



HAL
open science

État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016

Antonice Colin

► **To cite this version:**

Antonice Colin. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02505145

HAL Id: dumas-02505145

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505145>

Submitted on 8 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 97

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

État des lieux de la visite à domicile par les médecins
généralistes, en France, en 2016

Présentée et soutenue publiquement
le 26 juin 2019

Par

Antonice COLIN

Née le 25 janvier 1989 à Boulogne-sur-Mer (62)

Dirigée par M. Le Professeur Serge Gilberg, PU

Jury :

M. Le Professeur Olivier Saint-Jean, PU-PH Président

M. Le Professeur Eric Pautas, PH

M. Le Docteur Gilles Urbejtel, MG

Remerciements

A Monsieur le Professeur Saint-Jean,

Vous me faites le très grand honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie.
Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gilberg,

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de me diriger dans ce travail. Je vous remercie pour votre aide, pour vos précieux conseils, pour votre disponibilité et votre patience tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Pautas,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Urbejtel,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Aux médecins qui ont participé à ma formation,

Merci de m'avoir transmis votre savoir tout au long de mes études.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre amour et votre précieux soutien dans les bons et les moins bons moments.

A mes frères et sœurs, merci pour votre soutien, merci tout spécialement à Priscille pour ses nombreuses relectures attentives, à Irénée et à Raphaël pour leur savoir-faire Excel.

A mon beau-père pour son maniement de la langue française.

Aux amis de médecine, tout spécialement mes co sous-colleurs

Merci pour tous ces moments passés ensemble

A tous ceux croisés au cours de mon internat, en particulier l'équipe du SAU Percy et ses internes.

A Édouard.

Table des matières

Remerciements	4
Principales abréviations :	7
Liste des figures.....	8
Liste des tableaux.....	8
Introduction.....	10
Première partie : La visite à domicile, quelle utilité pour la qualité du soin ?.....	16
1. Environnement du patient	16
2. Conditions de vie	16
3. Coordination des soins	17
4. Continuité de soins : maintien à domicile, permanence de soins et urgence	18
4.1 Continuité de soins - Définition	18
4.2 Maintien à domicile des personnes âgées.....	18
4.3 Permanence de soins	19
5. Avantages et inconvénients pour les médecins.....	20
5.1 Avantages.....	20
5.2 Inconvénients.....	21
6. État de la population	24
6.1 Population générale.....	24
6.2 Population médicale	26
7. Évolution de la nomenclature	29
8. Que se passe-t-il à l'étranger ?.....	30
9. Nouvelles pratiques de la VAD.....	31
10. Objectif de l'étude.....	33
Deuxième partie : Matériel et Méthodes	34
1. Méthode de l'étude	34
2. Population	34
3. Recueil des données.....	35
4. Analyse des données.....	35
Troisième partie : Résultats - Analyse quantitative	36
1. Le recrutement de l'échantillon	36
2. Les visites à domicile	37
2.1 Au niveau national	37
2.2 Par département.....	39

3. Au sujet des majorations.....	44
4. Profil des médecins pratiquant les visites.....	45
5. Les patients bénéficiant des visites.....	47
5.1 Nombre de patients visités	48
5.2 Nombre de visites	50
6. PDSA.....	55
Quatrième partie : Discussion	58
1. Force de l'étude.....	58
2. Limite de l'étude	58
3. Évolutions des pratiques, nombre de visite à faire.....	59
4. Qui doit en bénéficier ?.....	61
5. Y-a-t-il des visites non justifiées ?	62
6. Qui fait les visites	63
7. Utilisation de la nomenclature - revalorisation	64
8. Quel avenir pour la visite à domicile ?.....	66
8.1 Rétablir la visite au sein de l'enseignement car il s'agit d'une des missions des MG	67
8.2 Délégation de soins et infirmières de pratique avancées	67
9. Autres pistes.....	70
Conclusion	72
Bibliographie	74
Annexe : Questionnaire.....	79

Principales abréviations :

AcBUS :	Accord de bon usage des soins
ALD :	Affection longue durée
AMOS :	Assurance Maladie Offre de Soins
ARS :	Agence régionale de santé
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAD :	Hospitalisation à domicile
HPST :	(loi) hôpital patient santé territoire
IK :	Index kilométrique
INSEE :	Institut National des Statistiques et des Études Économiques
MCI :	Majoration insuffisance cardiaque
MD :	Majoration de Déplacement
MEP :	Mode d'exercice particulier
MG :	Médecin généraliste
MSH :	Majoration sortie d'hospitalisation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PDSA :	Permanence des soins ambulatoires
URML	Union régionale des médecins libéraux
VAD :	Visite à domicile
VL :	Visite longue
VMU :	Visite majoration urgence
VSL :	Véhicule sanitaire léger
WONCA:	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Liste des figures

Figure 1 : Indice des prix à la consommation en euros (en bleu) et indice des prix pour la santé en euros (en jaune) entre janvier 2000 et septembre 2012 (20).....	22
Figure 2 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 (23).	25
Figure 3 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale (2010/2017).....	27
Figure 4 : Pyramide des âges, selon le genre, en 2017.	28
Figure 5 : Évolution du pourcentage de la part des visites parmi le total des actes des médecins généralistes en France métropolitaine entre 1980 et 2016.	38
Figure 6 : Pourcentage des visites sur le nombre d'actes totaux (2016).....	40
Figure 7 : Carte des altitudes en mètres des départements français (36).....	41
Figure 8 : Densité médicale par département, source : INSEE (26).....	42
Figure 9 : Répartition par sexe du nombre de patients ayant reçu des visites en 2016	49
Figure 10 : Répartitions des visites selon ALD par tranche d'âge en 2016	51
Figure 11 : Nombre de visites par patient visité selon statut ALD par tranche d'âge en 2016.	51
Figure 12 : Répartition de la population française par tranche d'âge en 2016	52
Figure 13 : Répartitions du nombre de visite par tranche d'âge en 2016	53
Figure 14 : Répartition des actes selon ALD pour les patients de plus de 80 ans en 2016	54

Liste des tableaux

Tableau 1 : Cotations des actes de visites en 2018. Derniers changements en 2017 (28).....	29
Tableau 2 : Répartition des médecins étudiés	36
Tableau 3 : Répartition des patients par sexe ayant reçu au moins une visite en 2016	36
Tableau 4 : Répartition des patients par statut ALD ayant reçu au moins une visite en 2016	36
Tableau 5 : Répartition des patients par tranche d'âge ayant reçu au moins une visite en 2016.....	37
Tableau 6 : Nombre des actes en milliers. V : Visites ; C : Consultations	38
Tableau 7 : Les dix départements avec le plus fort taux de VAD.....	43
Tableau 8 : Les dix départements avec le plus faible taux de VAD.....	43
Tableau 9 : Départements présentant la proportion la moins importante de visites parmi les actes	46
Tableau 10 : Départements présentant la proportion la plus importante de visites parmi les actes	47
Tableau 11 : Nombre de patients visités par tranche d'âge.	48
Tableau 12 : Répartition des patients en ALD selon les âges parmi la population française en 2016.....	48
Tableau 13 : Répartition des patients en ALD selon les âges parmi la population visitée en 2016.....	49
Tableau 14 : Nombre de visites en fonction de l'âge et du statut ALD.	50

Introduction

La visite à domicile se définit par l'action du médecin de se rendre auprès du malade pour l'examiner, lui prescrire et lui prodiguer des soins. La consultation est définie par l'examen d'un malade que le médecin pratique à son cabinet (1).

Dans ces définitions, la seule différence qui apparaît entre les deux actes est celle de la localisation de l'examen et donc de la nature du protagoniste se déplaçant. Ces définitions peuvent être jugées réductrices, en tout cas très pragmatiques et ne révèlent pas toute la différence que contiennent ces deux actes dans la pratique de la médecine générale.

La médecine générale se définit comme une médecine de soins primaires, s'adressant de façon globale à un individu dans son milieu naturel sans distinction de sexe, d'âge ou de pathologie et assurant un recours continu et permanent (2,3). En lisant cette définition, on comprend pourquoi la visite à domicile (VAD) est une spécificité de la spécialité médecine générale. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'initialement la pratique de la médecine générale se faisait majoritairement au domicile du patient et s'est construite ainsi dans ses compétences et activités.

En Europe et aux États-Unis, la visite à domicile a pendant longtemps exercé une place importante dans l'exercice de la médecine. Dans l'imaginaire collectif, il était naturel pour les médecins de se rendre aux chevet de leurs patients, voire d'être attachés à leur service. Au Moyen-Âge déjà, les épidémies de peste entre le 14^e et 17^e siècle amenèrent les médecins, vêtus d'un costume distinctif, à se déplacer dans les maisons des pestiférés pour lutter contre le fléau. Plus tardivement, au XIX^e siècle, la culture contemporaine fait état de nombreuses représentations de la visite à domicile des praticiens. Balzac, dans « Le Médecin de campagne », paru en 1833, y dépeint un médecin à la pointe du progrès scientifique et sanitaire, luttant dans la France rurale de l'époque contre les logements insalubres, et pour un progrès de l'hygiène. La seconde partie de l'ouvrage, « A travers champs », est consacrée à ce qui fait le quotidien du médecin à cette époque : la tournée des patients. Avant la révolution des énergies carbonées qui favoriseront l'urbanisation, le médecin est donc obligé de faire des kilomètres pour se rendre au chevet de ses patients, ceux-ci vivant

majoritairement dans le milieu rural (43,8% de la population vit de la terre au recensement de 1906)¹.

Au 20^e siècle se développent les premières structures médicales. La logique commence à s'inverser, et l'on voit les patients se déplacer dans les lieux de soins (4).

L'importance de ces visites à domicile ne sera démentie qu'après la Seconde Guerre mondiale. Dans un article intitulé (5) « Nouveau regard sur la visite à domicile » publié en 1976 dans une revue canadienne de médecine générale, le Dr Gibson y relate l'évolution des visites à domicile et des mentalités associées. Il y rapporte notamment qu'en Angleterre après la Seconde Guerre mondiale, les visites sont obligatoires ; les refuser peut conduire le médecin devant une commission, et s'y voir puni d'une amende. Il relève également que les visites à domicile se démodent auprès de ses collègues, ce qu'il explique par un double mécanisme : l'apparition d'une assurance maladie imposée par le gouvernement qui conduit les gens à aller plus facilement à l'hôpital, et le manque de revalorisation pécuniaire de la visite à domicile qui ne motiverait plus le médecin. En effet, une visite à domicile oblige le praticien à quitter son cabinet, effectuer des trajets pour se rendre chez ses patients puis seulement ensuite réaliser ses consultations – sans le confort et le matériel de son cabinet médical. Le facteur économique apparaît donc déjà comme étant un aspect important de la visite à domicile.

Il est intéressant de noter que ce médecin canadien, dans un récit très narratif, dresse un plaidoyer en faveur de la visite à domicile : selon lui, on ne peut pratiquer une médecine familiale sans faire de visite à domicile. Cette dernière a un aspect médical, psychologique et social, et est très importante dans les relations entre le médecin et le patient. Elles permettent également au médecin de dresser ou conforter son diagnostic, au regard de l'environnement de son malade. Cependant, dès 1976, l'auteur pointe le manque d'attrait de ces visites pour les jeunes médecins.

En France, au 19^e et au 20^e siècles, le médecin généraliste organisait ses tournées de visites de façon quasi systématique avec un temps quotidien au chevet de ses malades. Il s'agissait d'un lien social et tous les milieux, qu'ils soient ruraux ou urbains, étaient concernés. Cependant, l'augmentation de la démographie alliée à la constante baisse du nombre de

¹ Recensement nominatif de la population par l'administration française en 1906.

médecins et à l'augmentation des effectifs dans les structures hospitalières, ont fait évoluer cette pratique.

Plus récemment, le manque de revalorisation du tarif de cet acte l'a rendu moins intéressant : en 1998, une consultation est mieux rémunérée qu'une visite à domicile. Aujourd'hui, la gratification n'est que de 10 euros pour un temps estimé de la visite à domicile au moins double par rapport à la consultation (6). Ces raisons ont conduit à un désintéressement de la visite à domicile chez les médecins généralistes ; la visite ayant quasiment disparue chez les spécialistes. On comprend facilement le mécanisme économique sous-jacent : pour le médecin, la visite à domicile est une perte de temps quand il a la possibilité de faire venir les patients à soi, s'exonérant ainsi du coût du temps de transport. On comprend aussi l'intérêt pour les structures médicales, qui ont un avantage à voir cette main-d'œuvre spécialisée concentrée sur son savoir-faire. En 2005, dans une enquête réalisée en Ile-de-France, 95 % des visites à domicile étaient le fait des généralistes, 3,4 % celui des pédiatres et moins de 2 % des autres spécialités (6).

En 2002, un accord de bon usage des soins (AcBUS) (7) a été signé entre les représentants des caisses d'Assurance Maladie et les syndicats des médecins généralistes. Il visait à revaloriser le tarif des visites tout en limitant les indications de visites remboursables. L'objectif de cet accord était de diminuer le nombre de VAD de 5%. Il a été atteint puisqu'en 2003 les VAD représentaient 16,8% des actes en France contre 23,1% en 2001.

Ainsi la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a fixé des critères justifiant la prise en charge du déplacement à domicile. Ceux-ci sont à la fois médicaux, administratifs et cliniques. La liste exhaustive afin de bien cerner le périmètre de notre étude est la suivante :

Des critères médicaux et administratifs :

- Patient d'au moins 75 ans ayant une affection longue durée (ALD) 30 ou hors liste ;
- Patient quel que soit son âge exonéré du ticket modérateur pour ALD : accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques ;
- Patient bénéficiaire de l'allocation tierce personne ;

- Patient bénéficiaire de l'allocation personnalisée à l'autonomie dans les dix jours suivants une intervention chirurgicale inscrite à la CCAM d'un tarif supérieur à 313,50 euros ;
- Hospitalisation à domicile.
- Des critères cliniques avec un état de dépendance :
 - Incapacité concernant la locomotion par atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente, par atteinte respiratoire chronique grave, par atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée, par trouble de l'équilibre ;
 - État de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
 - État sénile ;
 - Soins palliatifs ou état grabataire ;
 - Période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;
 - Altération majeure de l'état général.

Des critères sociaux :

Elle est justifiée pour des patients dans des situations ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus :

- Personnes âgées de plus de 80 ans ;
- Personnes dont la composition de la famille a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet.

La baisse ininterrompue du nombre de visites est aussi influencée par les facteurs d'évolution du métier de généraliste (2) :

- Les nouvelles attentes de la population provenant d'un niveau plus élevé d'informations et d'exigences, et d'une sorte de ruée vers la bonne santé. On observe une tendance consumériste, mais aussi une peur et un refus plus marqué de la souffrance, de la maladie et de la mort.
- L'évolution sociodémographique de la population avec l'allongement de la durée de vie moyenne, accroissant la part de la population âgée et ses besoins spécifiques.

