je préfère ici. Dans notre cabinet on est 4. On crée une extension... Donc on est déjà 4 et on trouve un numéro 5 ou un numéro 6. C'est bien plus utile. »*

#### **h. Payer plus les visites pour donner l'envie d'en faire**

Mieux rémunérer les visites rendrait plus acceptable pour les médecins de faire plus de visites.

*E7 : « S'ils payent, les jeunes en feront. Mais faut payer, faut pas donner une*

*misère aux jeunes. Ils ont raison. »*

Sous-payer les visites c'est abuser de l'altruisme des médecins. Être médecin c'est être la « bonne poire » de la sécurité sociale.

*E7 : « On fait du social mais on en abuse bien. Parce qu'on sait que bon...*

*Les médecins ça râle mais on le fera toujours. Et on compte beaucoup là-dessus. Jusqu'à ici ça a toujours marché. Et c'est pour ça que c'est peut-être pas mal que les jeunes disent "non, non, nous on ne l'fait plus". »*

N'être rémunéré que dix euros par déplacement c'est être nettement moins payé que n'importe quel artisan qui se déplace à domicile.

*E7 : « Le déplacement il est à 10 euros... C'est pas reluisant. Quand vous*

*appelez n'importe quel artisan, c'est 100 euros le déplacement. »*

## DISCUSSION

### Analyse des résultats

#### La visite longue

Dans cette étude, la revalorisation des visites n'est pas perçue comme une solution qui puisse favoriser l'accès aux soins des personnes âgées polypathologiques. La revalorisation ne changerait pas les pratiques et n'aurait pas d'incidence sur la fréquence ni la qualité des visites ce qui n'apporterait rien aux patients qui entrent dans les critères. La majorité des médecins serait motivée par la qualité du soin apporté indépendamment des honoraires de la visite. Seule une minorité de médecins pourrait être influencée et faire plus de visites par appât du gain. Être appâté par le gain reviendrait à faire de la discrimination en fonction du prix de la consultation. Une revalorisation des visites ne pourrait avoir un impact sur l'accès aux soins que si les visites devenaient aussi rentables que les consultations au cabinet. Par ailleurs, la visite longue est perçue comme un devoir que les médecins assuraient déjà avant la revalorisation.

Les points de vue diffèrent mais la revalorisation de la rémunération de l'acte VL est perçue comme une plus juste rémunération pour le temps accordé aux patients à domicile. Pour d'autres, revaloriser les visites est une aberration. Revaloriser les visites serait aider des personnes qui gagnent très bien leur vie et n'ont pas besoin d'être aidées. Cela serait alors profiter du système de santé. Pour les médecins qui refusent d'appliquer le tiers payant, cela serait voler les patients. La revalorisation serait aussi vivre sur le malheur des gens ou être payé plus pour faire son devoir.

Chaque médecin interprète de manière différente la raison qui a motivé cette revalorisation. La revalorisation serait d'abord une reconnaissance partielle du temps passé à domicile. La revalorisation aurait aussi été instaurée pour inciter les médecins à faire plus de visites ou à travailler plus. Les campagnes de la sécurité sociale des années 90 auraient incité les médecins à ne plus faire de visites. La sécurité sociale se rendrait maintenant compte que

la précédente campagne a trop fonctionné et que les médecins délaisse les visites. Cette revalorisation serait une mesure visant à contrebalancer l'ancienne campagne. Cette incitation financière reviendrait à considérer les soins apportés par les médecins comme un service de consommation. Considérer leur travail comme un service de consommation relèverait d'une incompréhension de leur métier. Revaloriser les visites longues pourrait aussi avoir été fait pour culpabiliser les médecins de ne pas travailler assez. La revalorisation pourrait être créée pour détourner le regard des médecins de la question de leur rémunération globale. Enfin, la revalorisation aurait été créée pour détourner le regard des patients pour que le débat se porte sur le salaire des médecins et pas sur les solutions pour favoriser l'accès aux soins.

La satisfaction des médecins interrogés concernant la revalorisation varie. Certains sont contentés. D'autres jugent la mesure insuffisante et d'autres sont contre ou neutres. Ceux qui jugent la mesure insuffisante préféreraient une revalorisation de toutes les visites ou de toutes les consultations. Une revalorisation globale exposerait la sécurité sociale à un risque de fraude mais ça ne serait pas aux médecins qui n'abusent pas des cotations d'en assumer les conséquences.

Certains l'appliquent systématiquement. D'autres non systématiquement, peu ou encore jamais.

La connaissance des critères d'application de la revalorisation varie. Certains connaissent les critères. D'autres ne les connaissent pas ou peu. Les critères ne seraient pas adéquats. Le critère d'âge pourrait être supprimé pour que toute visite chez un patient polypathologique puisse être mieux rémunérée. La vieillesse pourrait être considérée comme une affection de longue durée pour qu'aucune distinction ne soit faite après 80 ans. Le critère trimestriel pourrait être retiré pour que chaque visite chez un patient polypathologique puisse être rémunérée en fonction du temps passé. D'autres estiment au contraire que le critère trimestriel est valable et qu'il permettrait de supprimer des visites mensuelles de renouvellement inutiles.

La visite longue serait une consultation complexe. Elle permettrait d'analyser l'environnement du patient pour mieux le soigner et le maintenir à domicile. Cela serait coordonner les soins et communiquer avec les différents intervenants. Le délaissage des parents par leurs enfants serait un phénomène de société. Ce phénomène tendrait à augmenter la charge de travail des médecins traitants et paramédicaux qui doivent se substituer aux enfants pour assurer le maintien à domicile des patients. La visite longue serait utile socialement et médicalement.

### **Perception de la visite à domicile**

Les visites à domicile ne pourraient être qu'à l'initiative personnelle du médecin. Chaque médecin donnerait un sens à son métier. Ce sens prendrait source dans l'équilibre que chaque médecin souhaite établir entre sa vie privée et sa vie professionnelle. Les médecins qui font déjà des visites n'auraient pas envie de rompre l'équilibre qu'ils ont créé, même en étant payés plus. Ceux qui n'aiment pas les visites ne seraient pas influençables par les revalorisations. Même si la visite est perçue comme un devoir, elle est également perçue comme une contrainte. La visite favoriserait une prise en charge sociale de qualité mais une prise en charge médicale de qualité inférieure à une prise en charge faite au cabinet. La prise en charge serait de moins bonne qualité pour des raisons de difficultés d'accès au dossier médical et de difficultés à bien examiner les patients. Elle serait aussi difficile à organiser car serait chronophage. Ainsi, faire les visites sans prendre du retard ou répondre à une demande de visite urgente serait difficile. Faire une visite serait moins rentable financièrement que de faire des consultations au cabinet. Faire des visites est plus chronophage que les consultations au cabinet et ne permettrait pas de soigner autant de patients qu'au cabinet. Faire des visites serait enfin augmenter la charge mentale des médecins.

Une distinction est faite entre deux générations de médecins. Les médecins plus âgés feraient de leur métier un sacerdoce alors que les jeunes médecins privilégieraient leur vie de

famille et leurs loisirs. Les vieux médecins travailleraient beaucoup plus et n'auraient pas besoin des diverses cotations pour gagner leur vie. Ils seraient moins enclins à s'encombrer l'esprit avec la cotation de la visite longue. Les jeunes médecins travailleraient moins et auraient besoin d'appliquer la visite longue pour subvenir à leurs besoins. Une tension existerait entre ces deux générations dont les valeurs seraient différentes. Les vieux médecins seraient plus fréquemment des médecins de famille. Ils viendraient en aide à toute personne dans le besoin même si pour cela, répondre à la demande reviendrait à avoir des horaires larges. Les jeunes médecins refuseraient plus facilement les demandes. Pour les vieux médecins, les jeunes médecins seraient des médecins qui ferment les yeux sur la souffrance des gens en refusant de répondre à la demande. A l'extrême, certains jeunes médecins manqueraient à leur devoir en ne faisant aucune visite. Pour les jeunes médecins, les vieux médecins travailleraient de manière excessive au point d'en oublier leur vie de famille et de ne s'accorder aucune pause. Les vieux médecins auraient tendance à réduire la durée et la qualité de leurs consultations pour soigner plus de monde.

Certains jeunes médecins interrogés ont une vision et une pratique de la médecine qui se rapprochent de celles des vieilles générations et inversement pour de vieux médecins interrogés. Ainsi, cette distinction entre jeunes et vieux médecins n'est pas absolue.

L'accès aux soins des personnes âgées devrait être plus difficile au cours des prochaines années avec le vieillissement de la population et les départs à la retraite des médecins. Faire face au vieillissement de la population serait devoir gérer de plus en plus de situations complexes et demanderait de s'organiser. S'organiser imposerait d'optimiser son temps pour soigner le plus de monde possible. Être submergé de patients serait devoir se débrouiller pour faire tout son possible pour répondre à la demande. Répondre à la demande imposerait de faire des consultations plus rapides et de moins bonne qualité.

Les médecins auraient le devoir de subir sur le court et le moyen terme en attendant que la demande en soin puisse être comblée. Trop travailler serait prendre le risque de détruire sa

santé. Être médecin serait devoir adapter sa pratique en fonction de l'évolution de la société.

L'accès aux soins des personnes âgées serait différent en ville et à la campagne.

Se rendre au cabinet serait plus aisé en ville pour une personne à mobilité réduite. Cela permettrait aux médecins des milieux urbains de faire moins de visites. Les médecins des milieux ruraux n'auraient pas le choix que de s'engager totalement pour faire beaucoup de visites même si ça impliquerait avoir un large périmètre de visites et avoir une proportion importante de personnes âgées dans sa patientèle. La peur d'un tel engagement engendrerait une crainte de s'installer en campagne dans les zones sous-dotées en médecins. Cela amplifierait les difficultés d'accès aux soins des personnes âgées des campagnes. En ville comme à la campagne, habiter trop loin de son médecin signifierait perdre l'accès aux soins quand se déplacer est impossible.

## **Améliorer le système de santé pour favoriser l'accès aux soins des personnes âgées :**

### **Améliorations impactant directement les médecins généralistes**

Des solutions potentielles sont évoquées pour permettre l'accès aux soins des personnes âgées. Les mettre en place rapidement s'avèreraient difficile. La solution qui semblerait pouvoir résoudre cette problématique est la formation de suffisamment de médecins à répartir sur le territoire.

Favoriser l'installation des médecins est évoqué. Pour cela, obliger l'installation après quelques années de remplacement est proposé. A l'inverse, forcer l'installation ne serait pas envisageable, réduirait l'attractivité pour la profession et exposerait la société au risque qu'une partie des médecins se réoriente. Rendre l'installation plus attractive que les remplacements pourrait aussi convenir.

Supprimer la liberté d'installation est évoqué afin de mieux répartir les médecins sur le territoire.