- L'évolution démographique des professions de santé, avec une diminution du nombre de médecin généraliste, une féminisation croissante, des diminutions d'effectifs de certaines spécialités de ville comme la gynécologie et la pédiatrie de plus en plus pratiquée par les médecins généralistes.
- L'intervention croissante des professionnels paramédicaux, notamment en soins à domicile ; le nouveau statut des infirmiers à pratique avancée.
- Les évolutions scientifiques et techniques, notamment avec le développement de la télémédecine.
- Les évolutions propres au système de soins avec la maîtrise croissante des dépenses de santé, le virage ambulatoire, le développement des pratiques d'évaluation et de contrôle qualité.

Devant ces premiers constats, 14 ans après l'AcBUS, un état des lieux de la visite à domicile en France en 2016 dans le domaine de la médecine générale permet de répondre à plusieurs questions. Les objectifs ont-ils été atteints ? Les personnes qui bénéficient de VAD sont-elles les personnes ciblées initialement ? Ces critères sont-ils toujours d'actualité ou doivent-ils évoluer ? Quels sont les patients qui en bénéficient ? Quels sont les médecins qui pratiquent la visite à domicile ?

Première partie : La visite à domicile, quelle utilité pour la qualité du soin ?

1. Environnement du patient

La visite permet par définition de se rendre sur le lieu où vit le patient. En cela elle est une source importante d'informations pour le médecin. Rappelons que la médecine générale a pour spécificité une approche globale du patient. En cela son environnement est riche en renseignements tels que :

- L'accessibilité ;
- L'isolement ou non : proximité de la famille, présence de voisin, d'une gardienne, de commerce de quartier (pharmacie) ;
- L'organisation du logement et ergonomie des lieux, la prévention des chutes chez la personne âgée ;
- La salubrité, la propreté et la présence d'allergènes.

2. Conditions de vie

Entrer dans l'intimité des gens permet aussi de voir leur condition de vie. Au-delà de leur environnement, les patients laissent au médecin la possibilité de percevoir davantage de leurs conditions de vie quotidienne.

- L'autonomie et la dépendance ;
- Le contenu du réfrigérateur ;
- Leur pharmacie ;
- Leurs habitudes ;
- La présence ou non de leur famille ou de leur entourage lors de la visite ;
- S'ils sortent ;
- Les toxiques (tabac, alcool, etc.)

Connaitre les conditions de vie des patients et leur environnement permet aussi de délivrer une éducation thérapeutique plus adaptée au patient qui en a nécessité. De plus,

réitérer les visites permet de voir les changements ou l'absence de changement de leur mode de vie.

3. Coordination des soins

La coordination des soins est l'ensemble des procédures qui, à partir du diagnostic de situation, mobilise les ressources adaptées, qu'elles soient médicales ou médico-sociales, et en vérifie l'efficacité dans les domaines suivants :

- Le champ du biomédical ;
- Le champ psycho-relationnel, interface entre l'homme organique et les systèmes avec lesquels il est en relation ;
- Le champ de l'environnement familial, social et réglementaire (2).

Le médecin généraliste est chargé de la coordination des soins du patient. Pour concourir à la coordination de soins au domicile le médecin doit lui-même s'y rendre et y participer afin d'identifier chez un patient l'éventuel besoin de l'intervention d'un spécialiste, ou d'un professionnel paramédical. Il peut alors proposer l'intervention du professionnel le plus apte à répondre aux besoins du patient tel qu'un ergothérapeute pour adapter l'environnement. Au cours d'une visite il peut rencontrer la famille et d'autres intervenants de soins et ainsi rediscuter du projet de soins, de sa mise en place, et de son évolution ; par exemple il peut décider de la mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD). Il peut par la suite vérifier la bonne réalisation de la prestation et évaluer ses résultats sur l'état de santé du patient. Le médecin organise la communication et la synthèse entre les divers intervenants. Ainsi, il n'est pas rare lors de visite à domicile de croiser les différents professionnels de santé mobilisés pour un patient : infirmier(e)s, kinésithérapeute, auxiliaire de vie. Le médecin, au centre de la coordination des soins, peut ainsi avoir plus d'informations sur le patient, et adapter les soins au cours d'une discussion.

4. Continuité de soins : maintien à domicile, permanence de soins et urgence

4.1 Continuité de soins - Définition

La continuité des soins est une caractéristique fondamentale de l'exercice de la médecine générale. Elle fait partie de la définition de la médecine générale-médecine de famille donnée par la WONCA (3) en 2002. La continuité des soins, en plus d'être une caractéristique est aussi un devoir du médecin généraliste, comme le rappelle le code de déontologie : « quelles que soient les circonstances, tout médecin doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée » ou encore la Loi HPST sous un chapitre intitulé « Continuité des soins en médecine ambulatoire » qui énonce que « La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence » (8).

- Le médecin qui concourt à la continuité des soins doit assurer le suivi médical d'un patient aux différentes étapes de la vie (2).
- On comprend bien dans cette mission la place de la VAD pour le suivi des patients dépendants, fragiles, et en perte d'autonomie. Pour une certaine typologie de patients, la visite à domicile représente une alternative à l'hospitalisation ; par exemple à la suite d'actes de chirurgie lourde, lors d'une suite de couches, d'une perte d'autonomie, ou en post chimiothérapie. Ceci est d'autant plus vrai aujourd'hui alors que les temps d'hospitalisation diminuent de plus en plus, et que les urgences représentent un coût certain pour la collectivité.

4.2 Maintien à domicile des personnes âgées

Les visites à domiciles peuvent aussi avoir un but préventif chez les personnes âgées. Celles-ci représentent aujourd'hui la tranche de la population qui nécessite le plus d'actes de soins. Avant même d'analyser les chiffres de notre étude, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les personnes âgées prennent la part la plus importante du nombre de VAD. Il m'a donc semblé important de rechercher s'il existait dans la littérature existante des travaux qui cherchent à montrer les bienfaits de la visite à domicile en particulier dans cette tranche de population.

En 2004, devant le constat d'une population de plus en plus vieillissante et le coût économique que cela représente en termes de soins et de structures, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance une revue de la littérature sur la question de l'efficacité de la visite à domicile chez la personne âgée (9). Cette synthèse présente des travaux dont l'objectif est de montrer que la visite à domicile chez les personnes âgées permet de prolonger leur survie, de prévenir ou de retarder l'apparition du déclin fonctionnel. Elle s'intéresse à l'aspect préventif de la visite à domicile. Les résultats de cette synthèse mettent en évidence principalement la réduction de la mortalité chez les personnes bénéficiant de visites à domicile, et une baisse de l'admission en maison de retraite. En revanche cette synthèse ne conclut pas à une réduction du déclin fonctionnel.

En 2012 un essai randomisé sur ce sujet est publié (10). L'objectif de l'étude est de montrer qu'une évaluation gériatrique, conduite de manière préventive à domicile, a un impact en soins primaires. Le critère de jugement principal est la réduction de la mortalité. Le temps resté à domicile jusqu'à l'entrée en maison de retraite de l'individu est aussi étudié. Cette étude, menée sur 7 ans et 1215 individus, montre une diminution de la mortalité de 20 % chez le groupe ayant bénéficié de visites à domicile, ainsi qu'une réduction de 22 % du taux d'admission dans une maison de retraite. La visite à domicile ne semble donc pas dépourvue d'intérêt en termes médicaux et économiques. Ceci est notamment lié aux coûts que représentent les maisons de retraite pour la collectivité et les familles.

En 2016, une revue de la littérature est publiée dans un journal de gériatrie européen. Elle s'intéresse également à l'efficacité des programmes de visites à domicile de type préventif chez les patients âgés. Par ailleurs l'étude tente d'aborder la question économique. Dix-neuf études contrôlées et randomisées y sont analysées, douze étudient l'impact au niveau économique et n'en dégagent pas d'avantage, six montrent la baisse d'hospitalisation chez les patients ainsi que la diminution d'entrées en maison de retraite. Enfin sept d'entre elles démontrent une baisse de la mortalité (11). Cependant, nous manquons encore de travaux sur ce sujet pour pouvoir trancher en faveur de l'une ou l'autre des affirmations présentées.

4.3 Permanence de soins

Afin de permettre la continuité de soins, les médecins généralistes peuvent organiser le cabinet afin d'offrir une permanence à leurs patients. Ils sont dès lors membres d'une

permanence de soins qui permet aux patients d'avoir des visites en dehors des horaires conventionnels. Ainsi, pouvoir se rendre au domicile du patient de façon non planifiée permet de réduire le recours aux urgences en première intention pour les patients. Même si, notamment dans les grandes métropoles, les patients peuvent appeler SOS médecin en cas d'urgence relative ; les médecins traitants sont eux aussi souvent sollicités. Ils peuvent ainsi permettre d'éviter une consultation au SAU de secteur, et d'orienter le malade.

5. Avantages et inconvénients pour les médecins

Plusieurs enquêtes et thèses (12, 13, 14) ont été publiées sur le ressenti des médecins généralistes quant à la visite à domicile. Ces travaux donnent une impression de mauvaise appréciation de cet acte médical, impression corroborée par les différents témoignages sur internet (15).

5.1 Avantages

5.1.1 Satisfaction du travail

En réalisant des visites le médecin est réellement acteur des soins primaires dans toutes ses facettes. Il répond aux exigences du métier. Ainsi il peut éprouver une sorte de satisfaction du travail bien fait. De plus il a le sentiment d'un service rendu pour les patients qui ne peuvent se déplacer.

5.1.2 Rencontre des acteurs de soins

Il n'est pas rare au cours des visites de rencontrer l'infirmier(e), le kinésithérapeute ou des auxiliaires de vie ; au-delà de l'apport essentiel de ses rencontres pour la coordination de soins, déjà évoqué plus haut. L'exercice pluridisciplinaire et la rencontre de nouvelles personnes peuvent être utiles pour construire un réseau de soins efficaces, basé sur la confiance et les échanges. En revanche l'exercice du médecin en libéral peut être considéré par certains comme un peu solitaire.

5.1.3 Relation médecins - patients

Le fait de continuer à suivre un patient alors qu'il ne peut plus se déplacer, ou de se rendre à domicile pour une urgence permet d'améliorer la relation médecin - patient. Le patient sait qu'il peut compter sur le médecin, ne craint pas de le faire rentrer chez lui et peut

aussi lui parler de choses nouvelles qui peuvent améliorer sa prise en charge. Par leur aspect humain, les visites peuvent être valorisantes pour le médecin, lui donnant une place unique dans le suivi du patient en tant que seul spécialiste à pratiquer des visites.

5.1.4 Diversité de la discipline

Plusieurs médecins interrogés lors de différents travaux évoquent la visite comme un moment agréable de leur journée. Elle permet en effet de diversifier leur pratique, de s'échapper du cabinet, de changer d'air et de rencontrer des gens.

5.2 Inconvénients

5.2.1 Chronophage

Un élément qui ressort souvent à propos des VAD est le temps qu'elles représentent dans l'emploi du temps déjà chargé du médecin (16). En 2005, l'union régionale des médecins libéraux en Ile-de-France réalise une enquête sur la visite à domicile auprès des médecins généralistes de la région, pédiatres et MEP (mode d'exercice particulier). Les généralistes représentent 87,5 % de l'échantillon ; soit 1366 médecins. Le temps moyen d'une visite à domicile est de 41 minutes, contre 18 minutes pour une consultation (5). Une autre de leur enquête faite en 2017 confirme ces chiffres : le temps moyen consacré à une visite est de 48,7 minutes contre 17,1 minutes pour une consultation (17).

De plus certaines visites, notamment celles en urgence, doivent s'intégrer au dernier moment dans un planning déjà chargé.

Il apparaît que la présence ou non d'un secrétariat est une régulation importante quant à la décision de se rendre à une visite (18).

5.2.2 Non rentable

De l'aspect chronophage en découle l'aspect non rentable d'une visite.

Depuis mai 2017, une visite simple est facturée 25 euros, à laquelle sont ajoutés 10 euros de déplacement. Une majoration peut venir compléter le prix de déplacement, il s'agit de l'index kilométrique. Les indemnités kilométriques (IK) se rajoutent au prix de la visite et à la majoration de déplacement. Les valeurs actuelles des IK sont respectivement de 0,61 €/ km

en plaine et de 0,91 €/km en montagne. L'IK est applicable à partir de 4 km aller-retour en plaine et 2 km aller-retour en montagne.

Pour un temps total deux fois plus élevé que pour une consultation (en comptant le départ du cabinet, le trajet, la visite et le retour), la plupart des visites à domicile ne sont pourtant gratifiées que de 10 euros supplémentaires par rapport à la consultation.

Quelle a été l'évolution du prix des visites dans ces 20 dernières années ?

- Au 30 octobre 2001 la visite à domicile est à 135 francs, soit 20,25 euros ; prix inchangé depuis avril 1993. La consultation est à 17,53 euros, elle a été revalorisée en avril 1998.
- En 2011 la consultation passe de 22 à 23 euros et la visite de 32 à 33 euros.
- En 2017 la consultation et la visite augmentent de 2 euros. La majoration déplacement fixée à 10 euros n'a pas évolué. Dès 2014 pourtant, le syndicat MG France militait pour une visite à 56 euros (dont 10 euros de déplacement), soit le prix de la visite longue (VL) à cette époque (19).

L'INSEE peut nous fournir un point de départ statistique. Son simulateur d'indice des prix nous procure en effet de premiers éléments de réponse (Figure 1) (20).

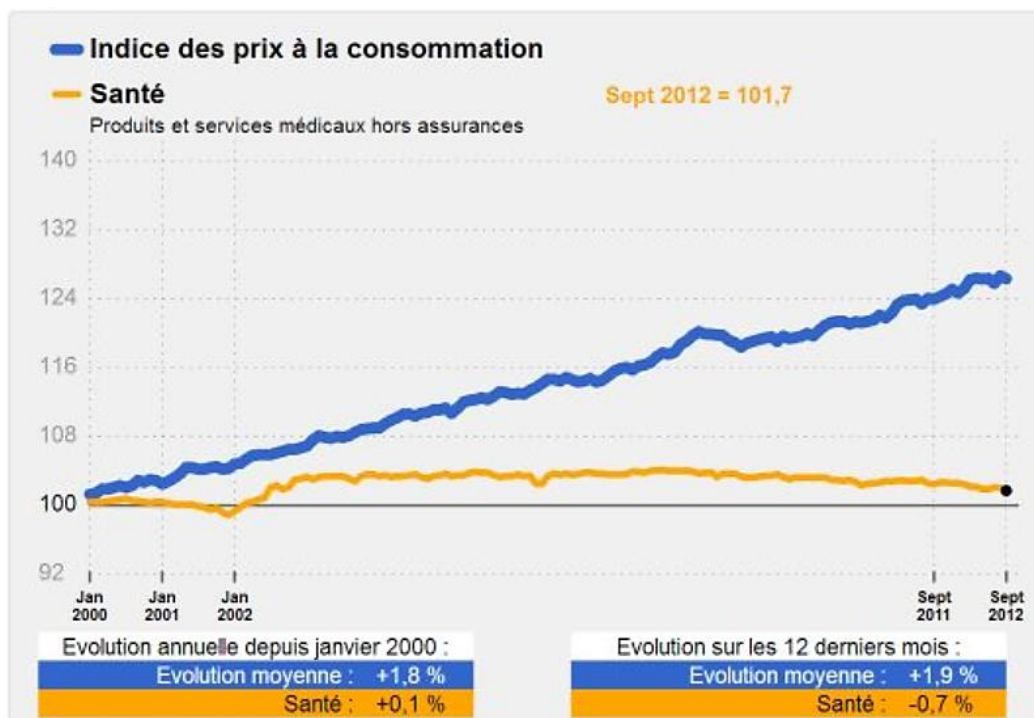


Figure 1 : Indice des prix à la consommation en euros (en bleu) et indice des prix pour la santé en euros (en jaune) entre janvier 2000 et septembre 2012 (20).

On constate que l'évolution de l'indice général des prix à la consommation depuis 18 ans a augmenté de 1,8 % par an en moyenne. L'évolution des produits et services médicaux (dont la consultation médicale fait partie – la visite médicale n'étant elle pas englobée dans le panel de produits et services étudiés) a quant à elle stagné. La visite à domicile étant moins rentable (temps estimé doublé par rapport à une consultation par les professionnels de la santé), un postulat optimiste la situerait au mieux au niveau de la courbe jaune dans le graphique ci-dessus.

Les dépenses de santé progressent donc moins vite que l'inflation (et donc *in extenso*, les revenus des personnes qui en vivent). Cela pourrait plaider pour une hausse de ces actes, qui n'a pourtant pas eu lieu.

Une explication possible est que les dépenses de santé passant par l'État, celui-ci en contrôlant les tarifs, et par les organismes de protection sociale, ces deux acteurs ont un intérêt à conserver les dépenses de santé à un niveau acceptable, lorsque les dépenses de santé sont inférieures aux recettes des organismes sociaux.

Cela ne veut pas dire que notre système actuel n'est pas améliorable et il y a sans doute de nombreuses façons de le rendre plus efficace, mais il pourrait sembler légitime que les actes conduits par les professionnels de la santé soient, comme pour d'autres secteurs, indexés sur l'inflation générale des prix.

5.2.3 Conditions matérielles

Un inconvénient qui est souvent pointé est le manque de commodité.

Tout d'abord, le manque de commodité est lié au fait de ne pas exercer dans son lieu habituel, en rompant avec certains automatismes qui peuvent amener le médecin à passer à côté de certains éléments cliniques. De plus, le manque de confort pour l'installation des deux protagonistes est souvent évoqué : le canapé trop bas pour faire un examen médical correct sans s'abîmer le dos, écrire l'examen clinique sur ses genoux, une hygiène parfois manquante. Le dossier médical ou le manque de dossier informatisé est par ailleurs un sujet qui revient souvent (21).

5.2.4 Les VAD, sources de frustration

Enfin il revient souvent une certaine frustration au sujet des visites à domicile, vraisemblablement due aux causes citées plus haut. De plus, une plainte régulière est que les patients se déplacent pour voir les autres spécialistes.

6. État de la population

Pour comprendre l'évolution des visites à domicile il faut tout d'abord établir un état des lieux des acteurs suivants : la population, notamment âgée et les médecins généralistes.

6.1 Population générale

Au 1^{er} janvier 2018, la France compte 67,2 millions d'habitants. Au cours de l'année 2017, la population a augmenté de 233 000 personnes, soit une hausse de 0,3 %. A l'instar des années précédentes, cette progression est principalement due au solde naturel, différence entre les nombres de naissances et de décès, bien que ce solde soit historiquement bas.

En 2017, 767 000 bébés sont nés en France, soit 17 000 de moins qu'en 2016. Il s'agit de la troisième année consécutive de baisse des naissances. L'indicateur conjoncturel de fécondité est également en recul pour la troisième année consécutive et s'établit à 1,88 enfant par femme en 2017 (contre 1,92 en 2016). Il reste néanmoins le plus élevé d'Europe (22).

En 2017, 603 000 personnes sont décédées, soit 9 000 de plus qu'en 2016. L'espérance de vie à la naissance reste stable pour les femmes et progresse pour les hommes. Elle s'établit à 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes

La population la plus concernée par la visite à domicile, par son autonomie diminuante et sa demande de soins est la population âgée. Cette tranche d'âge est la cible de l'accord AcBUS : « patient d'au moins 75 ans ayant une affection longue durée (ALD) 30 ou hors liste » ; « pour des personnes âgées de plus de 80 ans » ; « état sénile » « soins palliatifs ou état grabataire ».

Attardons-nous sur le vieillissement de la population française. Au 1^{er} janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants. Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en

âge des générations du *baby-boom*, le vieillissement de la population française se poursuit et va s'accroître dans les années à venir.

Les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent 18,8 % de la population, soit une progression de 3,7 points en vingt ans. La hausse est de 2,8 points sur la même période pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, qui représentent près d'un habitant sur dix au 1^{er} janvier 2016.

Si les tendances démographiques se poursuivent, l'INSEE (23) prévoit au 1^{er} janvier 2070 une population française de 76,5 millions d'individus. Par rapport à 2013, la population augmenterait donc de 10,7 millions d'habitants, la tranche d'âge 65 ans et plus progressant de 10,4 millions de personnes. En particulier, la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions). Le nombre de personnes de 85 ans ou plus pourrait presque quadrupler, passant de 1,8 million à 6,3 millions. Dès 2040 un habitant sur 4 aura 65 ans ou plus (Figure 2).

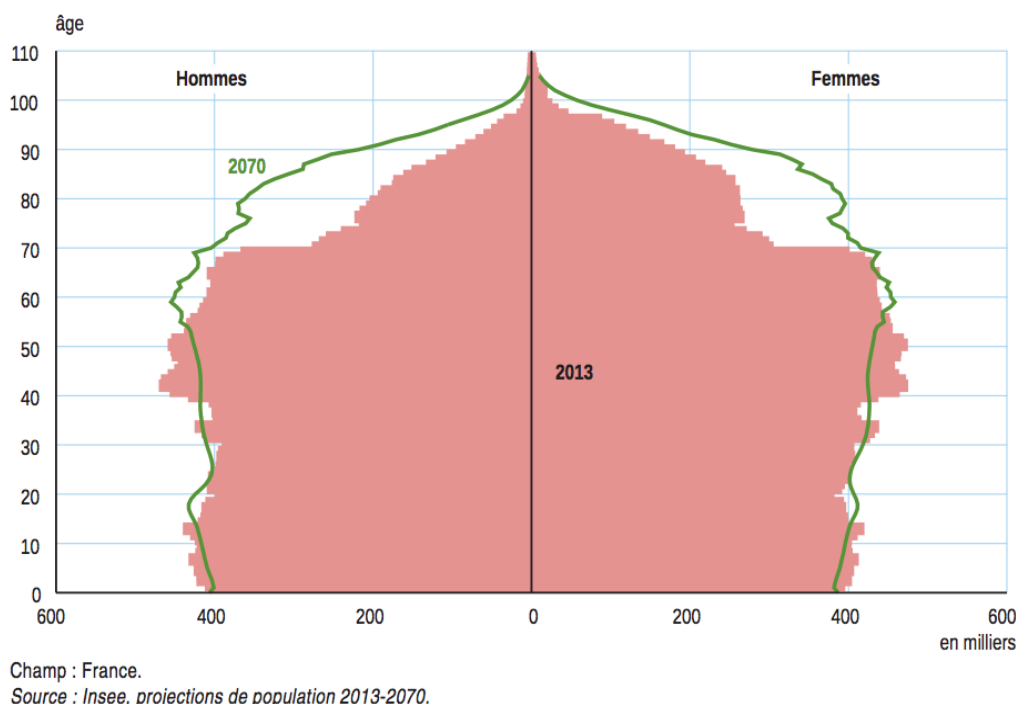


Figure 2 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 (23).

Cette évolution naturelle de la population âgée s'accompagnera nécessairement d'une aide de maintien à domicile de la part des acteurs du monde de la santé. En 2016, 10,4 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des

affections de longue durée (ALD), soit 16,9% des assurés. 4,15 millions d'entre eux ont plus de 70 ans, dont 2,3 millions de femmes.

85 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins une pathologie chronique, et 57 % sont en affection longue durée (24). 80 % des personnes âgées souhaitent rester chez elles, en contact avec leur environnement familial et garder une vie sociale. Mais ce vieillissement de la population s'accompagne également d'une augmentation du nombre de personnes dépendantes ou poly pathologiques : 1,17 millions de personnes âgées vivant à domicile étaient identifiées comme dépendantes en 2012 selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (25).

6.2 Population médicale

Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution de 9,1 % des effectifs depuis 2007, tandis qu'en parallèle la population ne cesse de croître. Cette baisse concerne la totalité du territoire : 93 départements sont touchés. D'après les calculs du conseil de l'Ordre, cette baisse va se poursuivre jusqu'en 2025, pour atteindre le chiffre de 79 262 médecins en activité régulière. Au niveau régional, la région Bretagne est la plus impactée par cette baisse (diminution de 30 % des effectifs des médecins généralistes entre 2010 et 2017) ; suivie de l'Occitanie puis de l'Ile-de-France. A l'opposé, les départements et territoires d'Outre-Mer voient progresser leurs effectifs (cela s'explique par le faible nombre actuel de praticiens dans ces zones) (Figure 3) (26).

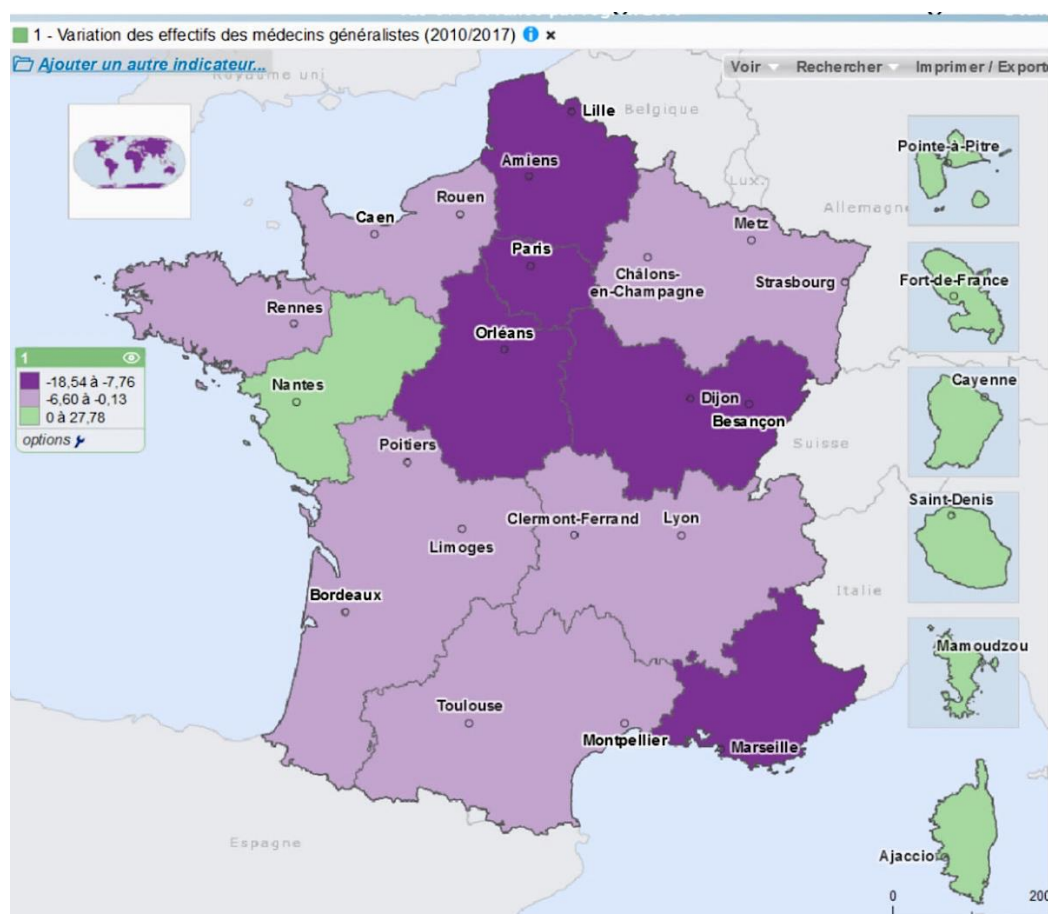


Figure 3 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale (2010/2017).

Toujours selon la même source, en 2016, la France compte en moyenne 130,9 médecins généralistes en activité pour 100 000 habitants ; le maximum est atteint avec le chiffre de 194,3 pour 100 000 habitants dans les Hautes-Alpes. Le minimum s'établit à 47,6 pour 100 000 habitants à Mayotte.

En 2010, la densité médicale moyenne était de 141 médecins généralistes pour 100 000 habitants en France, avec un maximum de 231,1 pour 100 000 à Paris (et 193,1 en 2016).

Ensuite, on observe que pour tous âges confondus, 52 % des médecins exerçant la médecine générale sont des hommes (Figure 4) ; mais si l'on affine ce résultat, 74 % de la tranche d'âge des plus de 65 ans sont des hommes ; et 32 % seulement pour les moins de 34 ans.

Observant la population qui nous intéresse, celle pratiquant des visites à domicile avec une activité libérale exclusive ou mixte, on relève que 61 % sont des hommes. Un chiffre à

rapprocher des médecins ayant une activité exclusivement salariée : 61% sont des femmes. Résumons : il y a une nette tendance à la féminisation de la profession, même si en moyenne le médecin généraliste est encore un homme. Il y a plus de femmes que d'hommes dans les activités salariées, mais si l'on observe la totalité de l'échantillon des médecins généralistes femmes, 52 % ont une activité libérale ou mixte et sont donc susceptibles d'effectuer des visites à domicile.

On note aussi sur le graphique (Figure 4) que la proportion des médecins généralistes de plus de 60 ans est de 28%, or le Pr Gilberg, dans son travail sur les visites à domicile en 2000 (27) avait déjà souligné qu'il s'agissait de la génération effectuant majoritairement ce type d'acte.