L'optimisation de l'organisation des médecins pourrait être revue. L'objectif serait de

réduire la pression, améliorer la qualité des soins et de soigner plus de monde. Pour cela, supprimer les visites inutiles serait nécessaire et serait possible en espaçant à trois mois les renouvellements et en permettant de renouveler les hypnotiques chez les patients âgés. Programmer les renouvellements permettrait de ne pas perdre de vue les patients et de réduire la charge du secrétariat. S'arranger pour que le dossier médical soit laissé à domicile sous forme de dossier papier permettrait de limiter le temps administratif lié à la visite. Eduquer les patients à sortir ce dossier permettrait de fluidifier la visite. Prendre le temps de communiquer avec les infirmiers permettrait d'optimiser la prise en charge et de trouver plus rapidement les informations utiles. La surveillance des patients fragiles serait déléguée aux infirmiers. Regrouper les visites par secteur et demi-journée permettrait de réduire le temps lié aux déplacements. Prévoir des plages horaires larges et dédiées aux visites permettrait de rendre les visites plus agréables et de ne pas les écourter. Forcer tant que possible les patients à venir au cabinet apparaîtrait nécessaire devant la forte demande en soins. Une autre possibilité serait que les médecins s'organisent entre eux pour qu'un d'eux soit affecté aux visites pendant que les autres restent au cabinet. Organiser la visite et imprimer les ordonnances en amont de la visite écourterait la visite. S'organiser pour faire des visites serait une question de volonté.

La prise en charge sociale pourrait être déléguée pour que le médecin se concentre sur le médical, diminue la durée des visites et économise son énergie. Les infirmiers et aides-soignants pourraient être rémunérés pour effectuer la prise en charge sociale. Déployer un dispositif similaire à la PAERPA avec des coordinateurs des soins et aides sociales permettrait également un meilleur accès aux soins des personnes âgées.

Transporter les patients au cabinet permettrait de réduire la charge des médecins en visites et de soigner plus rapidement les patients en cas de besoin. Supprimer le temps de transport permettrait aussi de soigner plus de monde. Une telle mesure pourrait être adaptée pour les médecins qui estiment faire trop de visites. Plusieurs types de transports pourraient

être mis en place : des minibus de bénévoles ; des navettes mises en place par la ville ; un transport par ambulance même si ce dernier serait coûteux. Cette solution ne pourrait être possible que si son coût est acceptable. Pour eux cette mesure ne concernerait qu'une minorité de patients très âgés car nécessiter le passage du médecin à domicile serait ne plus être en mesure de se déplacer au cabinet, même avec un accompagnant. Cette mesure ne serait pas applicable aux patients des EHPAD. Cette mesure pourrait être plus appropriée aux 70-80 ans encore aptes physiquement mais être apte physiquement c'est être capable de se débrouiller pour se rendre au cabinet. Ne plus aller chez les patients serait également passer à côté d'éléments importants pour la prise en charge et le maintien à domicile. Cela serait également ne plus avoir l'occasion de discuter avec les différents intervenants. Être employé de la mairie serait ne pas avoir les compétences requises pour transporter des personnes grabataires. La dernière problématique soulevée est celle de son organisation. Être médecin serait être souvent en retard et cela serait rendre difficile l'organisation d'un tel moyen de transport.

Déléguer l'examen clinique par des infirmiers à distance serait employer judicieusement la téléconsultation pour permettre l'accès aux soins des personnes sans médecin qui ne peuvent plus se déplacer.

La question financière est souvent évoquée par les participants mais les avis divergent. Payer plus les médecins pourrait rendre acceptable pour eux de faire plus de visites. Rendre les visites aussi rentables que les consultations au cabinet en termes de revenu/horaire serait alors nécessaire. A l'inverse, payer plus les médecins n'aurait pas d'influence sur leurs pratiques. Revaloriser les actes et accorder plus d'aides financières aux médecins serait donner plus d'argent à des gens qui gagnent très bien leur vie et qui n'en aurait pas besoin. L'argent public devrait être utilisé pour le bien commun et pas pour suffire à quelques personnes. Mieux utiliser l'argent public permettrait de favoriser l'accès aux soins. Supprimer les aides à l'installation et forcer l'installation serait plus durable pour la société même si cela

engendrait des manifestations de la part des médecins. Travailler dans un désert médical serait gagner immédiatement bien sa vie. Les maisons de santé pluridisciplinaires seraient des gouffres financiers pour la collectivité et pour les médecins qui les occupent. Ces investissements ne serviraient qu'à créer des « coquilles vides » devant la difficulté à trouver des médecins pour y exercer. Créer des extensions aux cabinets médicaux déjà existants serait plus approprié.

Plusieurs médecins estiment que l'offre médicale ne peut plus supporter la demande du fait d'un manque d'anticipation des autorités sanitaires. Pour eux, les autorités sanitaires attendraient des médecins qu'ils répondent à la demande en étant plus rentables et moins humains. Cela impliquerait que les médecins fassent des consultations plus courtes avec moins de clinique et plus de téléconsultations. Cela serait faire des consultations de moins bonne qualité et favoriserait la prescription d'exams inutiles. Imposer aux médecins de soigner tout le monde serait augmenter les dépenses de santé et ne ferait plus des médecins des médecins de famille mais des techniciens. Demander aux médecins de travailler comme des forçats alors que le reste de la population travaille 35 heures serait à l'origine de tensions. Cela serait les épuiser et prendre le risque d'en perdre. Dire aux médecins qu'ils ne travaillent pas assez serait être à côté de la réalité. Ça serait les culpabiliser injustement et les décourager. A l'inverse, d'autres médecins estiment que les autorités sanitaires font tout leur possible pour que les gens puissent accéder aux soins. Pour ces médecins, travailler plus en attendant une inversion démographique est nécessaire et serait de leur devoir.

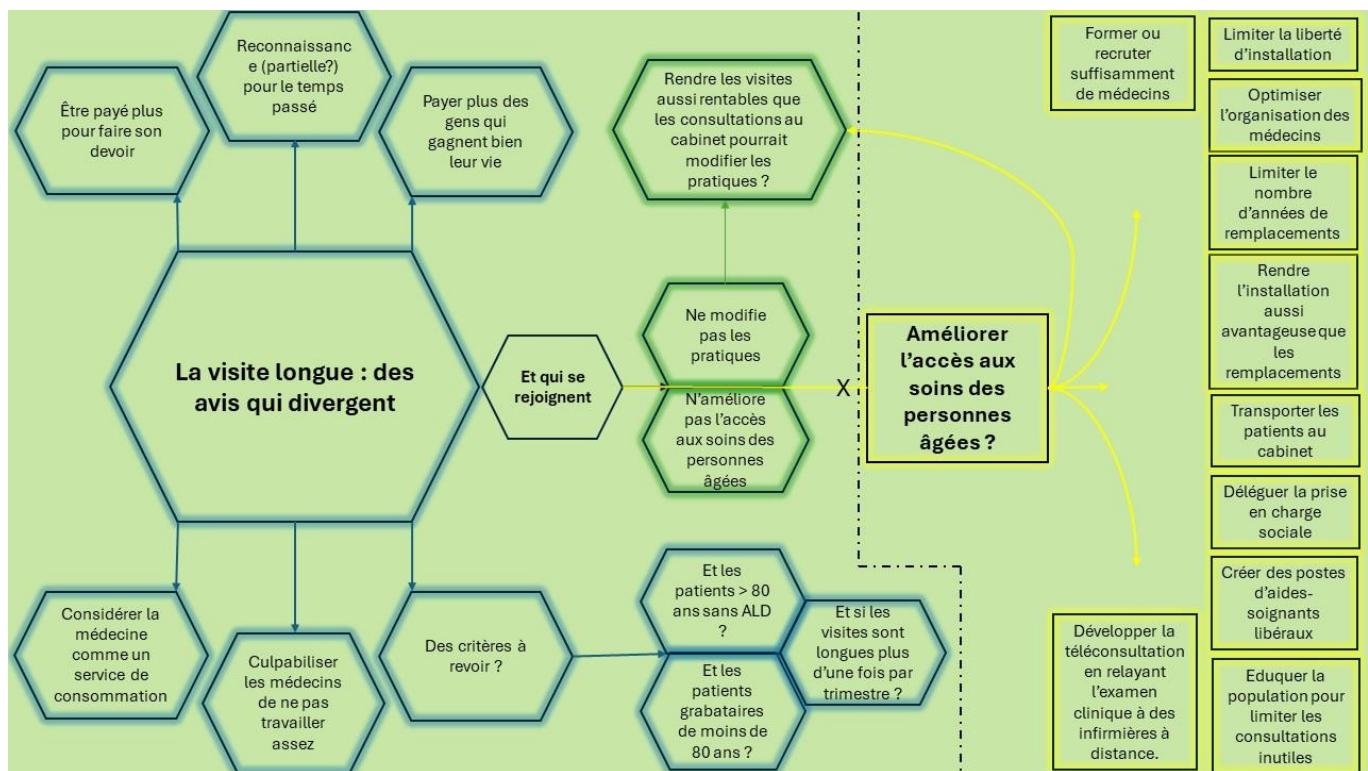
### **Améliorations impactant indirectement les médecins généralistes**

Créer des postes d'aides-soignants libéraux permettrait de réduire le temps d'attente entre demande de soins et prise en charge réelle. Les aides-soignants libéraux seraient joignables directement et rapidement disponibles. Leur organisation permettrait une prise en charge plus cohérente (horaire des toilettes et de pose des bas, etc) et faciliterait le maintien à

domicile.

Eduquer la population permettrait de diminuer la demande en soins en apprenant aux gens quand s'alarmer et comment préserver sa santé. Imposer une part incompréhensible par consultation permettrait également de responsabiliser les patients et de limiter les consultations inutiles.

Nous proposons une modélisation des résultats :



## **Comparaison avec la littérature**

### **La visite longue**

Les recherches concernant la visite longue sont peu fructueuses. À notre connaissance, la visite longue n'a pas fait l'objet d'études. La convention médicale du 04/06/2024 signe la création d'une consultation longue au cabinet pour les patients de plus de 80 ans en ALD. Cette cotation sera applicable en cas de sortie d'hospitalisation, de consultation de déprescription de patients polymédiqués ou en cas de consultation d'orientation vers un parcours médico-social. La convention de 2024 n'apporte pas de changement à la cotation visite longue. [9]

Les autorités sanitaires semblent reconnaître, par cette nouvelle mesure, le temps passé par les médecins généralistes à prendre en charge les consultations complexes liées aux patients âgés poly-pathologiques au cabinet. Cette mesure semble être dans la continuité de la cotation visite longue. Cette nouvelle mesure pourrait être étudiée pour déterminer son impact sur la prise en charge des personnes âgées poly-pathologiques et éventuellement l'influence que cela pourrait avoir sur la pratique des visites par les médecins. Nous pouvons nous demander si cette mesure ne va pas inciter les médecins à rester au cabinet et à délaisser encore plus les visites.