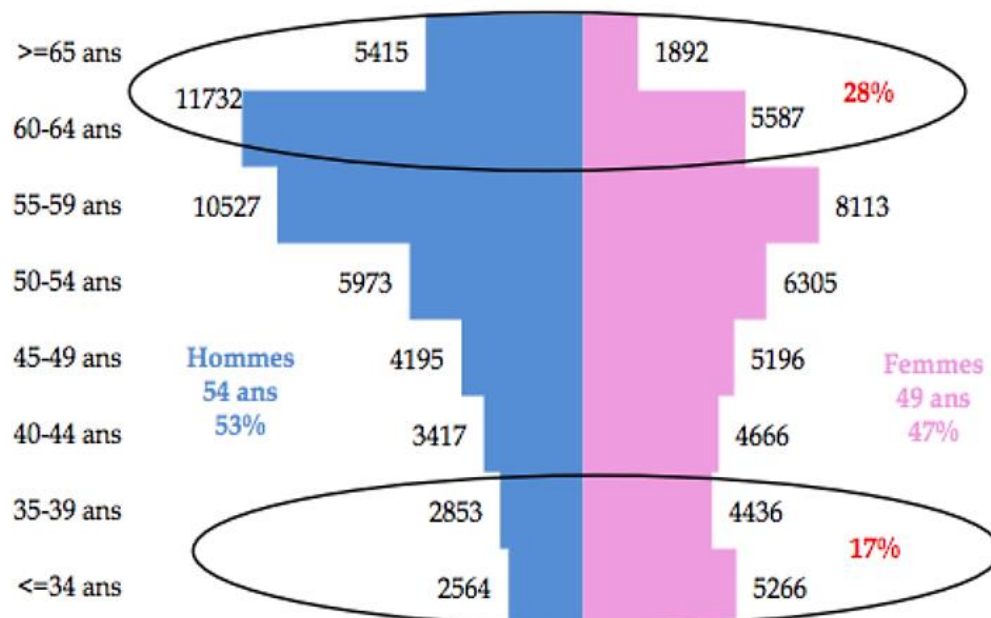


Figure 4 : Pyramide des âges, selon le genre, en 2017.

On peut supposer que le passage de cette génération de médecin de plus de 60 ans à la retraite et la féminisation de la profession va avoir un impact sur le nombre de visites à domicile.

7. Évolution de la nomenclature

En France, il existe plusieurs cotations pour les visites à domicile (Tableau 1) :

- VL : visite longue, créée en 2012. Elle concerne les patients avec des maladies neurodégénératives, dont la cotation vient de passer de 56 euros à 70. A partir de 2017, pour un même patient, la cotation peut être utilisée une fois par an, maximum trois si nécessité. En prérequis, le patient doit être en ALD. La présence d'un aidant n'est plus obligatoire.
- VMU : concerne les visites faites en urgence. Elles sont payées 45,60 euros.
- MSH : visite post hospitalisation pour les maladies chroniques. Elle ne concerne que les patients ayant une maladie chronique diagnostiquée récemment ou en aggravation, ou après certaines interventions chirurgicales, une seule fois (dans un délai maximum d'un mois) après l'hospitalisation. Le but est d'organiser la coordination avec les autres intervenants (éviter les complications et/ou re hospitalisation). Sa cotation est de 58 euros avec la majoration déplacement.
- MIC : identique à l'item précédent, mais à destination des insuffisants cardiaques.

Tableau 1 : Cotations des actes de visites en 2018. Derniers changements en 2017 (28).

Actes	Tarifs (euros)	Précisions	Conditions
VG+MD	35	Depuis le 1er mai 2017	Déplacement justifié
VL+MD	70	Maladies neurodégénératives	ALD - 3 max par an - Présence de l'aidant non obligatoire
VG+MD+MSH	58	Post hospitalisation pour maladie chronique. Depuis le 1er mai 2017	Dans le mois suivant l'hospitalisation.
VG+MD+ MIC	58	Visite post hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Depuis le 1er mai 2017	Dans les 2 mois suivant l'hospitalisation.
VMU	47,60	Déplacement en urgence : 22,60 euros	

8. Que se passe-t-il à l'étranger ?

On observe une baisse des visites à domicile dans tous les pays occidentaux.

Aux États-Unis, après avoir quasiment disparues, les visites à domicile recommencent à intéresser les acteurs de la santé. En 1950, 40 % des patients étaient vus lors de visites à domicile ; ce chiffre est tombé à 0,6% en 1980. L'enseignement pédagogique des visites, qui avait disparu des programmes d'études médicales, y a été réintroduit récemment (29).

Au Canada la communauté médicale des généralistes milite de plus en plus pour leur réintroduction au cœur des soins, ce qui passe également par leur enseignement aux étudiants (30). En effet le nombre de médecins pratiquant des visites à domicile ne cesse de diminuer, passant de 48,3 % en 2007 à 42,4% en 2010. Les causes évoquées de cette baisse par les médecins sont les mêmes qu'en France : le temps, le manque de rémunération, des questions de sécurité. Faisant face également au vieillissement de la population et donc à une nécessité de soins primaires en augmentation, les gouvernements de certaines provinces canadiennes commencent à débloquer des fonds pour soutenir les visites à domicile (60 millions de dollars par an en Ontario) ainsi qu'à développer des programmes de soins à domicile pour les personnes âgées (31).

En Europe, en 2001, une étude sur les visites à domicile est publiée. Cette étude indique que la Belgique est le pays européen où le taux de visites à domicile est le plus élevé, avec en moyenne 44 visites par semaine et par médecin. Viennent ensuite l'Allemagne, l'Autriche et la France, où les médecins réalisent plus de 25 visites par semaine. Dans les pays scandinaves, il y a déjà comparativement peu de visites (4 par semaine en Islande, 6 par semaine en Norvège et 2 par semaine en Suède). Il en est de même dans les pays méditerranéens, à l'exception notable de l'Italie (32).

Par ailleurs, la fréquence des visites à domicile a diminué en Allemagne et en Angleterre. En 2011, une étude qualitative réalisée en Allemagne sur les visites à domicile par les généralistes pointe les perceptions de la VAD par les médecins allemands : elles sont semblables à celles de leurs homologues français. Ils pratiquent des visites même s'ils ne lui trouvent peu de bénéfices - excepté pour les personnes âgées. Ils la considèrent comme chronophage et sollicitent des incitations financières pour les aider. Par ailleurs ils délèguent souvent les appels d'urgences aux services compétents. En outre, l'aide des infirmières en

pratiques avancées est envisagée comme possible mais considérée avec amertume par les médecins, et pour certains la crainte de perdre une partie de leur travail (33).

Aux Pays-Bas, en 1987 les actes VAD représentent environ 17 % des actes tandis qu'en 2001, ces actes ne représentaient plus que 9 % du total (32).

9. Nouvelles pratiques de la VAD

Devant cet état des lieux, une certaine transition de la visite à domicile a déjà été amorcée ; notamment avec la télémédecine. Cette dernière a été définie pour la première fois en 1997, par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* ». (34)

La télémédecine, disposant d'un cadre légal depuis 2009 (loi HPST), est une des promesses de campagne de l'actuel président Emmanuel Macron. Après plusieurs essais dans certains départements, elle commence à s'organiser au plan national. Sur le plan légal elle est encadrée par un décret qui la définit (35) :

- Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.
- Constituent des actes de télémédecine : « 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation [...] 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé [...]. »

La télémédecine se développe surtout dans le milieu hospitalier, avec la télé-expertise. Elle a pour but de permettre à un médecin de requérir un avis spécialisé auprès de l'un de ses

confrères, situé à distance, au sujet d'un cas de patient complexe. C'est par exemple le projet « téléAVC » en Bourgogne. En Normandie, l'ARS (Agence Régionale de la Santé) a développé un projet de téléconsultation entre dermatologues, gériatres et psychiatres, toujours en milieu hospitalier. Dans certains EHPAD, une plateforme de télémédecine qui peut être déplacée de chambre en chambre permet à un médecin de réaliser des consultations à distance, ce qui évite le déplacement à l'hôpital du patient âgé. Par ailleurs des télécabines ont vu le jour dans certains départements. La télémédecine a pour objectif de répondre à des problématiques d'offre de soins sur le territoire français.

Dès le 15 septembre 2018, la télémédecine sera remboursée. La téléconsultation sera facturée par le médecin au tarif de 25 euros ; la téléconsultation sera prise en charge comme une consultation classique.

Cependant la télémédecine peut-elle être une réponse aux demandes de visites à domicile ? On peut y voir plusieurs limites. Tout d'abord, la télémédecine nécessite des outils de communication modernes (*smartphones*) avec comme corollaire, de savoir les utiliser à bon escient. Or, les visites à domicile concernent majoritairement les personnes dépendantes, fragiles et en manque d'autonomie (démences neurodégénératives, etc.). On peut penser que ce type de patients aura plus de difficultés à utiliser ces nouvelles technologies sans solliciter l'aide d'un tiers.

De plus, un des intérêts majeurs des visites à domicile est de voir le patient dans son environnement, pour une approche plus globale. On peut aussi penser que chez ces patients, très souvent poly pathologiques, l'examen clinique reste un temps essentiel.

Il est probable que la télémédecine ne remplacera pas à proprement parler les visites à domicile, mais permettra à certains patients d'avoir une consultation plus rapide et sans déplacement et pour d'autres d'espacer les visites.

Plusieurs start-ups se sont lancées dans le « marché » de la visite à domicile, répondant ainsi à une demande de la part des français mais par la même occasion créant une demande plus importante de visite à domicile. Par exemple des entreprises proposent des visites à domicile par le biais d'applications *smartphones*, avec géolocalisation du patient et mise à disposition d'un scooter pour le médecin. Beaucoup parlent d'*uberisation* de la médecine.

Au-delà de cette thématique, ce type d'application va à l'encontre des efforts qui ont été faits pour limiter les visites à domicile et éviter les visites de confort. En effet, n'importe quel patient peut demander une visite chez lui, ou sur son lieu de travail. On peut s'interroger sur ces innovations dans le cadre des visites à domicile, car elles vont à l'encontre de la prise en charge globale du patient et de continuité de soins.

10. Objectif de l'étude

L'étude menée vise deux objectifs principaux. Dans un premier temps l'étude s'intéresse à la population en France qui bénéficie de visite à domicile en 2016, et dans un deuxième temps, elle se penche sur la part de médecins généralistes qui en France en 2016 pratiquent les visites à domicile. Pour répondre à ces objectifs, les deux populations seront quantifiées et étudiées dans leur dimension géographique et typologique (sexe, âge, etc.).

Deuxième partie : Matériel et Méthodes

1. Méthode de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative réalisée à partir d'un questionnaire adressé à la Sécurité sociale. Ce questionnaire a été rédigé selon trois axes. Le premier concerne les données relatives aux actes médicaux, le but étant de déterminer la part des visites à domicile parmi les actes médicaux effectués par les spécialistes de médecine générale ; le deuxième a pour but d'obtenir des données sur le profil des praticiens effectuant des visites à domicile : sexe, tranche d'âges, secteur et tranche du nombre de visites par an (moins de 50, entre 50 et 100 ; en 100 et 150 et plus de 150). Ces deux premières parties nécessitent les chiffres au niveau national et départemental. Enfin le dernier axe du questionnaire s'attache à comprendre le profil des patients bénéficiaires des visites à domicile : tranche d'âge, sexe, statut ALD, nombres de visite.

Initialement les questions avaient été formulées pour l'année 2016 et 2017. Nous n'avons pu obtenir que des réponses pour l'année 2016.

Les réponses au questionnaire transmises sont des variables discrètes ou des indices calculés à partir de variables discrètes. Avec ces données, une approche descriptive et analytique de la visite à domicile en 2016 en France a pu être menée.

2. Population

La première partie de la population cible de notre étude concerne les médecins généralistes en activité, avec et sans mode d'exercice particulier, inscrits en secteur 1 et 2, qui pratiquent des visites à domicile (*En application des dispositions de l'article R 4127-85 du code de la santé publique, l'activité régulière détermine, comme lieu habituel d'exercice du médecin, sa résidence professionnelle, au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental conformément à l'article L.4112-1 du CSP*).

La deuxième partie de la population de l'étude est relative aux patients de la population précédente qui bénéficient de la sécurité sociale.

La base de données utilisée est celle de AMOS 2016 (Assurance Maladie Offre de Soins) et DCIR (données de consommation inter régime).

3. Recueil des données

Les données nous ont été fournies brutes ou en partie analysées, sous forme de quatre tableaux, dans le but de pouvoir répondre au questionnaire après analyse.

Le premier tableau concerne les actes en 2016 effectués par les médecins actifs. Il rapporte le nombre de consultations par départements, le nombre de visite par département et le nombre d'actes cotés visite longue (VL), majoration urgence (MU), majoration suite hospitalisation (MSH) et majoration insuffisance cardiaque (MIC) également par département. Le deuxième tableau s'intéresse au profil des médecins pratiquant des visites à domicile. Il comporte aussi une subdivision par département. Le troisième tableau concerne les PDSA (permanence de soins en ambulatoire). Le quatrième tableau est une base de données des patients bénéficiant des visites.

A noter que les données nous ont été fournies pour les médecins généralistes et les médecins généralistes avec un mode d'exercice particulier (MEP). L'ensembles définit les omnipraticiens.

4. Analyse des données

Dans un premier temps, Les données ont été analysées manuellement afin de répondre au questionnaire ; des thématiques ont ensuite été dégagées. A partir des chiffres obtenus, principalement des pourcentages, des schémas ont été construits pour mettre en relief les résultats, ou pouvoir les comparer.

Troisième partie : Résultats - Analyse quantitative

1. Le recrutement de l'échantillon

L'échantillon est constitué des médecins généralistes, avec et sans mode d'exercice particulier, en activité en France en 2016 selon la source AMOS, soit 52 962 médecins généraliste et 6 780 MEP, au total 59 761 omnipraticiens ; mais également des patients bénéficiant des visites à domicile, soit 6 647 271 individus (Tableau 2, Tableau 3, Tableau 4, Tableau 5) selon la source DCIR (donnée de consommation inter régime), qui constitue la base des données individuelles des bénéficiaires (constituant une partie des données du système national d'information inter régimes de l'Assurance Maladie).

La caractéristique principale de l'échantillon est que les 59 761 médecins pratiquent les visites à domicile.

Tableau 2 : Répartition des médecins étudiés

	Femmes	Hommes	30-39 ans	40-49 ans	50-59ans	60 et plus	Secteur1	Secteur2
MG	17740	33150	7478	8819	16958	15819	48720	2268
MEP	1 089	2 443	164	398	1 142	1660	2 535	955
Omnipraticiens	18 829	35 593	7 642	9 217	18 100	17 479	51 055	3 212

On remarque sur le tableau ci-dessus (Tableau 2) que le nombre total de médecins n'est jamais identique ; cependant les écarts sont jugés non significatifs car inférieurs à 5 %. Ils sont dus à des rentrées de données initiales incomplètes.

Tableau 3 : Répartition des patients par sexe ayant reçu au moins une visite en 2016

Hommes	2 495 984
Femmes	4 151 287

Tableau 4 : Répartition des patients par statut ALD ayant reçu au moins une visite en 2016

ALD	2 966 826
Non ALD	3 680 445

Tableau 5 : Répartition des patients par tranche d'âge ayant reçu au moins une visite en 2016

Tranches d'âge	Effectifs
0-4 ans	246 813
5- 14 ans	385 217
15-39 ans	906 773
40- 59 ans	1 042 275
60- 69 ans	724 111
70-79ans	913 610
80 ans et plus	2 428 472

2. Les visites à domicile

2.1 Au niveau national

En France, en 2016, il y a eu 22 541 659 visites effectuées par des médecins généralistes, 1 901 300 effectuées par les médecins avec mode d'exercice particuliers, soit 24 442 959 visites. Si l'on distingue la France métropolitaine et l'Outre-mer, on constate que 24 165 119 visites ont été réalisées en métropole et 234 556 visites ont été pratiquées en Outre-Mer.

En 2016, les visites représentent 8,8 % des actes des médecins généralistes en France (8,6% pour les médecins généraliste et 11,1% pour les médecins généralistes avec mode d'exercice particulier), plus précisément 9 % en France métropolitaine et 2,5% en Outre-Mer.

En France métropolitaine (absence des chiffres pour l'Outre-Mer à ces dates-là), le pourcentage des visites sur la totalité des actes était en 1980 de 38%, en 1997 de 26,7%, et en 2010 de 12%.

Evolution du pourcentage des visites des médecins généralistes en France métropolitaine

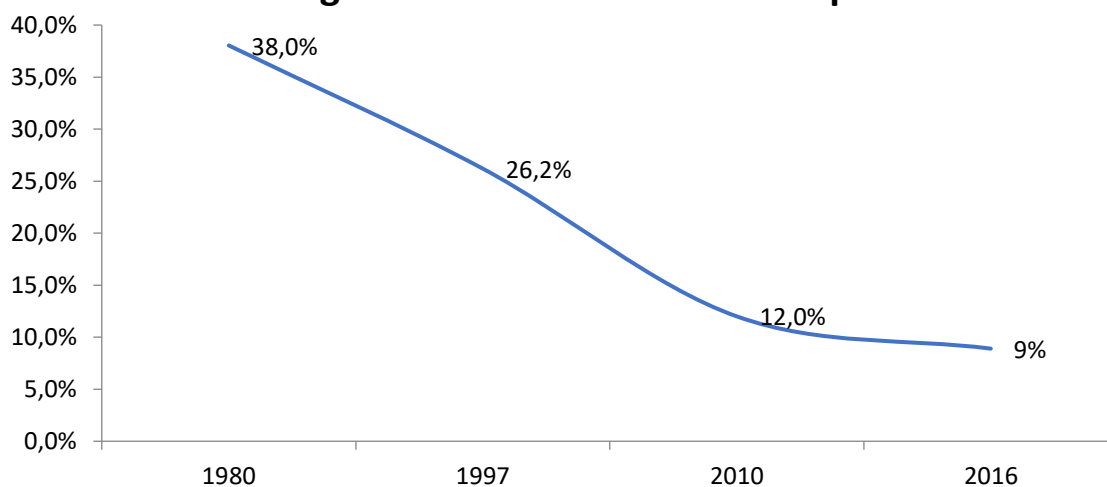


Figure 5 : Évolution du pourcentage de la part des visites parmi le total des actes des médecins généralistes en France métropolitaine entre 1980 et 2016.

On observe une baisse de 70 % de la part des visites parmi les actes, en moins de 40 ans (Figure 5). Cependant, si la décroissance du pourcentage de visites était quasiment linéaire entre 1980 et 2010 (chute de 12 % en 17ans puis de 14 % en 13 ans), elle a tendance à diminuer ces 6 dernières années entre 2010 et 2016 (baisse de 3 % en 6 ans). Notons que cette analyse est faite à partir de 4 points seulement et qu'il faudrait plus de données entre 2010 et 2016 pour voir si cette tendance à la baisse est constante sur cette période ; de même il faudra observer si cette tendance se confirme dans les années à venir.

Tableau 6 : Nombre des actes en milliers. V : Visites ; C : Consultations

Année	Consultations	Visites	V/(C+V)
1980	108 929	66 884	38%
1997	200 393	71 140	26,2%
2016	244 562	24 442	9%

En regardant les valeurs absolues du nombre d'actes (Tableau 6), on remarque qu'en presque 20 ans (1997-2016), le nombre de visites a été divisé par 2,9 ; soit une diminution de 65 % ; alors qu'en parallèle le nombre de consultations a augmenté de 18 %.

Entre 1980 et 1997, le nombre de consultations a doublé tandis que celui des visites est resté globalement stable (augmentation de 6 %), c'est-à-dire que la baisse du pourcentage de

visites parmi le total des actes est due à une augmentation des consultations et non à une baisse des visites.

De plus, on remarque une baisse du nombre d'actes (C+V) entre 1997 et 2016 ; celle-ci est peut-être due en partie à la baisse du nombre de médecins travaillant en libéral.

2.2 Par département

Une première analyse statistique a été réalisée en classant les départements par pourcentage de visites à domicile : les départements où il y a moins de 5 % de visites sur le total des consultations, les départements où il y a entre 5 et 10% de visites, les départements où il y a entre 10 et 15% de visites et enfin les départements où les visites sont supérieures à 15%. Le but de ce découpage est d'étudier les variations du pourcentage de visites selon les territoires. Le postulat est que les visites à domicile sont favorisées par un milieu rural, tandis que la proximité des lieux de consultation rend les consultations plus naturelles pour les urbains. Cette analyse a été faite avec les chiffres des médecins généralistes, hors MEP.

On note que quatre départements présentent plus de 15 % de visites à domicile sur le total de leurs actes (Figure 6) : la Corse du Sud, la Haute Corse, la Corrèze et l'Ariège. Un total de onze départements, en France métropolitaine, présentent moins de 5 % de visites : le Val d'Oise, l'Essonne, la Haute Savoie, l'Ain, le Rhône, la Sarthe, l'Eure, l'Eure et Loire, la Loire Atlantique et le Loiret.

A noter qu'en Outre-Mer le pourcentage des visites est de 2,5 % avec un minimum à 0,3 % pour Mayotte et un maximum à 5,2 % pour la Martinique.

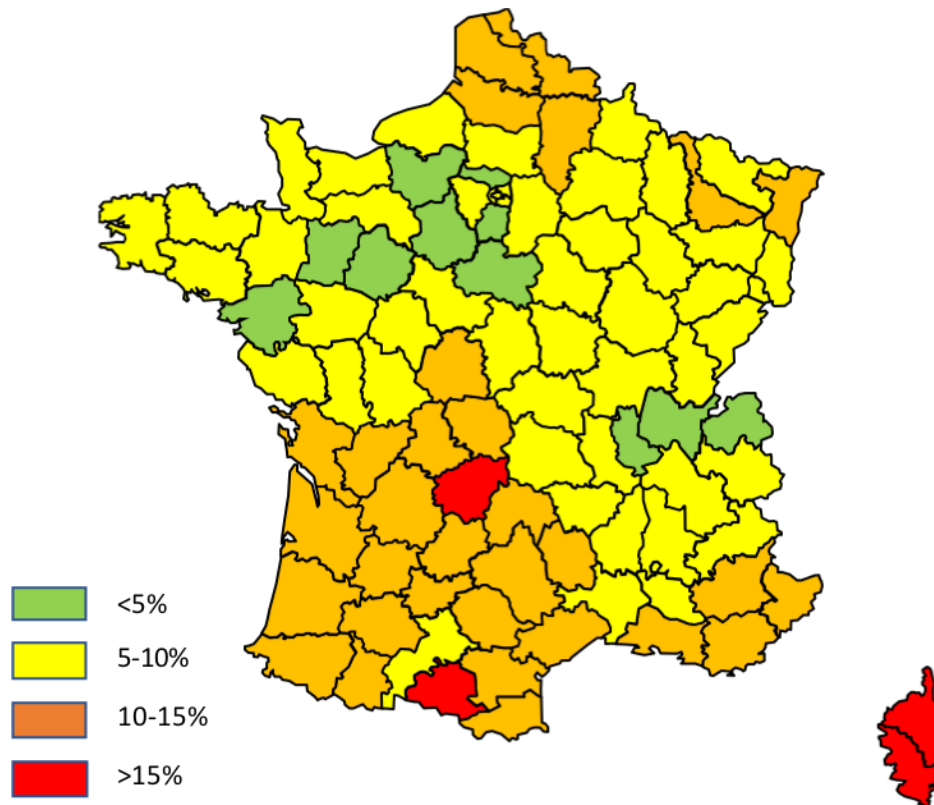


Figure 6 : Pourcentage des visites sur le nombre d'actes totaux (2016)

A première vue, les zones de reliefs géographiques ne semblent pas avoir d'influence sur la répartition des visites à domicile: lorsqu'on regarde la carte des départements et de leur altitude (Figure 7) et qu'on la compare à celle des visites par départements (Figure 6), on observe que des zones à altitudes élevées comme la Haute Savoie ont un pourcentage bas de visite, mais que les Pyrénées et la Corse, zones d'altitudes élevée, ont des pourcentages de visites supérieures à la moyenne.

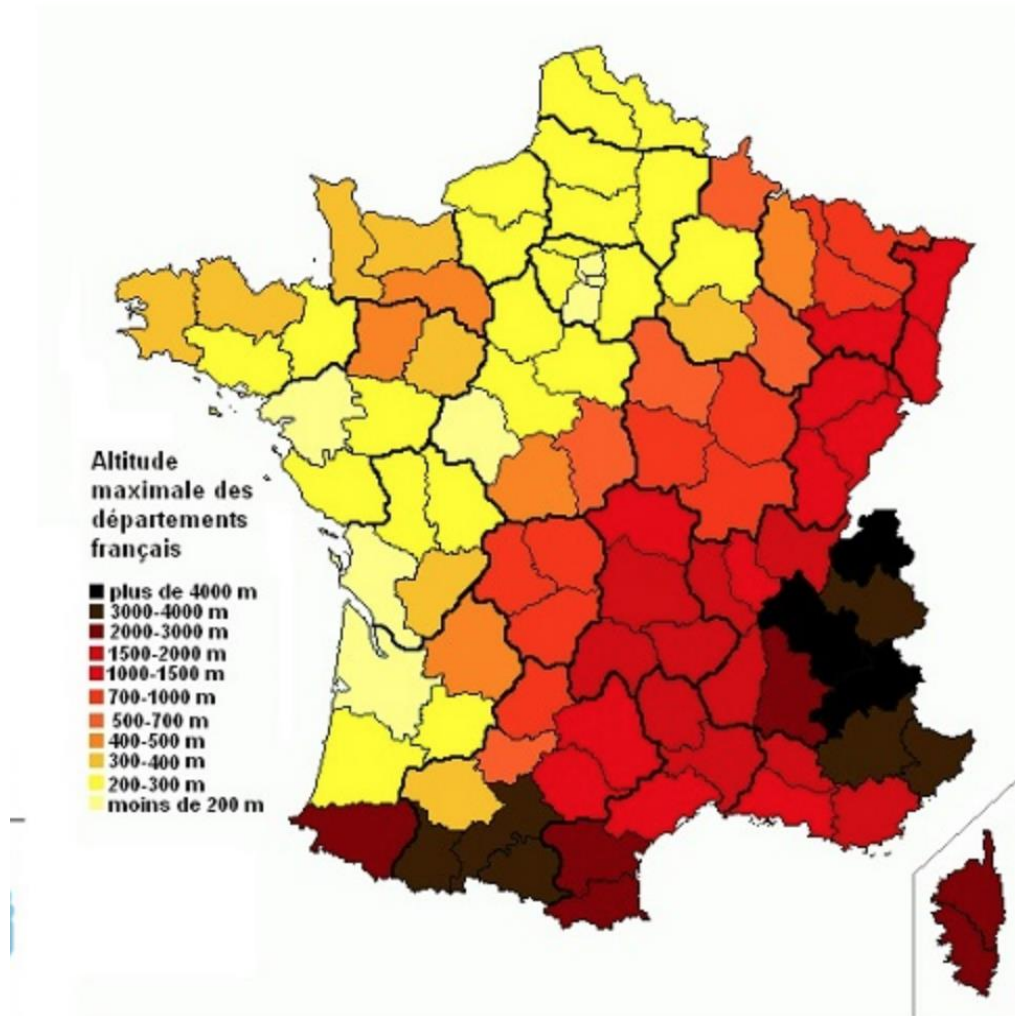


Figure 7 : Carte des altitudes en mètres des départements français (36)

En revanche, les quatre départements aux taux de visites les plus élevés sont dans l’imaginaire collectif des départements peu peuplés : Corse du Sud, Haut de Corse, Corrèze, Ariège. En effet lorsque l’on vérifie leur démographie auprès de l’INSEE, on trouve qu’ils sont respectivement les 2^e, 5^e, 7^e et 21^e départements les moins peuplés de France (37), ce qui va dans le sens du postulat de départ.

Si l’on se penche sur la densité médicale dans ces départements (Figure 8), il n’y a pas de corrélation exacte mais il s’agit de département avec une densité médicale moyenne à forte.

Si l’on regarde à présent la corrélation inverse en s’intéressant aux départements où il y a moins de 5 % de visite ; on remarque que les résultats sont moins probants. Cependant, ces départements restent dans le tiers le plus peuplé. Quant au lien avec la densité médicale il est

plus juste : il s'agit de départements avec une densité médicale faible excepté pour les départements du Rhône, de Haute Savoie et de Loire Atlantique.