### **Garantir l'accès aux soins des personnes âgées**

La France est l'un des pays européens où les inégalités d'accès aux soins sont les plus élevées. [10]

La précarité des personnes âgées est une menace qui devient de plus en plus constante à mesure que les maladies et les handicaps s'installent. L'accès aux soins devient un impératif. L'absence d'accès aux soins des personnes âgées poly-pathologiques a des répercussions graves sur leur qualité de vie. [11]

Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas propres à la France. D'autres pays comme

le Canada y sont confrontés. La crise du covid-19 a déstabilisé les systèmes de santé fragiles et accentué leurs failles. [12]

Le Service d'Accès aux Soins est proposé depuis mars 2023 pour permettre l'accès aux soins en cas de nécessité de soins rapides (dans les 48h). Le dispositif permet, lorsque son médecin traitant n'est pas disponible, de prendre rendez-vous par téléphone ou internet chez un des médecins qui participe à ce dispositif. Une personne âgée peut bénéficier de visites à domicile en cas de nécessité. Ce service est très récent et son efficience n'a pas été évaluée. [13]

Une étude canadienne met en avant le vieillissement de la population comme facteur aggravant le manque d'accès global aux soins primaires. L'étude affirme que l'organisation des soins doit être adaptée pour faire face à ce manque d'accès. Il est proposé de délester les médecins généralistes de certaines consultations. Les psychologues pourraient prendre en charge les personnes souffrant de troubles dépressifs majeurs. Des adjoints aux médecins pourraient effectuer des bilans de santé pour les bébés. Des infirmiers praticiens jumelés à des diététiciens pourraient assurer les soins de routine des patients diabétiques. Des infirmiers pourraient assurer les visites de suivi par téléphone. Les médecins seraient surtout confrontés aux soins complexes. [14]

Les infirmiers apparaissent comme un maillon essentiel de l'accès aux soins des personnes âgées. La création de postes d'infirmiers de pratique avancée permet l'accès aux soins lorsqu'accéder à un médecin traitant n'est pas possible. Leurs compétences ont été élargies, notamment leur capacité à initier les traitements. [15]

La création de postes d'infirmiers Asalée permet de déléguer l'éducation thérapeutique des médecins qui n'ont pas le temps d'accompagner leurs patients du fait de la forte demande. Le bon fonctionnement du protocole Asalée est fondé sur la qualité du binôme médecin-infirmier. [16]

L'élargissement des compétences des infirmiers semble aller dans le sens des

médecins interrogés. Les médecins de l'étude estiment que certaines prises en charge peuvent être déléguées pour mieux répondre à la demande dont celle des personnes âgées polyopathologiques à domicile. L'élargissement des compétences des infirmiers pourrait être étudié dans d'autres domaines comme la pédiatrie où le suivi des nourrissons et enfants pourrait être relégué aux puéricultrices afin de redonner le temps aux médecins généralistes de soigner la population vieillissante. Cela serait d'autant plus profitable que la formation de puéricultrices serait plus rapide que celles de médecins. Le même raisonnement pourrait s'appliquer aux sage-femmes qui pourraient se charger des consultations de gynécologie de la puberté à la ménopause.

### **Comparaison de l'organisation des visites dans les systèmes de santé occidentaux**

La fréquence des visites à domicile a nettement diminué depuis les années 50 en Europe et en Amérique du Nord. [17] En Allemagne, les causes évoquées de ce délaissement des visites sont les même qu'en France : l'insécurité, le peu de rentabilité en temps et en argent. [18]

Le vieillissement de la population et l'augmentation du besoin en visites incitent les systèmes de santé à remettre les visites dans la pratique dans médecins. Les médecins généralistes formés aux visites à domicile durant leur cursus sont plus enclins à pratiquer les visites. Le Canada et les Etats-Unis ont réintroduit l'enseignement des visites dans le cursus médical pour lutter contre la diminution du nombre de médecins pratiquant les visites. [19] [20]

A notre connaissance, l'étude la plus récente qui compare la pratique des visites à domicile en Europe remonte à 2001. [21] L'étude révèle une pratique inégale des visites selon les pays. Les médecins belges réalisaient 44 visites par semaine en moyenne. Les médecins allemands, autrichiens et français, néerlandais et luxembourgeois en réalisaient entre 20 et 30 en moyenne. Les irlandais, italiens et anglais en réalisaient entre 15 et 20 par semaine et les autres pays moins de dix en moyenne. Les médecins portugais et des pays scandinaves étant

ceux qui en faisaient le moins.

Les études relatives aux visites à domicile dans les pays occidentaux semblent aller dans le même sens que cette présente étude. Les médecins généralistes ont délaissé les visites et les systèmes de santé les incitent à en faire plus. Des études statistiques pourraient être réalisées toutes les décennies pour évaluer l'évolution de la pratique des visites afin de déterminer si les mesures mises en place en France sont efficaces.

Ces différentes études semblent aller dans le sens de notre travail. Les médecins interrogés estiment que la pratique des visites a diminué au cours des dernières décennies et que les grandes instances les incitent à en faire plus.

La formation des futurs médecins sur le thème des visites à domicile pourrait être enrichie. Des études pourraient suivre ces médecins pour déterminer si une formation peut avoir un impact sur leur pratique de la visite.

### **Transporter le patient au cabinet**

Des communes organisent le transport des personnes âgées au cabinet.

Les particularités des moyens employés sont diverses. [22] En voilà quelques exemples :

- La commune de Moreuil met à disposition un véhicule qui dessert une vingtaine d'arrêts dans la commune afin que les personnes de plus de 60 ans puissent accéder aux commerces.
- La ville de Saint-Sébastien-Sur-Loire dispose de deux minibus adaptés aux personnes à mobilité réduite. Le service permet aux personnes âgées de se rendre n'importe où dans la commune moyennant 1 euro par aller/retour. Deux chauffeurs salariés par la collectivité assurent les transports.
- L'association VOITUR'AGES de Segré-en-Anjou-Bleu permet également le transport des personnes à mobilité réduite. Le service est assuré par des bénévoles.
- Le dispositif Mobi-cité de la ville de Bron assure le transport des personnes âgées dans

la commune depuis quelques années. Les statistiques de l'année 2018 révèlent que 45% des transports sont des accompagnements pour raisons médicales. 61% des bénéficiaires ont plus de 85 ans et 23% ont plus de 90 ans.

- L'association EUREQUA accompagne les personnes âgées du 8<sup>ème</sup> arrondissement de Lyon à leur rendez-vous médicaux contre une faible contrepartie financière.
- L'association Paris en Compagnie permet l'accompagnement des plus de 65 ans ne nécessitant pas de transferts à leur rendez-vous médicaux et par des bénévoles.
- La mairie de Chasselay met à disposition un véhicule à disposition d'une vingtaine de bénévoles afin de conduire les personnes âgées dans la commune.

Les communes citées estiment que l'aide au transport des personnes âgées est nécessaire pour leur permettre d'accéder aux consultations médicales et examens médicaux ainsi que pour leur permettre de garder une vie sociale active.

Les médecins de l'étude estiment qu'une aide au transport peut réduire au moins partiellement leur charge en visite et leur permettre de soigner plus de monde.

Permettre aux personnes âgées qui ne peuvent se rendre par elles-mêmes au cabinet sans être grabataires permettrait aux médecins de ne se déplacer que pour les personnes âgées grabataires et leur permettre de mieux répondre à la demande de leur patientèle.

Les municipalités et les médecins estiment donc qu'une aide au transport puisse avoir un impact positif à la fois pour les personnes âgées et pour les médecins. Le système de transport des personnes âgées au cabinet est encore imparfait et nécessiterait d'être étudié. Il serait intéressant de déterminer le système de transport le plus acceptable en termes de coût, la population qui pourrait être ciblée et comment optimiser l'organisation de ces transports.

La création de postes de chauffeurs salariés dans chaque communauté de commune comme c'est le cas par endroit pourrait réduire les coûts liés au transport et pourquoi pas supplanter les transports en VSL. Ce modèle de transport pourrait être extrapolé aux transports en ambulance. La création de postes d'ambulanciers salariés des municipalités

serait à étudier afin de déterminer si cela permettrait de réduire le surcoût pour le système de santé que représentent les transports en ambulance et limiter les transports abusifs. Peut-être que des ambulanciers salariés/ fonctionnaires pourraient avoir un regard critique sur les prescriptions de transport et refuser certains transports abusifs ? Une étude pourrait éventuellement déterminer si rompre le lien financier en fonctionnarisant les ambulanciers réduirait les dépenses de santé liées aux transports.

### **Lien entre rémunération et qualité du travail effectué**

D'après l'étude publiée dans la Revue Internationale des Sciences de Gestion en 2022 « Rémunération et performance au travail dans les hôpitaux publics du Cameroun : l'effet modérateur des avantages sociaux » [23] :

- La motivation du personnel constitue le moteur de toute démarche d'amélioration de la qualité et donc de la performance au sein des formations sanitaires.
- Les revalorisations financières pourraient influencer l'attractivité, la motivation (implication) et la fidélisation des employés.

Dans ce travail, les diverses revalorisations possibles et leurs intérêts sont :

- La revalorisation du salaire de base qui influencerait l'attractivité et la motivation.
- Les primes et bonus liés aux performances qui auraient un faible impact sur la motivation.
- Les avantages sociaux qui fidéliseraient.
- Les avantages en nature qui auraient un impact pour l'attractivité et la fidélisation.

D'après cette étude, la motivation du personnel serait principalement influençable par une revalorisation du salaire de base. Les résultats de cette étude sont à considérer avec précaution devant son faible échantillonnage et les différences culturelles qui séparent la France du Cameroun.

Nous pouvons mettre en lien cette étude avec la pratique des visites à domicile chez les

médecins généralistes. La revalorisation des honoraires de base des visites à domicile aurait, selon ce raisonnement, plus d'impact sur la motivation des médecins à faire des visites que les primes (cotation visite longue, etc).

Cela va dans le sens de notre étude puisque les médecins de notre étude estiment qu'une revalorisation globale des honoraires est préférable.

Une nouvelle étude quantitative avec un échantillonnage plus approprié pourrait être réalisée en France afin de confirmer l'impact des différents types de rémunération sur la performance des médecins.

D'après les comptes de la sécurité sociale de juillet 2022 [24], les métiers du soin et du médico-social sont confrontés à un déficit d'attractivité expliqué par la pénibilité du travail et les faibles salaires. La réponse des instances compétentes face à ce constat est d'augmenter largement le salaire des soignants avec le Ségur de la santé. Le Ségur ne répond pas à la problématique de la pénibilité au travail.

Début 2024, le gouvernement revalorise les salaires à l'hôpital pour :

- les travailleurs de nuit, des dimanches et jours fériés.
- les gardes effectuées par le corps médical. [25]

L'objectif de cette mesure est de fidéliser le personnel et donc de limiter les démissions. Cela ne répond pas à la problématique de l'attractivité des métiers du soin ni à celle de la pénibilité de leur travail.

Une revue internationale de la fonction publique de 2008 [26] suggère que le mode de rémunération sur le mérite n'a pas d'influence sur la motivation des fonctionnaires et pourrait avoir un impact négatif en diminuant la motivation d'une partie d'entre eux.

D'après cette étude, les systèmes de récompenses révèlent les objectifs, les valeurs et les normes de comportement qu'une organisation attend de ses membres. Pour les médecins

généralistes, ce mode de rémunération correspond aux rémunérations sur objectif de santé publique [27].

L'étude affirme que la mise en place d'un nouveau mode de rémunération nécessite une analyse de la nature des motivations des personnes bénéficiaires. Une politique d'individualisation des rémunérations ne peut fonctionner que si elle correspond aux attentes et aux valeurs des agents.

Le principal déterminant de la motivation au travail dans la fonction publique n'est pas le salaire. Ce sont des facteurs intrinsèques au travail qui priment et donc la qualité de vie au travail. [26]

La Haute Autorité de Santé a mis au point une méthodologie [28] qui favorise la participation et la confiance des salariés en améliorant la qualité de vie au travail. La performance au travail serait intimement liée à la qualité de vie au travail.

Chaque travail présente des caractéristiques externes et internes. Nous retrouvons parmi les caractéristiques externes :

- Le statut de l'emploi,
- Le salaire,
- L'équilibre vie privée/vie professionnelle,
- Le plan de carrière,
- L'environnement de travail,
- L'égalité professionnelle, etc

Nous retrouvons parmi les caractéristiques internes du travail sont :

- L'autonomie,
- La responsabilité,
- Le caractère apprenant du travail,
- La connaissance des objectifs,

- La charge de travail.

Agir sur les caractéristiques externes est plus simple mais ne suffit pas à améliorer la motivation. Privilégier une action sur les caractéristiques internes du travail est essentiel pour favoriser la motivation des travailleurs.

Les données de ces sources concordent avec notre étude.

Les autorités compétentes apportent à la problématique de l'accès aux soins à domicile des personnes âgées une réponse financière. Une action sur les facteurs extrinsèques au travail des médecin est donc privilégiée.

La première motivation des médecins généralistes qui font des visites n'est pas l'argent mais la qualité du travail qu'ils peuvent apporter.

Les principales préoccupations des médecins généralistes sur les visites concernent les facteurs intrinsèques de leur travail :

- Une autonomie décrite comme lésée par les contrôles de la sécurité sociale.
- Des responsabilités qui dépassent celles du médecin avec l'attribution aux médecins d'une prise en charge sociale chronophage.
- Une charge de travail excessive avec d'importantes difficultés organisationnelles et une surcharge administrative.

L'analyse de ces sources amène à de nouvelles possibilités d'études mettant en lien les sciences de la gestion et la médecine générale. De nouveaux modèles de prise en charge des patients à domicile pourraient être pensés afin de rendre attractive la pratique de visite à domicile et afin d'augmenter la motivation des médecins à réaliser des visites de qualité.

Nous pouvons proposer un modèle de médecine générale et/ou de gériatrie novatrice et plus respectueuse de la qualité de vie au travail. Des médecins généralistes ou gériatres pourraient faire des visites l'unique source de leurs revenus. Les patients concernés seraient les personnes dans l'incapacité de se déplacer au cabinet. L'attractivité de ce poste pourrait être favorisée par un salaire de base équivalent à ceux des médecins généralistes ne faisant

pas de visite. Cela permettrait de satisfaire plusieurs critères externes liés au travail : salaire et égalité professionnelle.

La motivation et la fidélisation des médecins seraient favorisées par le respect de critères intrinsèques du travail :

- Une autonomie accrue des médecins avec un allègement du contrôle sur les cotations employées.
- Une responsabilisation appropriée des médecins qui seraient disponibles pour les personnes en perte d'autonomie.
- Le caractère apprenant / stimulant du travail avec des prises en charges complexes intéressantes et une pratique pluridisciplinaire. Le médecin gériatre ou généraliste pourrait par exemple être directement en lien avec une équipe pluridisciplinaire (assistant social, ergothérapeute, etc.).
- Des objectifs clairement définis : maintenir à domicile, limiter les hospitalisations, réduire les dépenses publiques, etc.
- Une réduction de la charge de travail avec une charge administrative moindre, une organisation flexible, une réduction du stress et la possibilité de prendre plus de temps avec les patients.

## **Forces et faiblesses**

### **Forces de l'étude**

Cette thèse a pour but d'identifier les représentations qu'ont les médecins de la visite longue. A notre connaissance, aucune étude qualitative n'a été réalisée sur ce sujet ce qui fait l'originalité de ce travail. L'analyse qualitative a permis de comprendre avec plus de précisions ce que pensent les médecins de la visite longue et les a amenés à réfléchir à des solutions à apporter pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées.

Les critères de validité en recherche qualitative (SRQR) ont été respectés. Les entretiens ont été enregistrés et la qualité des enregistrements a permis une retranscription exacte des verbatim sans exception.

### **Faiblesses de l'étude**

La méthode interprétative nécessite le plus souvent des entretiens ouverts, afin d'accéder au ressenti de chaque participant. Cet exercice nécessite une certaine expérience. Ce travail étant le premier pour l'investigateur, il est possible que les entretiens aient été trop dirigés ou que l'analyse n'ait pas été complète. Certaines données ont pu être mal interprétées ou omises.

## **Conclusion**

La visite longue n'est pas perçue par les médecins de l'étude comme une solution permettant d'améliorer l'accès aux soins des personnes âgées.

Les entretiens ont rendu possible l'émergence de points de vue et de solutions pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins des personnes âgées. La cotation ne changerait pas les pratiques et n'aurait pas d'impact sur l'accès aux soins des personnes âgées. Les critères d'application de la visite longue sont jugés inappropriés. Les visites sont chronophages et induiraient une charge mentale supplémentaire pour les médecins et des difficultés organisationnelles. Cependant, la visite permet d'analyser l'environnement du patient, de coordonner les soins et de communiquer avec les intervenants.

Nous retrouvons des divergences d'opinion entre médecins. Le critère trimestriel est considéré comme adéquat et permettrait de supprimer des visites mensuelles inutiles. Pour d'autres, appliquer la cotation devrait être possible pour chaque visite, dès lors qu'elle est longue.

La cotation serait satisfaisante pour certains et insuffisante pour d'autres. Les visites sont appréciées pour l'aspect relationnel et social. Les visites sont pour d'autres désagréables devant les contraintes organisationnelles, pour des questions d'hygiène et d'ergonomie ou devant une perception de la visite comme une consultation moins qualitative sur le plan médical. Certains aiment être utiles socialement et d'autres aimeraient déléguer l'aspect social de la visite. La prise en charge sociale pourrait être repensée et déléguée afin de redonner plus de temps médical aux médecins.

Certaines divergences semblent générationnelles et dépendent du sens donné à son métier.

Les propositions visant à améliorer l'accès à la santé des personnes âgées formulées concernent principalement l'organisation du médecin, d'éventuels moyens de transport au cabinet du patient, une révision de l'utilisation de l'argent public, une révision des conditions

d'installation, la délégation de l'aspect social des visites à d'autres professionnels, une revalorisation des visites pour les rendre aussi attractives que les consultations au cabinet, l'éducation de la population.

La notion d'engagement des médecins pourrait être étudiée afin de comprendre quelle sera la médecine générale de demain et comment adapter les futures mesures. La notion d'engagement des familles vis-à-vis de l'accompagnement de leurs proches ainsi que l'étude de l'évolution et de la transmission des valeurs de la famille pourrait aboutir à des pistes de réflexion sur des mesures à mettre en place pour limiter l'isolement médico-social des personnes âgées.

Les pays occidentaux ont délaissé les visites au profit des consultations au cabinet. L'enrichissement de la formation des futurs médecins sur le thème de la visite à domicile pourrait insuffler l'envie à ces futurs médecins d'en faire.

Le transport des patients âgés au cabinet existe dans certaines communes. Des études pourraient être réalisées pour évaluer l'intérêt et l'acceptabilité du transport des patients au cabinet ou pour évaluer l'intérêt de personnels dédiés à la prise en charge sociale.

L'élargissement des compétences des paramédicaux a déjà lieu mais pourrait être étendue dans de nouveaux domaines pour donner aux médecins généralistes plus de temps médical pour gérer les consultations complexes liées au vieillissement de la population.

Mieux rémunérer les médecins généralistes peut contribuer à les motiver à faire des visites mais cela ne peut suffire tant que la qualité de vie au travail ne sera pas améliorée. La pratique actuelle des visites à domicile par les médecins est imparfaite et pourrait être repensée.

## Bibliographie

1. Pham TN, Akhtar S, Jakubovicz D. Visites à domicile: Un art essentiel en médecine familiale. Canadian Family Physician. 2018;64(1):51-53.
2. Assurance Maladie. Avenant 9 : un texte pour mieux prendre en compte les besoins mis en lumière pendant la crise. [en ligne]. 15/07/2022.<https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise>
3. Assurance Maladie. Avenant 9 : « Des avancées majeures pour les médecins libéraux et l'accès aux soins ». [en ligne]. 15/07/2022.<https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/avenant-9-des-avancees-majeures-pour-les-medecins-liberaux-et-lacces-aux-soins>
4. Médecine générale France. VISITE LONGUE VL+ MD = 60+10. [en ligne]. 28/11/2022.  
<https://www.mgfrance.org/lesiedemgfrance/2061-visite-longue-vl-md-60-10>
5. Assurance Maladie. Avenant 9 : les mesures applicables depuis le 1er avril. [en ligne]. 15/07/2022.<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-les-mesures-applicables-depuis-le-1er-avril>
6. Ministère des solidarités et de la santé. Décision du 13 janvier 2022 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Journal officiel de la République Française. 2022 février 17; 40.8p.

7. Sénat. QUESTION ECRITE : Revalorisation des visites à domicile. [en ligne].24/06/2024.<https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220700588.html>

8. JP Lebeau, I. Aubin-Augé. Initiation à la recherche qualitative en santé. Paris : Global Média Santé, 2021. 196

9. L'assurance maladie. Texte final de la convention médicale. [en ligne].24/06/2024.<https://www.ameli.fr/hainaut/medecin/negociations-conventionnelles/texte-final-convention-medicale-2024>

10. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins: bilan et évolution [Inequalities in access to care and their evolution: a review]. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013 Aug;61 Suppl 3:S163-169.

11. Thomas P, Chandès G, Hazif-Thomas C. Facteurs sociaux entravant l'accès aux soins des aînés [Seniors' precariousness, social factors hindering access to care]. Soins Gerontol. 2020 Jan-Feb;25(141):15-20.