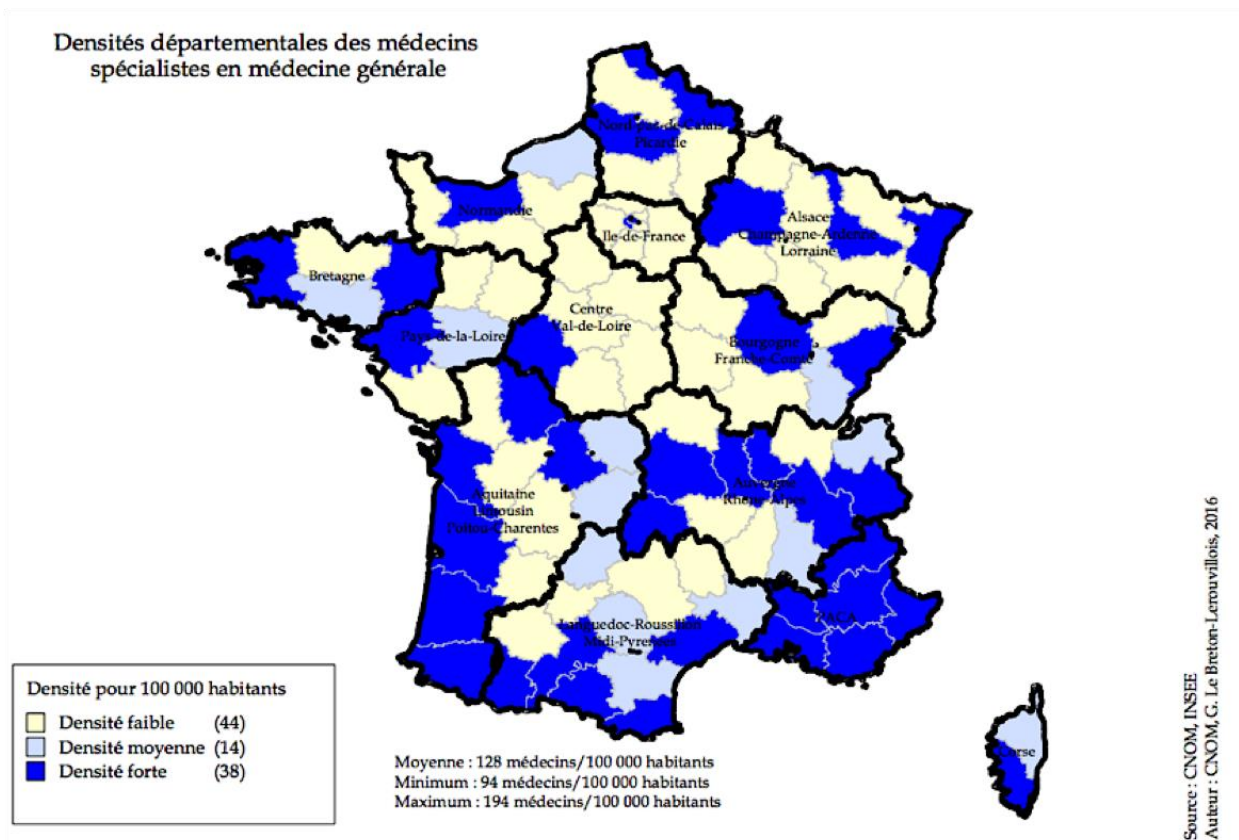


Figure 8 : Densité médicale par département, source : INSEE (26)

En croisant la carte des pourcentages de visites et celle relative à la densité médicale, il semble y avoir plus de visites dans les départements affichant une densité médicale supérieure à la moyenne (l'inverse se vérifie également). A toute règle des exceptions, peu de visites en Haute Savoie malgré une densité médicale supérieure à la moyenne par exemple. De même en Corrèze, beaucoup de visites à domicile et une population médicale en deçà de la moyenne nationale. La densité médicale n'est donc pas le seul facteur influent.

Les sept plus grandes métropoles françaises sont, dans l'ordre décroissant : Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille et Nice. Si on regarde les chiffres obtenus correspondant à leur département (Paris, Rhône, Bouche du Rhône, Haute Garonne, Gironde, Nord et Alpes maritimes), on peut observer les résultats suivants :

- En valeur absolue, il s'agit des départements présentant le plus grand nombre de consultations. Concernant le nombre de visites, le trio de tête français correspond au Nord,

aux Bouches du Rhône et à la Gironde. Les Alpes maritimes se classent en sixième position, la Haute Garonne en huitièmes, Paris en treizième et le Rhône en trentième.

- Tous ces départements ont une densité médicale supérieure à la moyenne nationale.
- En proportion du total des actes réalisés, le département du Rhône a un taux de visites à domicile inférieur à 5 % (4,7 %) ; le pourcentage parisien se situe à 5,9 %.

Si l'on analyse plus finement ces données, en regardant les 10 départements extrêmes des cartes précédemment analysées, et en renseignant de manière plus approfondie la population par département, on obtient les tableaux ci-dessous (Tableau 7, Tableau 8).

Tableau 7 : Les dix départements avec le plus fort taux de VAD

Département	V/(C+V)	Densité médicale (/100000 habitants)	% populations âgées (plus de 60 ans)	Dont % >80 ans
Corse du Sud	19,7 %	85,3	30,4	12
Haut de Corse	16,9 %	83,1	29,2	11
Corrèze	15,9 %	70	34,3	13,1
Ariège	15,1 %	92,6	33,5	12,5
Creuse	14,8 %	89,5	38	15
Cantal	14,7 %	86,8	35,8	13,7
Pyrénées-Atlantiques	14,3 %	94,9	30,1	11,6
Gironde	13,9 %	97,6	24,5	8,5
Haute vienne	13,8 %	104,2	30,9	11,6
Pyrénées orientales	13,8 %	106,8	32,1	12,3

Tableau 8 : Les dix départements avec le plus faible taux de VAD

Département	V/(C+V)	Densité médicale (/100000 hbts)	% populations âgées >60 ans	Dont % >80 ans
Haute-Savoie	3,4 %	84	21,8	7,4
Ain	3,5 %	60	23,5	8
Eure et Loire	4 %	57,6	26,5	9,4
Eure	4,3 %	62,5	25,2	8,4
Loire Atlantique	4,6 %	80,3	23,5	8,2
Sarthe	4,6 %	63,6	28	10,4
Rhône	4,7 %	75,6	21,6	8,1
Mayenne	4,7 %	62	28,1	10,9
Loiret	4,8 %	63,3	25,8	9,2
Essonne	4,8 %	56,4	19,9	6,9

Les chiffres permettant la lecture de ces deux tableaux (Tableau 7, Tableau 8) sont les suivants :

- Densité médicale moyenne en France : 79,4 (pour 100 000 habitants) ;
- Population de plus de 60 ans en France métropolitaine : 25,9 %, dont 8,3 % de plus de 80 ans (en 2016).

Sur ces deux tableaux (Tableau 7, Tableau 8), on remarque que :

- Un pourcentage de visite supérieur à la moyenne française est corrélé à une proportion de personnes âgées bien plus élevée que la moyenne nationale (exception faite de la Gironde).
- Au sujet de la densité médicale, pour les départements avec le plus de visites, la densité y est plus élevée que la moyenne nationale (à l'exception de la Corrèze). Pour les départements avec le moins de visites, il s'agit de départements avec une densité médicale plus faible que la moyenne nationale (à l'exception de la Haute Savoie et de la Loire Atlantique).
- Les DOM-TOM ne sont pas analysés dans ces tableaux, mais ils ont une moyenne de VAD nettement inférieure à la moyenne nationale. Il en va de même pour leur densité médicale.

3. Au sujet des majorations

- VL : visite longue, créée en 2012. En 2016, les VL ont été chiffrées à 43 274, soit 0,18 % des visites. En France, on estime que 900 000 patients sont atteints de la maladie d'Alzheimer ; en 2016 347 240 personnes sont en ALD pour Maladie d'Alzheimer et autres démences et peuvent donc avoir des VL.
- VMU : concerne les visites faites en urgence. En France, en 2016 cette majoration a été utilisée 472 615 fois, soit 2 % des visites.
- MSH : visite post hospitalisation pour les maladies chroniques. Cette majoration a concerné 0,6 % des visites en 2016.
- MIC : à destination des insuffisants cardiaques ; elle a concerné 0,07 % des visites en 2016.

4. Profil des médecins pratiquant les visites

En France, en 2016, chez les médecins généralistes actifs (et sans mode d'exercice particuliers) et au niveau national, les résultats sont les suivants :

- 96 % des médecins ont pratiqué au moins une visite à domicile sur l'année 2016.
- 65 % des médecins pratiquant des visites à domicile sont des hommes ;
- 15 % sont âgés de 30 à 39 ans ; 17 % sont âgés de 40 à 49 ans ; 33 % sont âgés de 50 à 59 ans et 31 % sont âgés de plus de 60 ans ;
- 67 % pratiquent plus de 150 visites à domicile par an, soit plus de 4 visites par semaine ; 18 % font entre 50 et 150 visites par an ; et 15 % en font moins de 50 ;
- 95 % sont en secteur 1 (en 2010, 7 % des médecins sont en secteur 2).

En France, en 2016, chez les médecins généralistes avec un mode d'exercice particulier les résultats sont les suivants :

- 52 % des médecins ont pratiqué au moins une visite à domicile sur l'année 2016.
- 69 % des médecins pratiquant des visites à domicile sont des hommes ;
- 4,6 % sont âgés de 30 à 39 ans ; 11,2 % sont âgés de 40 à 49 ans ; 32 % sont âgés de 50 à 59 ans et 46,9 % sont âgés de plus de 60 ans ;
- 49 % pratiquent plus de 150 visites à domicile par an, soit plus de 4 visites par semaine ; 14 % font entre 50 et 150 visites par an ; et 36 % en font moins de 50 ;
- 71 % sont en secteur 1.

Au total, sur toute la population des MG, soit les omnipraticiens, 91% font des visites ; 65 % sont des hommes, 14% sont âgés de 30 à 39 ans ; 17 % sont âgés de 40 à 49 ans ; 33 % sont âgés de 50 à 59 ans et 32 % sont âgés de plus de 60 ans.

- 91% sont en secteur 1.
- 65 % pratiquent plus de 150 visites à domicile par an, soit plus de 4 visites par semaine ; 18 % font entre 50 et 150 visites par an ; et 17 % en font moins de 50

Ce tableau de données comprend quelques limites, en partie dues à la formulation du questionnaire de base ; elles seront décrites plus bas ; mais avant tout ces résultats doivent être analysés par rapport au nombre total de médecins, au nombre de femmes et hommes,

aux tranches d'âges, et à la répartition par secteur. Cette partie sera plus largement développée dans la section consacrée à la discussion.

Lorsqu'on s'intéresse au pourcentage de médecins généralistes faisant des visites par département, on observe que quasiment tous les médecins font des visites. Je me suis donc penchée sur les départements dans lesquels les taux de visites à domicile sont les plus importants et ceux où ils sont minoritaires, afin de voir s'il est possible d'obtenir une corrélation entre ces extrêmes et le nombre de médecins pratiquant plus de 150 visites par an.

Tableau 9 : Départements présentant la proportion la moins importante de visites parmi les actes

Département	V/(C+V)	Densité médicale	% médecins visitant	% médecins faisant >150 V	% médecins faisant <50 V	% population âgée >60 ans	Dont % >80 ans
Haute-Savoie	3,4 %	84	93	27	42	21,8	7,4
Ain	3,5 %	60	96	39	29	23,5	8
Eure et Loire	4 %	57,6	99	52	16	26,5	9,4
Eure	4,3 %	62,5	102	54	21	25,2	8,4
Loire Atlantique	4,6 %	80,3	98	52	15	23,5	8,2
Sarthe	4,6 %	63,6	100	54	18	28	10,4
Rhône	4,7 %	75,6	87	34	33	21,6	8,1
Mayenne	4,7 %	62	103	57	18	28,1	10,9
Loiret	4,8 %	63,3	99	48	25	25,8	9,2
Essonne	4,8 %	56,4	94	45	28	19,9	6,9

En France 15 % des médecins généralistes font moins de 50 visites et 67% plus de 150. On voit sur ce tableau (Tableau 9) que le pourcentage de médecin faisant moins de 50 visites par an est supérieur à la moyenne nationale et que celui faisant plus de 150 visites est largement inférieur à celle-ci. Pourtant ces départements présentent entre 93 % et 103 % des médecins pratiquant la visite.

Tableau 10 : Départements présentant la proportion la plus importante de visites parmi les actes

Département	V/(C+V)	Densité médicale	% médecins visitant	% médecins faisant < 50 V	% médecins faisant >150 V	% population âgée	Dont % >80 ans
Corse du Sud	19,7 %	85,3	98%	11	82	30,4	12
Haut de Corse	16,9 %	83,1	94	12	77	29,2	11
Corrèze	15,9 %	70	104	7	89	34,3	13,1
Ariège	15,1 %	92,6	99	7	84	33,5	12,5
Creuse	14,8 %	89,5	101	5	83	38	15
Cantal	14,7 %	86,8	100	3	90	35,8	13,7
Pyrénées-Atlantiques	14,3 %	94,9	100	7	84	30,1	11,6
Gironde	13,9 %	97,6	97	10	79	24,5	8,5
Haute vienne	13,8 %	104,2	100	6	84	30,9	11,6
Pyrénées orientales	13,8 %	106,8	90	9	80	32,1	12,3

Ce deuxième tableau (Tableau 10) confirme les premières observations réalisées ci-dessus. Le pourcentage des médecins faisant plus de 150 visites est-il plus pertinent pour apprécier combien de médecins généralistes pratiquent réellement les visites à domicile (en dehors de visites ponctuelles) ? Si c'est le cas on peut dire que 67 % des médecins généralistes français pratiquent encore régulièrement des visites à domiciles.

5. Les patients bénéficiant des visites

Le quatrième recueil de données concerne les patients. Il donne d'une part le nombre de patients ayant bénéficié d'au moins une visite en 2016 en fonction de leur tranche d'âge, de leur sexe et de leur statut ALD. D'autre part il rapporte le nombre de visites en fonction des mêmes paramètres. A partir de ces deux ensembles, le recueil présente un ratio visites par patients visités.

Dans un second onglet de ce recueil de données, une démarche identique a été réalisée pour les consultations.

Pour rappel, en 2016, la population française est de 66,6 millions d'individus. 5,9 millions ont plus de 75 ans, soit 9,2 %. Dans cette population de plus de 75 ans 3,7 millions sont des femmes, soit 62% (21).

En 2016, 10,4 millions de français bénéficient du dispositif des affections longue durée. Chez les plus de 75 ans, 57% sont en ALD (24).

5.1 Nombre de patients visités

En 2016, en France, 6,6 millions de patients ont vu un médecin lors d'une visite à domicile et 65,3 millions de patients ont consulté. On peut analyser cette population en fonction de leur âge, de leur statut ALD et de leur genre afin de déterminer le profil type du patient visité.

- Age :

Tableau 11 : Nombre de patients visités par tranche d'âge.

Tranche d'âge	0-4 ans	5- 14 ans	15-39 ans	40-59 ans	60- 69 ans	70-79 ans	80 ans et +
Nombre de patients visités	246 813	385 217	906 773	1 042 275	724 111	913 610	2 428 472
Nombre de patients visités (%)	3,7%	5,8%	13,6%	15,6%	10,9%	13,7%	36,5%

Lorsque l'on analyse les chiffres du Tableau 11, on voit que 36,5 % des patients visités sont des patients de plus de 80 ans et 3,7% appartiennent à la catégorie des 0-4 ans.

De façon générale, le nombre de patients visités augmente avec l'âge des patients avec une légère hausse pour la tranche d'âge 40-59 ans.

- ALD :

2,9 millions des patients visités bénéficient du statut ALD, soit 44,6 % du total des patients. Voici deux tableaux centrés sur la population bénéficiant d'un statut ALD dans la population française (Tableau 12) et dans la population visitée (Tableau 13) :

Tableau 12 : Répartition des patients en ALD selon les âges parmi la population française en 2016.