12. Patrick K, Laupacis A. Le sujet de l'heure : l'accès aux soins de santé au Canada. CMAJ. 2023 Feb 27;195(8):E317-E318

13. Michon F. Les services d'accès aux soins, une offre de soins lisible et coordonnée. Soins. 2022 Oct;67(869):1.

14. Bouchard B. Régler le problème d'accès aux soins. Can Fam Physician. 2022 Mar;68(3):238.

15. Warnet S. Les infirmières, maillon essentiel d'une réforme de l'accès aux soins. Rev Infirm. 2022 Dec;71(286):1.
16. Lacroix J. Protocole de coopération Asalée, un accompagnement personnalisé des maladies chroniques [Asalée cooperation protocol, personalized support for chronic diseases]. Rev Infirm. 2023 Feb;72(288):37-38.
17. Mitchell S, Hillman S, Rapley D, Gray SDP, Dale J. GP home visits: essential patient care or disposable relic? Br J Gen Pract. 2020 May 28;70(695):306-307.
18. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 2011 apr 22 ;12(1) :24.
19. Jakubovisz D, Srivastava A. Home visits in family medicine residency, Evaluation of 8 years of a training program. Canadian Family Physician. 2015 apr; Vol 61.
20. Laditka SB, Fischer M, Mathews KB, Sadlik JM, Warfel ME. There's no place like home: evaluating family medicine residents' training in home care. Home Health Care Serv Q. 2002;21(2):1-17.
21. Boerma WG, Groenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features. Eur J Gen Pract. 2001 janv 1 ; 7(4) :132-7.
22. Villes amies des aînés. Transport et mobilité.[en

23. MAHAMAT B. & al. Rémunération et performance au travail dans les hôpitaux publics du Cameroun : l'effet modérateur des avantages sociaux. Revue Internationale des Sciences de Gestion. 2022 nov ; 5(4) : 923 - 946.
24. Sécurité Sociale. Les revalorisations salariales des secteurs sanitaire, médico-social et social. Les Comptes de la Sécurité Sociale. 2022 juillet : 118-123.
25. MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE L'ACCES AUX SOINS. Attractivité de l'hôpital : des rémunérations revalorisées pour fidéliser les personnels. [en ligne].15/11/2024. <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/attractivite-de-l-hopital-des-remunerations-revalorisees-pour-fideliser-les>
26. FOREST V. Rémunération au mérite et motivation au travail : perspectives théoriques et empiriques pour la fonction publique française. Revue Internationale des Sciences Administratives. 2008 juin ; 74(2) : 345-359.
27. L'Assurance Maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). [en ligne].15/11/2024. <https://www.ameli.fr/hainaut/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs>
28. Haute Autorité de Santé. Qualité de vie au travail. [en ligne].15/11/2024. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail](https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail)

## ANNEXES

### Fiche de consentement

#### QUE PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES DE LA RECONNAISSANCE DE L'ACTE DES VISITES A DOMICILE LONGUES DES PERSONNES AGEES POLYPATHOLOGIQUES ?

<b>Responsable du traitement de données:</b>	Université Catholique de Lille  Faculté de médecine et de maïeutique  56 Rue du Port- 59000 – Lille
<b>Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données :</b>	Département de médecine générale. Faculté de Médecine et Maïeutique, 56 rue du Port, 59800 Lille
<b>Etudiant réalisant son travail de thèse</b>	Adrien Boudy

Madame, Monsieur,

Je suis Adrien Boudy, médecin remplaçant.

Dans le cadre de la fin de mes études, je réalise une thèse sur le thème des visites à domicile : je suis à la recherche de médecins généralistes qui accepteraient de participer à cette étude.

Cette lettre d'information détaille ce projet de recherche et les modalités de participation : n'hésitez pas à me contacter.

### OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette étude est de recueillir le retour d'expérience de médecins généraliste sur leur pratique des visites à domicile.

Le fondement juridique de cette étude est l'exercice d'une mission d'intérêt public.

### EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à accepter de participer à un entretien individuel, en face à face ou par l'intermédiaire d'un logiciel de visioconférence, et d'accepter que cet entretien soit enregistré.

## **DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE**

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision.

- ▶ Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez ne pas tenir compte de ce courrier
- ▶ Si vous acceptez de participer à la recherche, je vous invite à me contacter pour convenir ensemble des modalités de l'entretien.

## **CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS**

### ➤ Recueil et utilisation des données (Données codées)

L'étude est réalisée à partir de données recueillies au cours de plusieurs entretiens individuels que je serai seul à mener.

Chaque entretien est enregistré, puis retranscrit et pseudonymisé sur le logiciel WORD.

- ⇒ L'enregistrement est supprimé dès sa retranscription.
- ⇒ L'analyse des données se fait à partir de ce document écrit.

Afin de protéger votre vie privée, cette retranscription sera pseudonymisée, c'est-à-dire identifiée par un numéro et vos initiales (sans votre nom, ni prénom). Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera apparente sur ce document.

Les données collectées pendant l'entretien seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans des publications relatives à cette même étude. Elles resteront codées sans que jamais votre identité n'apparaisse dans un rapport d'étude ou une publication.

### ➤ Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1<sup>er</sup> aout 2018, vous disposez :

- D'un droit d'accès à vos données personnelles,
- D'un droit de rectification de vos données,
- Du droit de demander la limitation du traitement dans certains cas,
- Du droit de demander l'effacement de vos données,
- D'un droit à la portabilité de vos données dans certains cas (c'est-à-dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement),
- Du droit de vous opposer à tout moment au traitement de ces données

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit dont vous disposez d'une part de retirer votre consentement initialement donné pour la récolte et le traitement de vos données et, d'autre part, le droit de vous opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées.

Certains des droits listés ci-dessus, peuvent ne pas pouvoir s'appliquer dans le cadre de la présente étude.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute donnée de l'étude vous concernant en application des dispositions L.1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Vos droits concernant vos données s'exercent auprès du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Catholique de Lille (coordonnées ci-dessous).

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le protocole de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR 004 édictée par la CNIL concernant le traitement des données.

➤ **La durée de conservation des données**

La retranscription de l'entretien et les autres données relatives à cette étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 20 ans après la fin de la recherche conformément à la réglementation.

## **RESULTATS DE LA RECHERCHE**

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, ils seront analysés. La confidentialité des données sera toujours respectée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informée des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en adressant un mail

## **CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION**

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas !

Vous pouvez vous adresser à:

- Au médecin réalisant sa thèse : Adrien Boudy
- Au département de médecine générale de la faculté de Médecine et Maïeutique, 56 rue du Port, 59800 Lille
- Délégué à la Protection des données (DPO) de l'Université Catholique de Lille:

Mme Anne BUYSSECHAERT

Data Protection Officer de l'Institut Catholique de Lille

60 boulevard Vauban-59016 Lille cedex - [dpo@univ-catholille.fr](mailto:dpo@univ-catholille.fr)

✂.....

**QUE PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES DE LA RECONNAISSANCE DE L'ACTE DES  
VISITES A DOMICILE LONGUES DES PERSONNES AGEES POLYPATHOLOGIQUES ?**

Je, soussigné(e), Mr / Mme \_\_\_\_\_, m'oppose à ce que mes données personnelles soient utilisées pour cette étude.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certains cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».

Si vous ne voulez pas que vos données soient utilisées pour cette étude, merci de retourner ce coupon à l'adresse ci-dessous dans le mois suivant la réception de courrier. Au-delà de ce délai, vos données auront pu déjà être collectées.

.....

## QUE PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES DE LA RECONNAISSANCE DE L'ACTE DES VISITES A DOMICILE LONGUES DES PERSONNES AGEES POLYPATHOLOGIQUES ?

Je, soussignée Mme \_\_\_\_\_ consens à participer à l'étude, à l'enregistrement audio / visio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien mené par Adrien Boudy

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre consentement. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats.

Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certains cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».

Si vous acceptez que vos données soient utilisées pour cette étude, merci de retourner ce coupon à l'adresse ci-contre

## **Guide d'entretien**

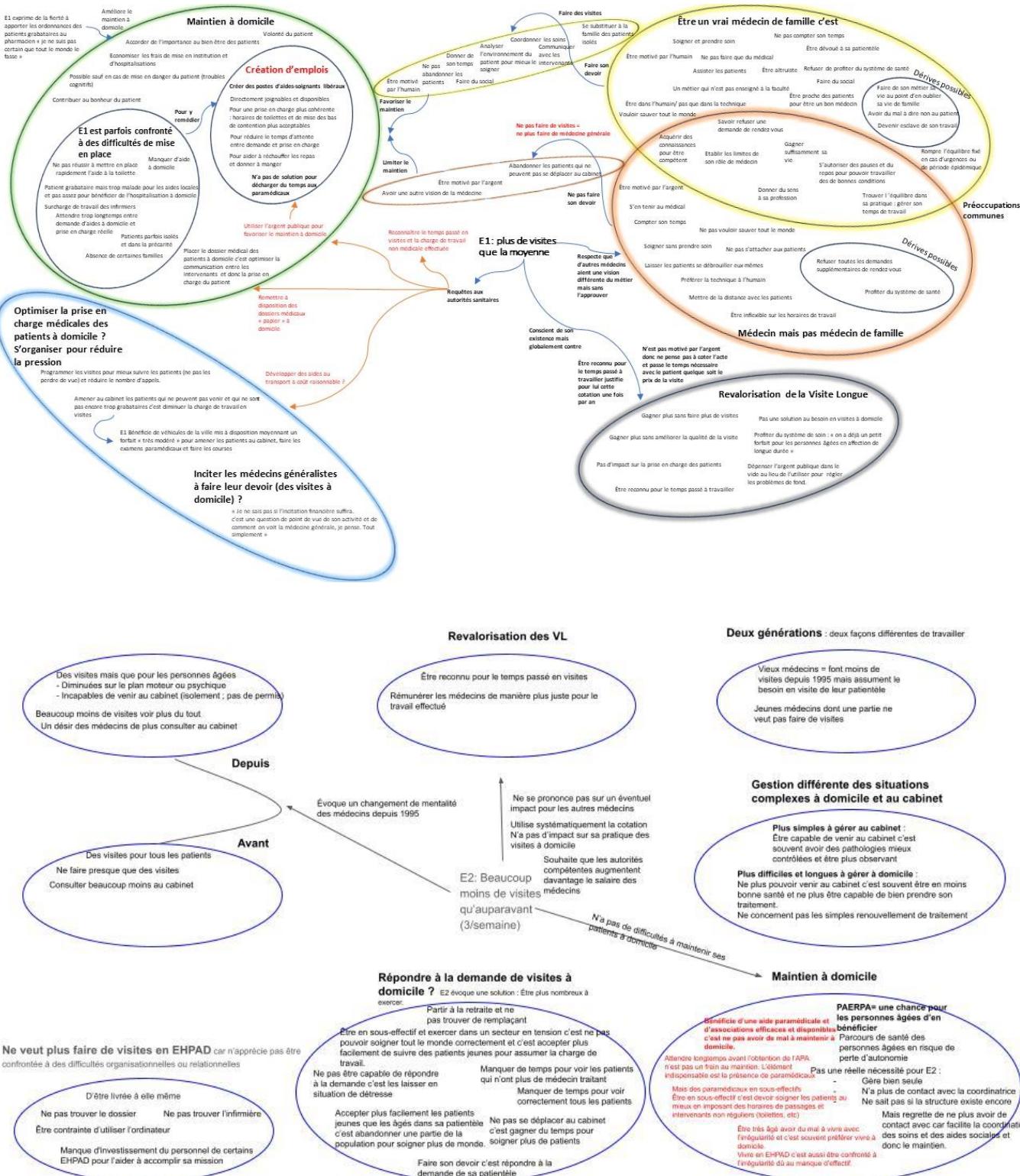
Pouvez-vous vous présenter ? (Relances : Type d'activité ? Mode d'exercice ? Âge ? etc.)

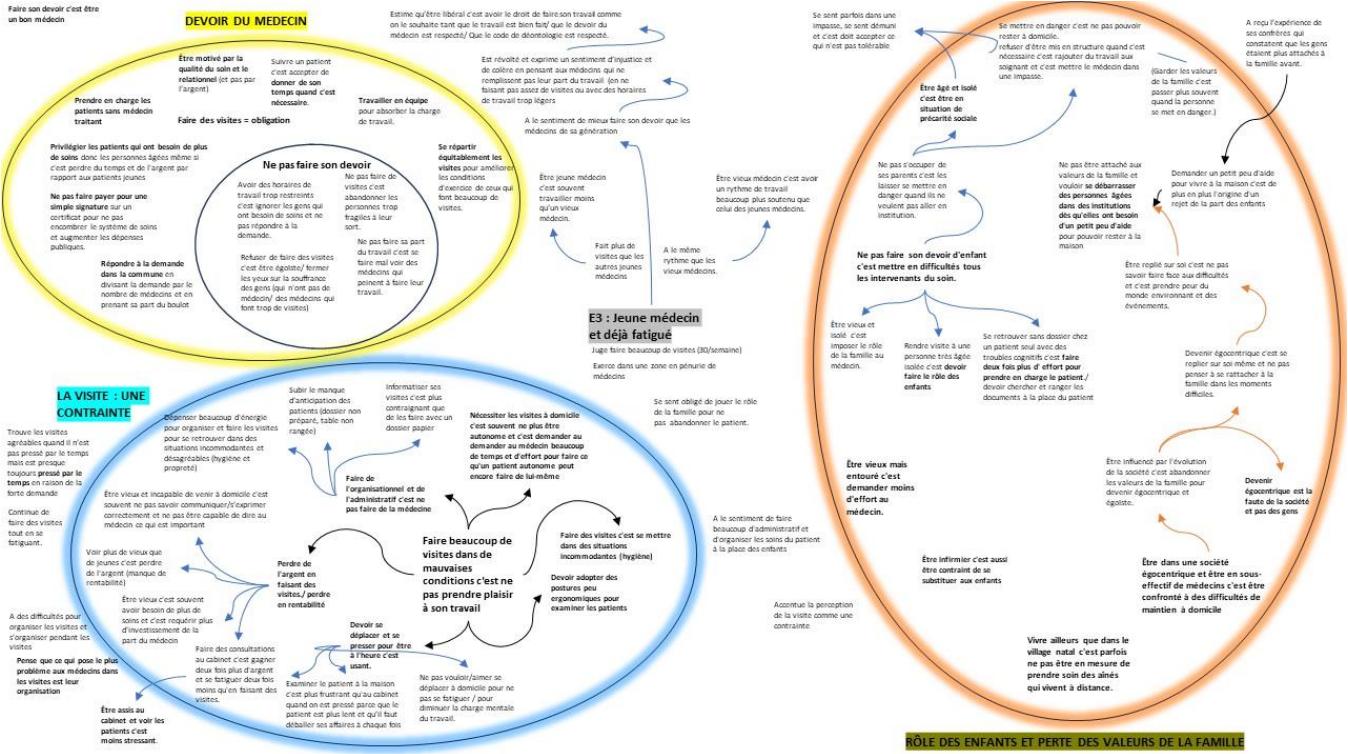
Question 1 : Racontez-nous votre expérience de la prise en charge des personnes âgées ? (Relances : consultations complexes ; patients polypathologiques avec affections de longue durée, consultations au cabinet, consultations à domicile, etc.)

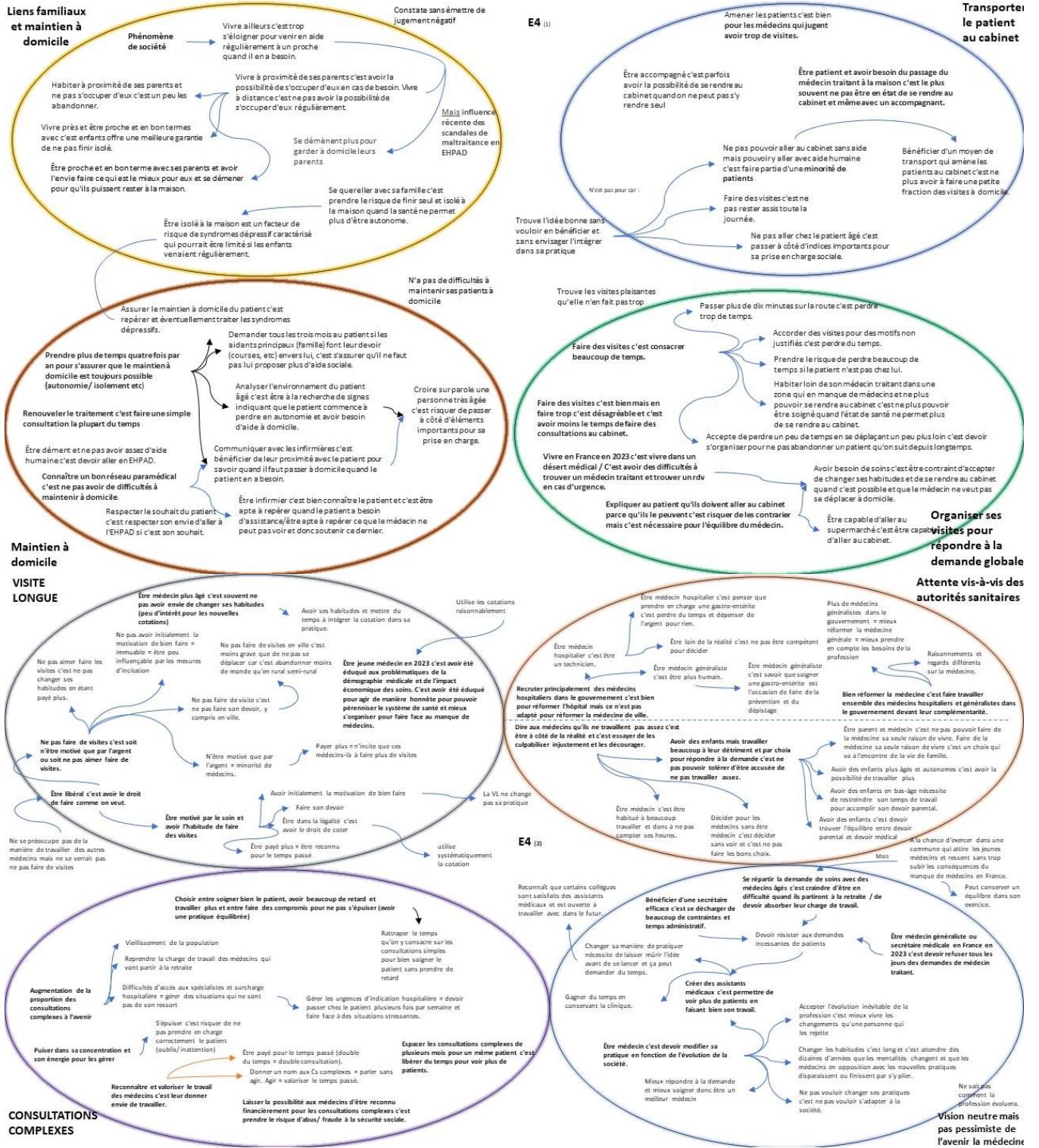
Question 2 : Que pensez-vous des modifications des modalités et honoraires des visites à domicile longues pour les personnes de plus de 80 ans en affection de longue durée ? (Relances : Impact sur votre pratique quotidienne ? Quelle mise en œuvre ? Quels bénéfices pour le patient ? Etc.)

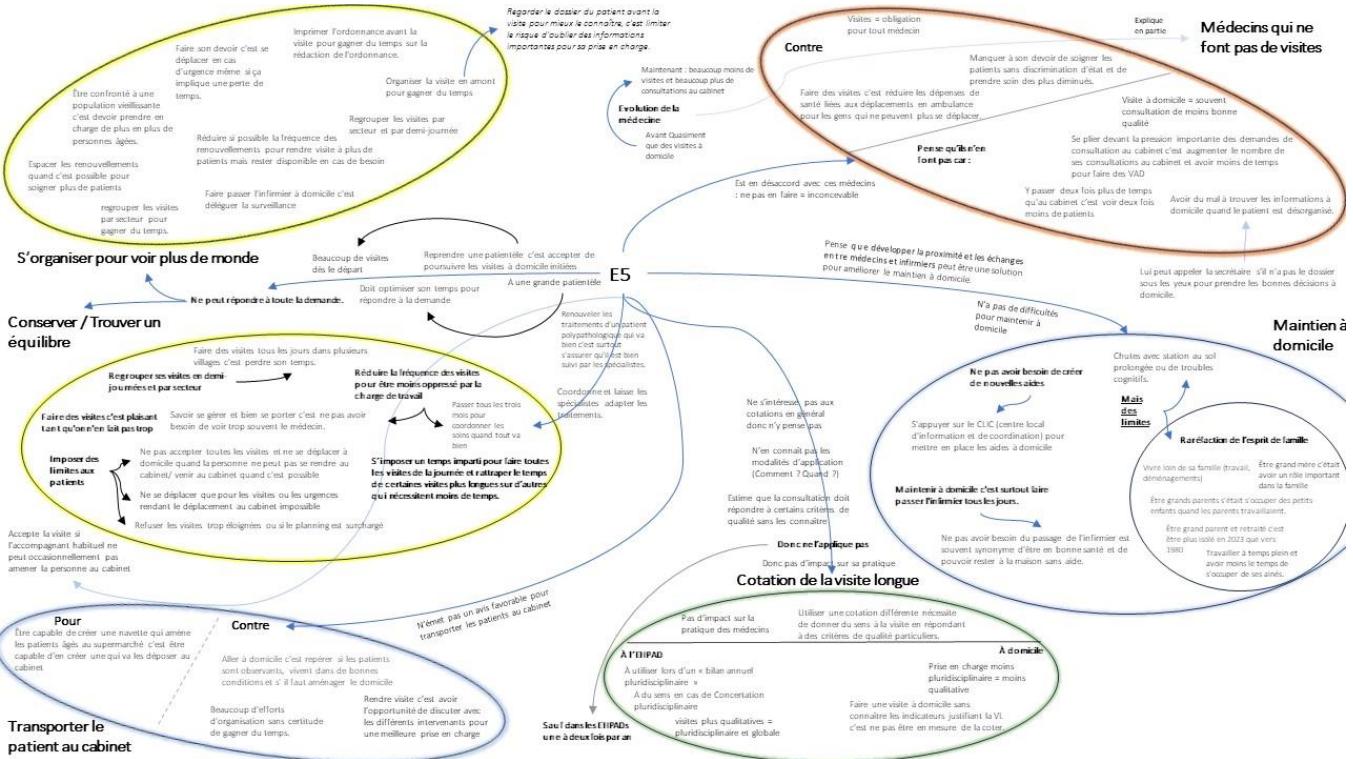
Question 3 : Avez-vous autre chose à ajouter concernant la prise en charge des personnes âgées ? (Relances : Améliorer le maintien à domicile ? Favoriser les visites à domicile ? Améliorer l'accès aux soins des personnes âgées, etc. )