Tranche d'âge	0-19 ans	20-59 ans	60-75 ans	75 ans et +	Total
Population totale	16 352 131	33 635 130	10 512 774	6 102 610	66 602 645
Population ALD	475 050	2 472 930	4 369 980	3 072 030	10 389 990
% ALD	2,9 %	7,3%	41,5%	50,3%	15,5%

Tableau 13 : Répartition des patients en ALD selon les âges parmi la population visitée en 2016

Tranche d'âge	0-4 ans	5- 14 ans	15-39 ans	40-59 ans	60- 69 ans	70-79 ans	80 ans et +	Total
Nombre de patients visités	246 813	385 217	906 773	1 042 275	724 111	913 610	2 428 472	6 647 271
ALD	6 390	17 422	90 587	335 908	397 145	591 829	1 527 545	2 966 826
%	2,6%	4,5%	10%	32,2%	54,8%	64,7%	62,9%	44,6%

On voit que le taux de patients bénéficiant d'une ALD dans la population ayant eu au moins une visite à domicile en 2016 est supérieur au taux de patients ALD dans la population globale.

- Genre :

62 % des patients visités sont des femmes. Les femmes à partir de 15 ans sont plus visitées que les hommes (Figure 9).

Par tranche d'âge, répartition par genre du nombre de patients ayant des visites (2016)

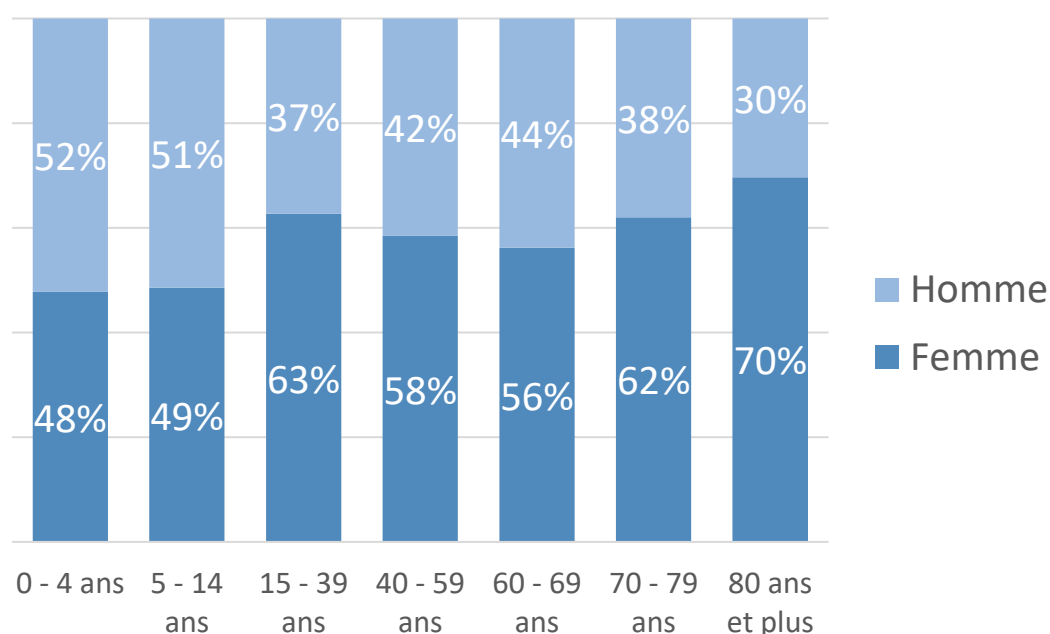


Figure 9 : Répartition par sexe du nombre de patients ayant reçu des visites en 2016

Au total, la tranche de population présentant le plus grand nombre de patients visités est celle des femmes de plus de 80 ans, bénéficiant d'une ALD, soit 15,6 % des patients visités.

Pour la tranche d'âge des plus de 80 ans, la répartition en faveur de femmes s'explique aussi par le fait que la population féminine y est plus importante.

5.2 Nombre de visites

D'après le quatrième recueil de données traité dans cette partie, en France, en 2016, il y a eu 24,6 millions de visites : 22,7 millions effectuées par les médecins généralistes sans mode d'exercice particulier et 1,8 fait par les MEP.

Ceci correspond au même pourcentage de visites par rapport aux actes totaux que dans le premier recueil de données : 8,7 % (V/C+V). L'analyse du nombre de visites nous permet de confirmer le profil de la population visitée et de rendre compte de la globalité des actes qui touche un individu de la population visitée.

- Age et ALD

Sur un total de 24,6 millions, il y a eu 16,4 millions de visites chez les patients ALD, soit 66,7 % du nombre total de visites ; alors que ces patients représentent 44,6% du nombre de patient visités. Les patients en ALD ayant plus de 80 ans ont eu 10,3 millions de visites, soit 42% du nombre total de visites.

Voici le tableau représentant le nombre de visites en fonction de l'âge et du statut ALD :

Tableau 14 : Nombre de visites en fonction de l'âge et du statut ALD.

Tranche d'âge	0-4 ans	5- 14 ans	15-39 ans	40-59 ans	60- 69 ans	70-79 ans	80 ans et +	Total
Nombre de visites	385 458	556 703	1 460 472	2 473 713	2 338 768	3 706 002	13 688 898	24 610 014
ALD	12 361	32 825	241 566	1 252 436	1 685 707	2 879 539	10 315 626	16 420 060
NON ALD	373 097	523 878	1 218 906	1 221 277	653 061	826 463	3 373 272	8 189 954
% ALD	3,2%	5,9%	16,5%	50,6%	72%	77,7%	75,3%	66,7%

A partir de ces données, nous avons construit un graphique (Figure 10) illustrant le pourcentage que représente chaque tranche d'âge selon ALD parmi le nombre total de visites pratiquées par les médecins généralistes en 2016.

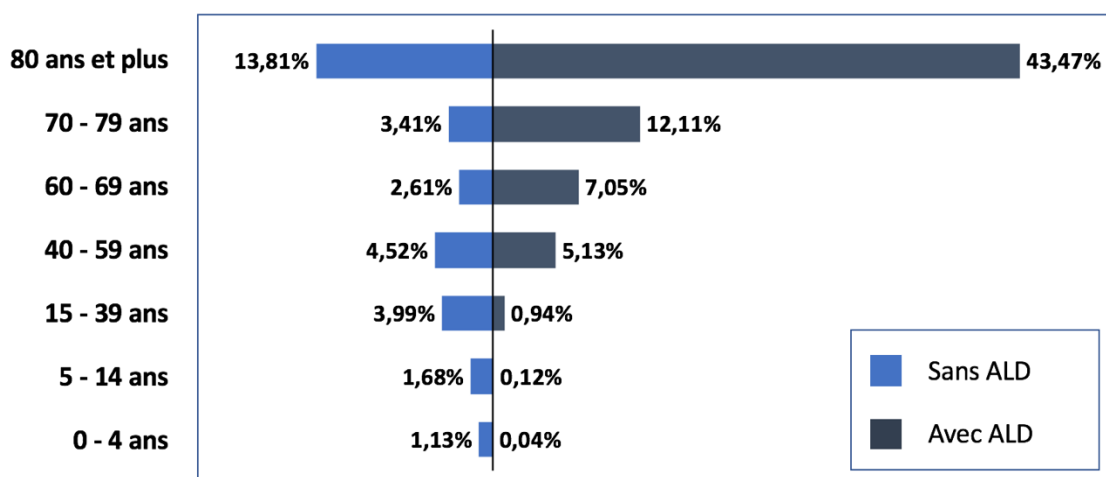


Figure 10 : Répartitions des visites selon ALD par tranche d'âge en 2016

A partir de la lecture du Tableau 14 et de la Figure 10, on observe que le nombre de visites augmente avec l'âge et qu'à partir de 40 ans la proportion de visites en ALD est plus importante que la proportion de visites sans ALD.

De plus, en rapprochant les données sur le nombre de patients visites et les données sur le nombre de visites, on peut obtenir le ratio visites par patient visité. En analysant ce ratio selon ALD, celui-ci est plus important chez les patients avec une ALD à tout âge de la vie (Figure 11).

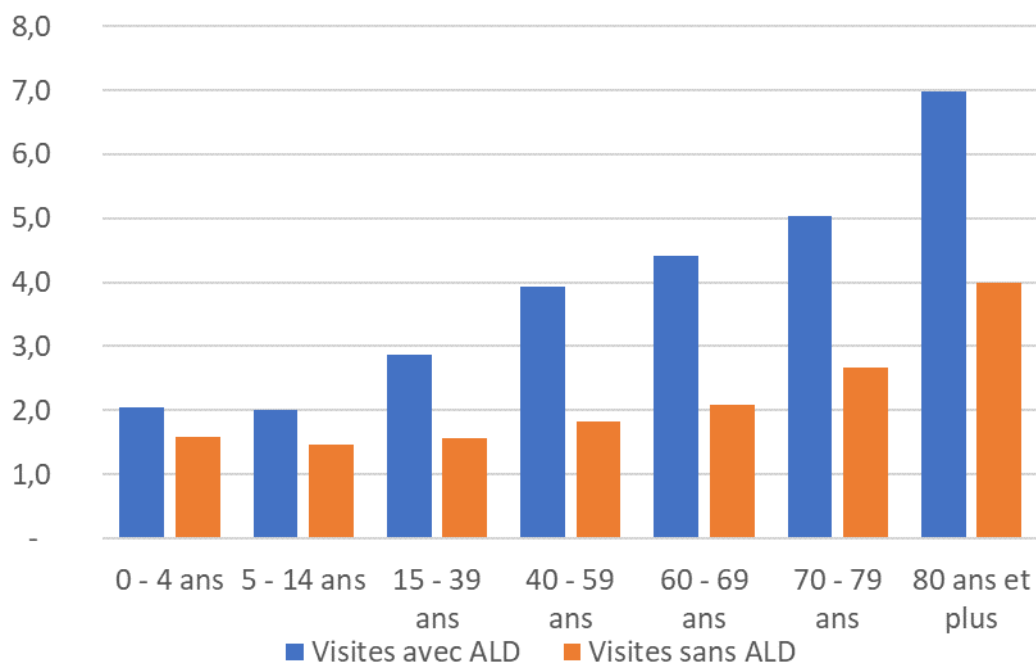


Figure 11 : Nombre de visites par patient visité selon statut ALD par tranche d'âge en 2016.

D'autre part, le nombre de visites par patient visité augmente avec l'âge chez les ALD et non ALD.

- Zoom sur la population des seniors

Nous avons décidé de nous pencher plus précisément sur la population âgée française. Nous avons montré précédemment que les départements présentant une population âgée majoritaire sont ceux comprenant le plus de visites et inversement.

De plus, en analysant la répartition de la population française par tranche d'âge en 2016 (Figure 12), on observe que 1/7 de la population a plus de 70 ans.

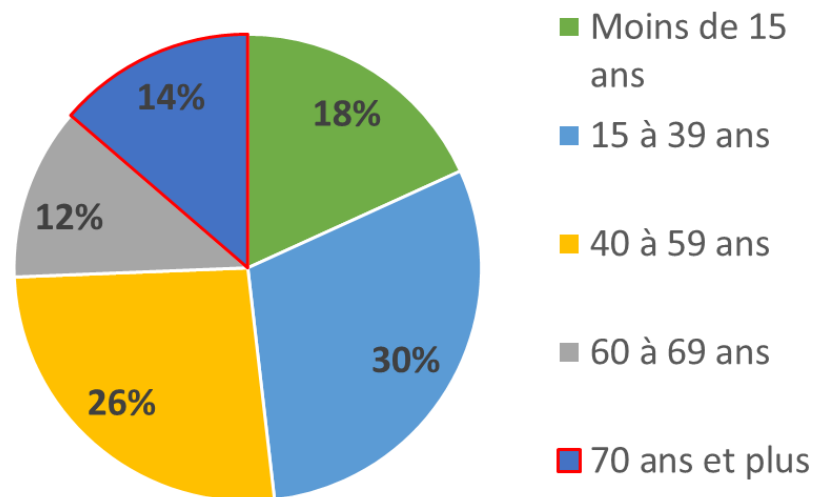


Figure 12 : Répartition de la population française par tranche d'âge en 2016

Concernant la répartition des visites en France en 2016 en fonction de l'âge (Figure 13), celle-ci est inverse par rapport à la population française : la population de plus de 70 ans, qui représente 1/7 de la population française, concentre 3/4 des visites.

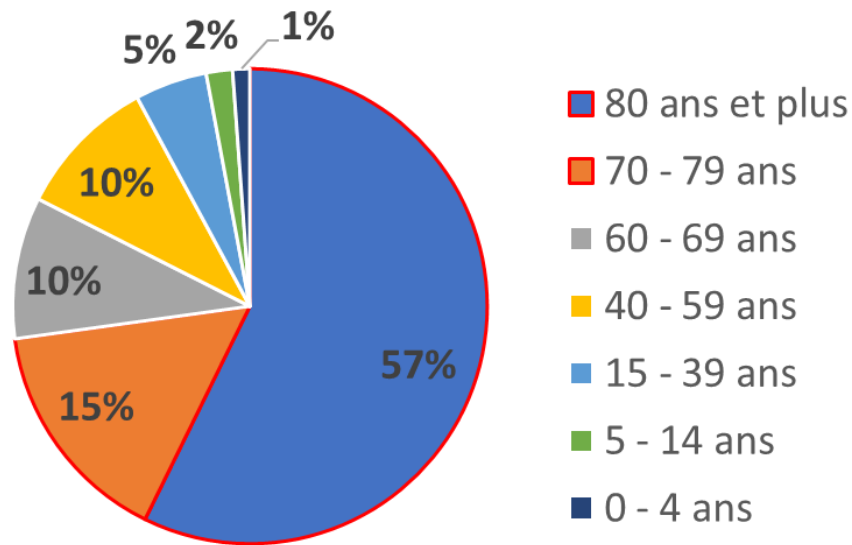


Figure 13 : Répartitions du nombre de visite par tranche d'âge en 2016

Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans cette population de plus de 80 ans, les patients avec ALD voient (visites et consultations), de façon prévisible, plus de MG (20,2 millions contre 18,2 millions pour les sans ALD) ; en revanche, ces mêmes patients sont significativement plus visités que les patients sans ALD (49 % contre 17 %) (Figure 14).

Répartitions des actes selon ALD pour les patients de plus de 80 ans (2016)

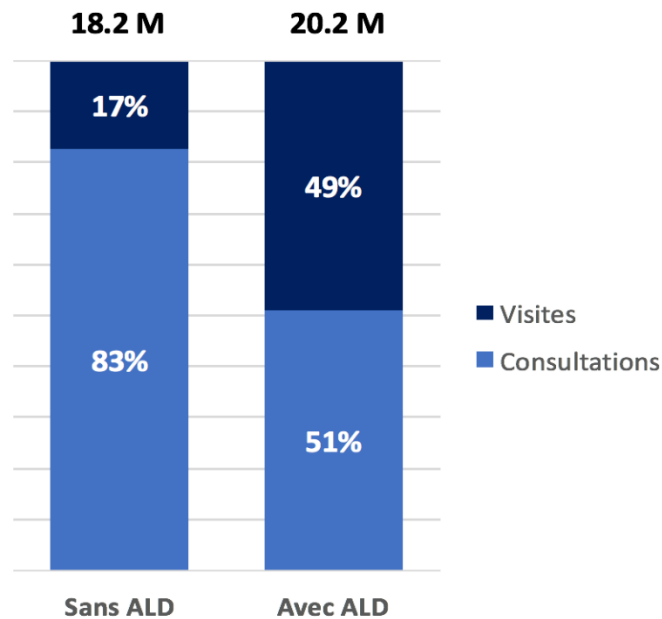


Figure 14 : Répartition des actes selon ALD pour les patients de plus de 80 ans en 2016

Il n'est pas surprenant que l'âge soit un facteur important sur le nombre visites ; les patients âgés sont de plus, les premiers concernés par l'AcBUS de 2002.