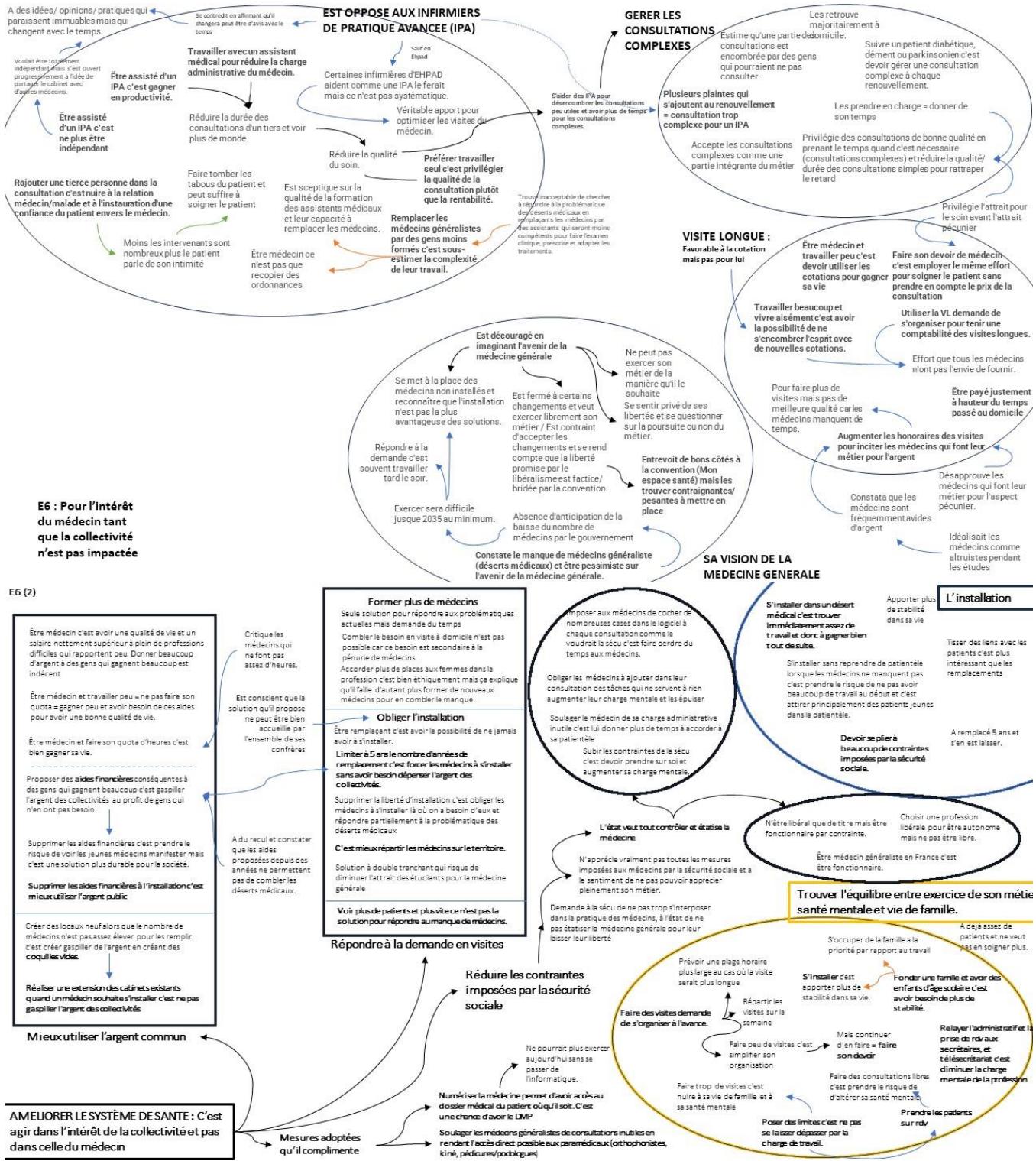
### **Analyse individuelle de chaque entretien.**

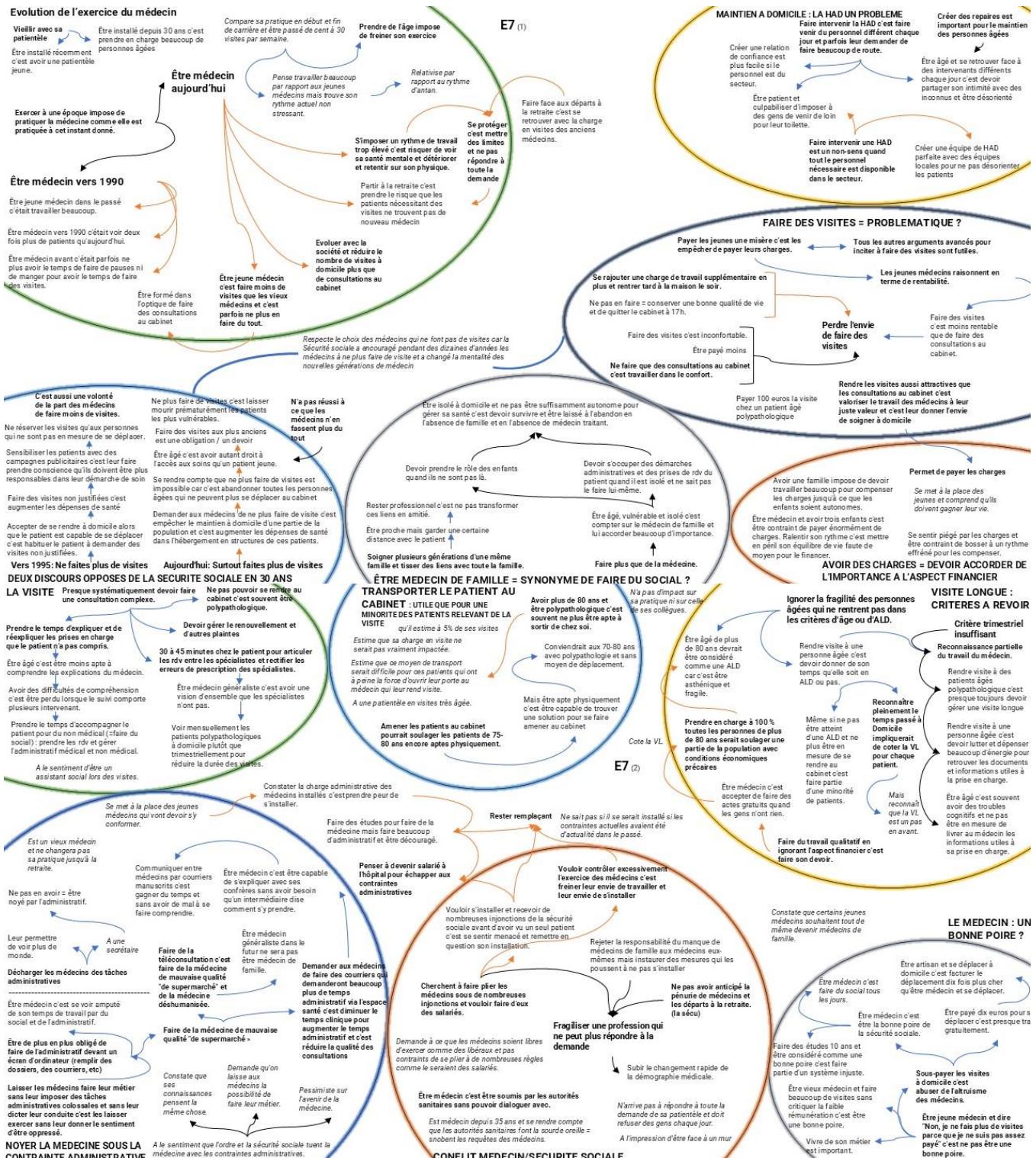


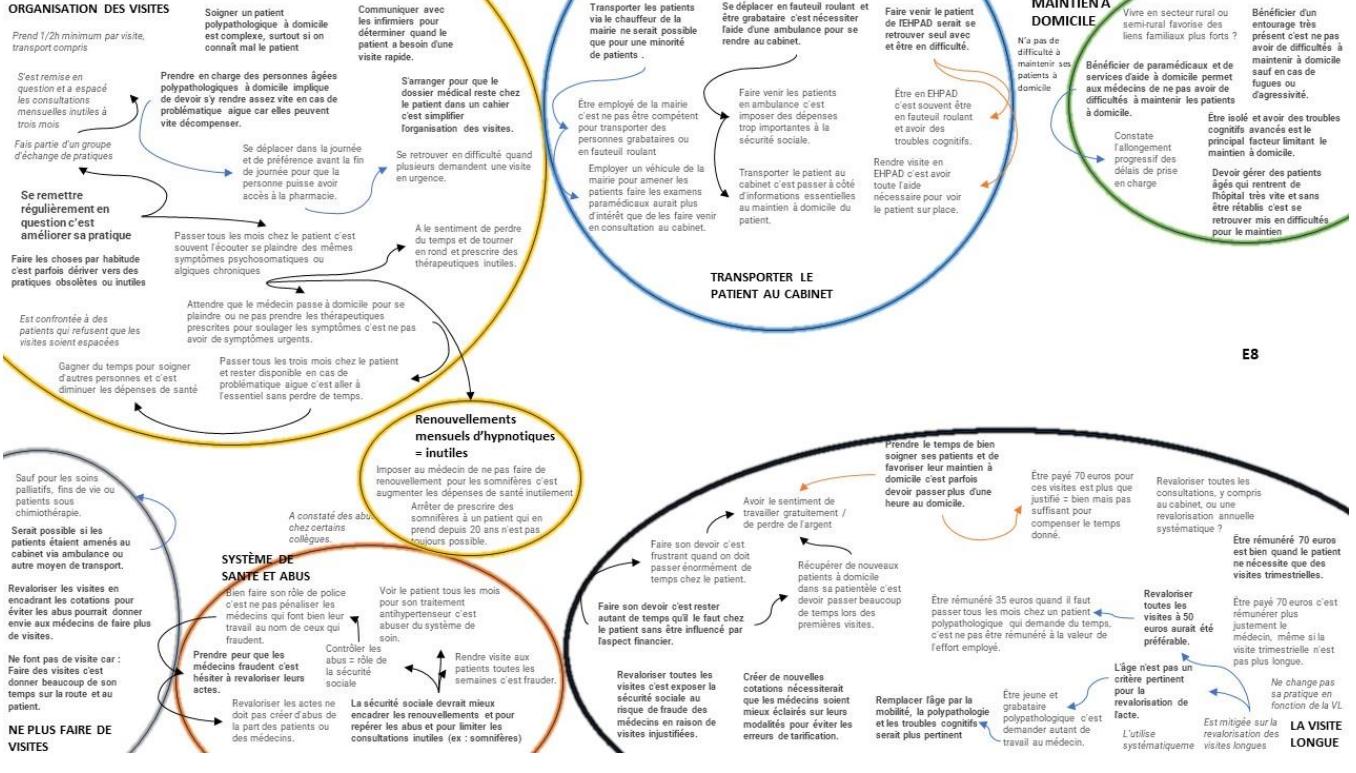


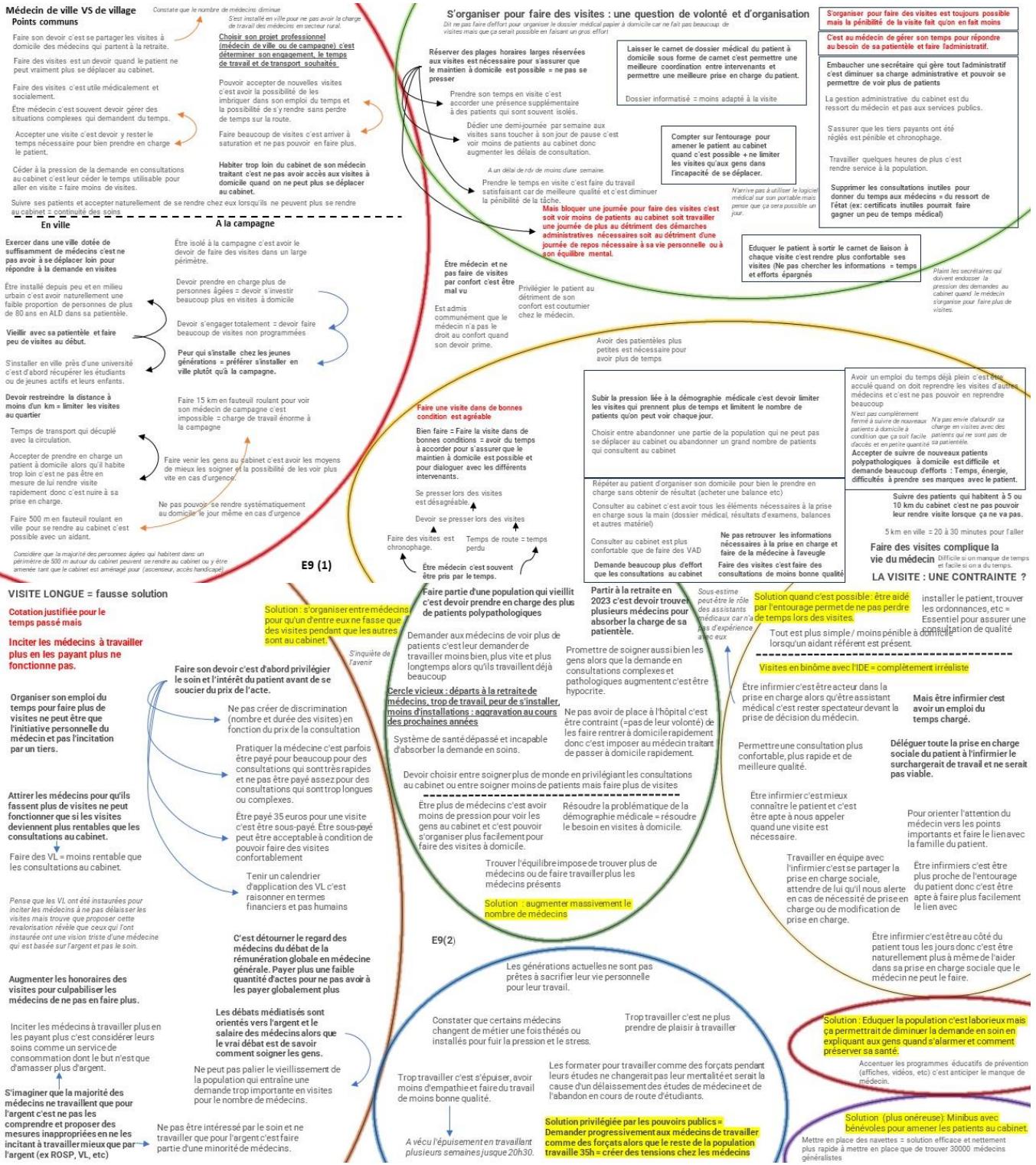




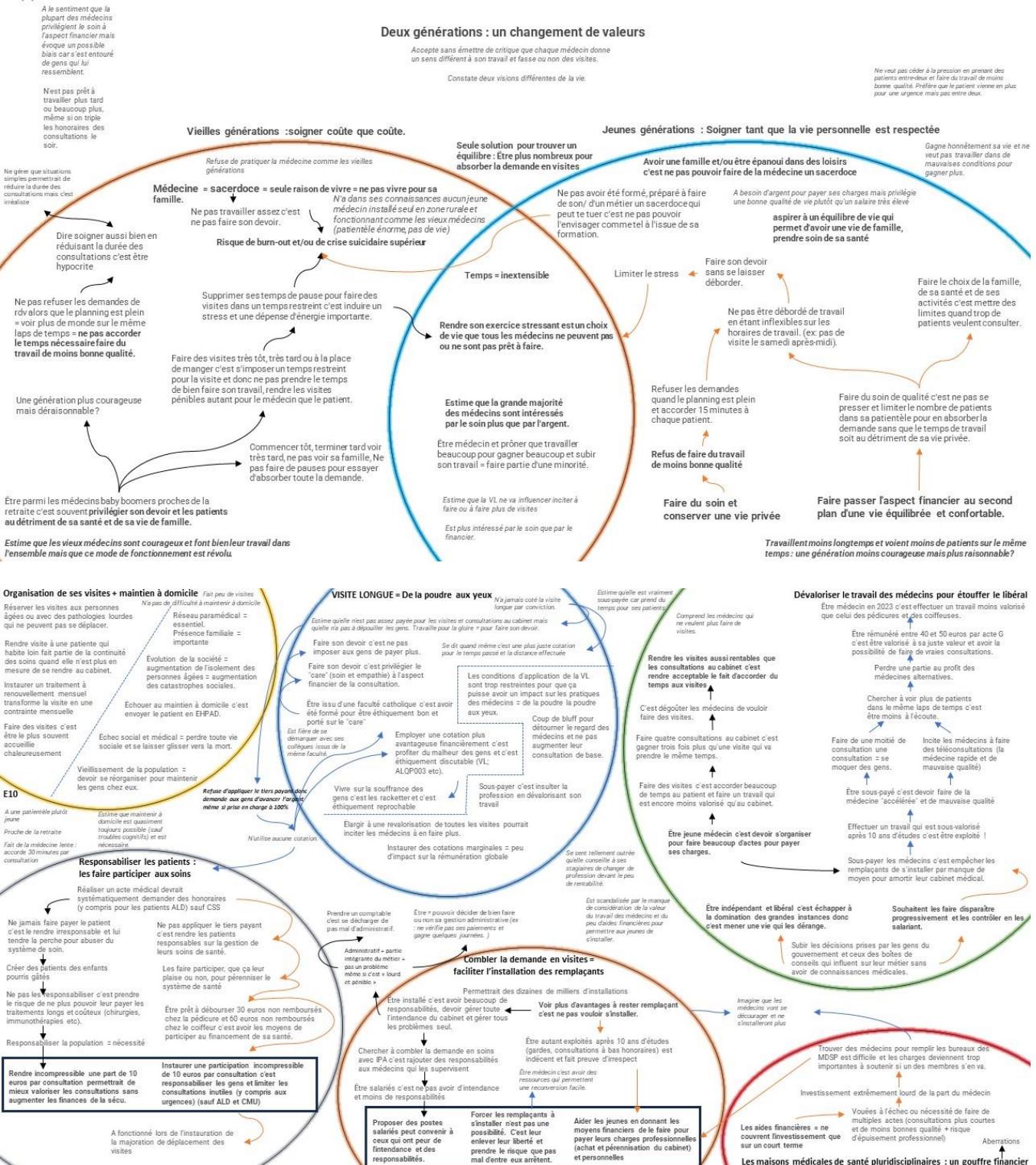








E9(3)



**AUTEUR: Nom : BOUDY**

**Prénom : ADRIEN**

**Date de soutenance : mercredi 22 janvier 2025**

**Titre de la thèse : Impact de la revalorisation de l'acte Visite Longue pour les médecins généralistes du Nord dans leur pratique et leur suivi des patients âgés polypathologiques**

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement : médecine générale**

**DES + FST/option : médecine générale**

**Mots-clés : Médecine générale ; Visite longue ; visite à domicile ; affection de longue ; personnes âgées polypathologiques ; nord.**

**Résumé :** Contexte : Les visites à domicile sont essentielles pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées fragiles. De récentes réformes du système de santé ont pour but d'aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne et de réduire l'inégalité d'accès aux soins des personnes âgées. Quel est l'avis des médecins généralistes concernant la revalorisation des visites à domicile longues des personnes âgées polypathologiques ?

**Méthode :** L'étude effectuée est qualitative par analyse interprétative phénoménologique et réalisée à partir d'entretiens ouverts avec des médecins généralistes installés dans le département du Nord. Dix entretiens ont été menés. L'analyse des retranscriptions est triangulée.

**Résultats :** La visite est perçue par les médecins interrogés comme un devoir dont le médecin ne peut s'affranchir. Des difficultés, surtout d'ordre organisationnelles et qualitatives, font que la visite est vécue comme une contrainte par certains médecins.

La visite longue est perçue comme une plus juste rémunération pour le temps passé à domicile mais serait insuffisante pour assurer l'accès aux soins des personnes âgées.

**Conclusion :** La visite longue n'est pas perçue comme une solution pouvant améliorer l'accès aux soins des personnes âgées. Des propositions visant à améliorer l'accès à la santé des personnes âgées concernent la médecine générale directement (organisation du médecin, transporter les patients, mieux utiliser l'argent public, révision des conditions d'installation, délégation de l'aspect social des visites à d'autres professionnels, revaloriser les visites) ou indirectement (créer des postes d'aides-soignants libéraux, éduquer la population).

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Emmanuel Chazard**

**Assesseur : Docteur Isabelle Bodein**

**Directeur de thèse : Docteur Alexandre Chaumont**