- Genre :

Si on rajoute le critère genre, on observe qu'à partir de 15 ans le nombre de visites est plus important dans la population féminine.

Si on affine le critère d'âge, les femmes de plus de 80 ans, en régime ALD, sont celles qui bénéficient du plus grand nombre de visites pour une patiente donnée ; le total des visites de cette catégorie représente 30 % de toutes les visites. Cette même catégorie compte le plus grand nombre de patients visités, soit 7,3 visites par an et par patiente en 2016. Pour apprécier ce résultat, il faut rappeler que cette tranche d'âge n'est pas limitée par rapport aux autres (« 80 ans et plus ») et qu'elle compte plus de femmes que d'hommes.

Au total, on observe donc que trois facteurs principaux jouent sur le nombre de visites : l'âge, le statut ALD et le genre.

Concernant les visites qui pourraient paraître injustifiées :

- Il est difficile à partir des données fournies d'estimer un nombre de visites dites de confort, c'est-à-dire n'entrant pas dans les critères AcBUS.

Si on utilise le tableau du nombre de visites en fonction du sexe, de l'âge, du statut ALD on peut estimer un nombre de visites de complaisance :

- Il y a eu en 2016, 3 990 219 visites concernant des patients de 0 à 79 ans non ALD (mais 7 215 114 de visites ALD et non ALD) soit 16,2 % du nombre total des visites.

- Ces visites ont concerné 2,45 millions patients visités (ayant entre 0 et 79 ans et non ALD) soit 37 % des patients visités.

6. PDSA

La permanence des soins est organisée selon le cadre légal, entre différents acteurs : des régulateurs (le fameux 15), et des médecins généralistes libéraux volontaires pour recevoir dans leur cabinet ou effectuer des visites en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux (17).

La permanence des soins se divise en trois périodes, avec trois tarifs différents :

- Les visites du dimanche et jours fériés : 38 % des PDSA

- Les visites du samedi après-midi : 0,2 % des PDSA

- Les visites de nuit : 62 % des PDSA

Voici en nombre absolu les départements présentant le plus de PDSA :

1. La Gironde,
2. Les Bouches du Rhône,
3. Les Alpes maritimes,
4. Le bas Rhin,
5. Le Rhône,
6. Paris,
7. Seine-Saint-Denis
8. Le Nord
9. Haut de Garonne
10. Pyrénées Atlantiques

Ces départements contiennent les sept plus grandes métropoles françaises : Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille, Nice. On peut ajouter à cette liste les départements d'Outre-Mer suivant : la Martinique, la Guyane et la Guadeloupe.

Au total les visites effectuées lors de la PDSA représentent 8% du nombre de visites, 5% pour les visites de nuit.

Quatrième partie : Discussion

1. Force de l'étude

Une des forces de ce travail est due à la taille des différents échantillons : il s'agit de données exhaustives sur les médecins mais aussi l'échantillon des patients est très intéressant par sa taille et son découpage par catégories : sexe, âge, ALD.

2. Limite de l'étude

Cette étude comprend plusieurs limites.

Tout d'abord il existe un biais de recrutement. Les données ne concernent que les médecins actifs en spécialité de médecine générale. Par ailleurs, nous n'étions pas en possession des données sur les médecins avec activité mixte et les médecins retraités toujours en activité.

D'autre part, plusieurs limites viennent de la façon de formuler la requête dans le questionnaire. Tout d'abord, à la question « En France et par département, quel est le nombre de spécialistes en médecine généraliste faisant des visites ? », nous n'avons pas établi un nombre de visites minimum. Il suffit d'une seule visite annuelle à domicile réalisée en 2016 par un médecin pour apparaître dans les données transmises par l'assurance maladie. C'est sans doute pour cela que les pourcentages sur la part de médecins pratiquant des visites sont aussi importants. Par ailleurs, cela se répercute sur tous les résultats concernant le profil des médecins pratiquant des visites : l'âge, le sexe, la répartition secteur 1 et 2. Les réponses à ces questions sont ainsi plus une description des médecins généralistes actifs en 2016 en France que de ceux effectuant des visites.

En second lieu, à la question portant sur le nombre de visites par an et par médecin (moins de 50, entre 50 et 150 et plus de 150), nous aurions pu élaborer un découpage plus fin. En effet, les 150 visites par an ne correspondent « qu'à » quatre visites par semaine en moyenne, ce qui est finalement assez peu. Il aurait été intéressant d'avoir un découpage plus précis pour les 67 % des médecins de l'échantillon déclarant faire plus de 150 visites par an. En effet, ce seuil de 150 visites par an ne semble pas suffisamment représentatif pour analyser finement le profil des médecins en activité réalisant un grand nombre de visites à domicile.

Enfin il existe un biais d'interprétation des résultats lié à l'enquêtrice.

3. Évolutions des pratiques, nombre de visite à faire

Cette étude montre que le nombre de visites à domicile, et la proportion de visites sur le total des actes enregistrés est en baisse : 71 140 000 visites en 1997 contre 24 442 959 en 2016, soit trois fois moins de visites en 20 ans. Cependant, on constate aussi que cette tendance à la baisse semble stagner. Il apparaît qu'il existe un seuil minimum de visites à domicile, en deçà duquel il semble difficile de descendre (personnes âgées, visites postérieures à des actes chirurgicaux, etc.). En effet, lorsque l'on regarde plus précisément la typologie d'actes des visites à domicile, il s'agit de personnes âgées ou bénéficiant d'affections longues durées. De plus, à la lecture des résultats, il semble que les départements dans lesquels les taux de visites à domicile sont les plus élevés, sont ceux où la proportion de patients âgés est plus importante que la moyenne nationale. Or la population française vieillit : en 2060 l'INSEE prévoit qu'une personne française sur trois aura plus de 60 ans (38). On pourrait donc émettre l'hypothèse que le vieillissement de la population incitera les médecins à continuer à faire des visites à domicile dans les décennies à venir.

Quelles sont les autres raisons retrouvées dans la littérature expliquant la baisse des VAD ? Pour essayer de comprendre cette tendance autrement que par des données factuelles de la mutation de la médecine générale (baisse de la densité médicale, féminisation, augmentation transport, urgences), nous nous sommes penchés sur les travaux qui traitent de la question du ressenti des médecins pratiquant des visites à domicile.

En 2005, l'URML d'Ile-de-France, dans son enquête sur la justification de la visite à domicile, abordait le sujet du ressenti des médecins sur cette dernière. Pour 57 % des médecins interrogés, la visite à domicile est vécue comme étant une contrainte ; pour 49,2 % elle est une nécessité, et pour 35 % un devoir. La VAD est décrite comme étant plus sociale que médicale ; d'autre part, les conditions matérielles d'exercice y seraient plus mauvaises. De plus, 84,5 % des médecins estiment qu'elle n'est pas justement rémunérée. Les médecins interrogés désirent limiter l'accès de la visite uniquement aux patients en réelle nécessité, et instaurer des dissuasions financières pour ceux en abusant (5).

En 2017, Dufour AL traite dans sa thèse de la perception des visites à domicile au sein de la nouvelle génération de médecin. Il s'agit d'une étude qualitative, dont les résultats ont

été obtenus lors de groupes de travail interrogeant des médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans. 14 médecins ont été interrogés, majoritairement des femmes, dont la moyenne d'âge était de 35 ans (12). Cet échantillon de médecins reste modeste et n'est donc pas généralisable.

Néanmoins il ressort de cette thèse une volonté de la nouvelle génération de maîtriser les indications des visites à domicile et de les limiter aux personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, les visites sont chronophages (41 minutes pour une visite contre 19 minutes pour une consultation). En complément, cette nouvelle génération affiche la volonté de vouloir concilier davantage leur vie privée et leur vie professionnelle, et donc maîtriser leur temps de travail. De plus, ils reconnaissent que les visites à domicile ne sont pas assez rémunérées. En revanche, ils admettent qu'elles font partie intégrante de leur métier et s'inscrivent dans une démarche de continuité des soins.

Cette tendance affichée de la nouvelle génération à laisser plus de place à leur vie personnelle devrait se confirmer. En 2016 l'ARS (30), en Alsace, publie une enquête sur « les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale : enquête réalisée auprès des internes de médecine générale ». Cette étude montre que les facteurs personnels (familiaux, environnementaux, etc.) influent sur leur choix d'installation. Le milieu rural est notamment pointé du doigt par les internes, vu comme étant la source d'une charge de travail accrue.

Dans sa thèse publiée en 2017 (40), Kham AM étudie la perception des internes en Picardie sur la visite à domicile et sa place dans l'offre des soins. Pour les internes interrogés, la visite à domicile fait partie intégrante de l'activité du médecin généraliste et est source d'informations importantes sur le patient. Elles apparaissent donc nécessaires et indispensables. Les internes relèvent les mêmes inconvénients que ceux exprimés par leurs aînés. L'auteur conclue que les internes en médecine générale ont une vision plus restrictive des visites à domicile, ceci ayant pour cause leur conception de la pratique de la médecine générale. Ils souhaitent réserver, comme leurs aînés, cet acte uniquement aux cas médicalement justifiés.

Un inconvénient qui revient souvent dans ces travaux sur les visites à domicile est l'inconfort matériel : l'absence de dossier informatisé, un examen clinique sur le canapé, et en dehors du cabinet médical (21, 40).

Peut-on estimer un nombre de visites à faire ?

Si on prend le dernier recueil de données, qui concerne le profil des patients visités et le nombre de visites faites, on s'aperçoit qu'il y a 10,3 millions de visites faites pour les gens âgés (plus de 80 ans) et en ALD, soit 10,3 millions de visites à priori indispensables et en tout cas justifiées.

Pour autant on voit aussi que ces personnes peuvent bénéficier jusqu'à 7 visites par an et par personne, bien sûr il s'agit d'une moyenne mais on peut se demander si toutes ces visites pour un seul patient sont nécessaires ; mettre en place un relais avec une équipe paramédicale pluridisciplinaires, dont des infirmières en pratique avancés, avec la possibilité d'une télémédecine adaptée serait une piste intéressante afin de libérer du temps pour d'autres actes.

4. Qui doit en bénéficier ?

Les patients bénéficiant le plus de visites sont les femmes, âgées, avec ALD. Les départements présentant le plus de visites sont les départements avec la plus grande proportion de personnes âgées.

Ces résultats sont en accord avec la limitation des visites par l'accord AcBUS : « patient d'au moins 75 ans ayant une affection longue durée (ALD) 30 ou hors liste », soit 2,11 millions de patients visités en France en 2016 ; « pour des personnes âgées de plus de 80 ans » soit 2,4 millions de patients visités en 2016 ; « état sénile » « soins palliatifs ou état grabataire ».

Concernant leur médecin, une enquête de la DREES, s'intitulant « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile » (42), montre que 95 % des médecins interrogés déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante à domicile et 40 % au moins 20. 45 % des médecins hommes déclarent avoir au moins 20 de ce type de patients contre 22 % de médecins femmes, ce qui rappelle que les médecins plus âgés - qui ont une patientèle plus âgée également- sont majoritairement des hommes. Ces éléments sont confirmés par les relevés individuels d'activités et de prescriptions qui

indiquent que dans la patientèle des médecins hommes, 16 % ont plus de 70 ans contre 11 % chez leurs consœurs. Cette tendance est moins marquée chez les jeunes médecins. De plus, pour les médecins exerçant en zone rural, la probabilité est 2,2 fois plus importante de suivre une personne âgée dépendante à domicile.

Point positif à relever : pour les médecins et internes interrogés dans les thèses citées ci-dessus sur la perception des visites à domicile par les médecins généralistes, tous reconnaissent l'utilité des visites pour les patients âgés en perte d'autonomie. Même si tous relèvent également son caractère chronophage (40). D'autant que, nous l'avons vu, les départements avec le plus de visites à domicile sont également les départements avec la plus grande proportion de personne âgée. Enfin, de nombreuses études rapportent les bienfaits de la visite à domicile sur les personnes âgées.

On peut donc conclure que la population de personnes âgées, correspondante aux critères AcBUS, doit continuer à bénéficier des VAD. En revanche, les données de l'enquête et la littérature sur le sujet ne permettent pas d'analyser dans quelle mesure les autres VAD rentrent dans les différents critères AcBUS autre que ALD et plus de 75 ans ou personne âgée de plus de 80 ans.

5. Y-a-t-il des visites non justifiées ?

Il y a encore un certain nombre de visites qui, en première analyse, ne semblent pas rentrer dans les critères de visites à domicile. Il s'agit des patients non ALD, ayant l'âge d'être autonome et de se déplacer. Soit environ 2,45 millions de patients ou encore 3,9 millions de visites soit 16 % des visites.

En théorie, si le déplacement n'est pas justifié, le patient doit payer de sa poche la majoration déplacement. Cette approche peut surprendre : s'il y a vingt ans il était normal de voir le médecin chez soi pour toute pathologie, il apparaît que les mentalités ont depuis évolué.

Dans la thèse de Gauthier E, pour les médecins interrogés, l'éducation des populations sur les visites à domicile a contribué à une diminution de visites injustifiées (43). En revanche, pour les médecins interrogés dans la thèse de Viattel S, cette diminution des visites a été difficile à vivre pour leurs patients.

Pour les patients interrogés dans la thèse de Kham AM, ceux-ci jugent qu'ils doivent se déplacer s'ils sont en mesure de le faire. Ils sont pour la plupart compréhensifs de cette baisse du nombre de visites à domicile

On peut même aller plus loin dans la démarche : est-il justifié de rembourser la part « consultation » de la visite lorsque cette dernière n'est pas justifiée ? On peut penser que si les patients payaient entièrement leur visite à domicile lorsqu'elle n'est pas nécessaire, *de facto* ils se déplaceraient au cabinet, libérant du temps pour les visites vraiment nécessaires.

6. Qui fait les visites

Quasiment tous les médecins de notre étude ont fait au moins une visite en 2016. Cependant, si l'on découpe ce nombre de visites par an, on remarque que parmi ces 91 % de médecins ayant fait au moins une visite, 65 % d'entre eux en réalisent plus de 150 visites par an. Soit au moins 4 par semaines, c'est-à-dire environ une demi-journée hebdomadaire.

Ce résultat n'est pas assez précis, en effet il aurait été intéressant d'avoir des chiffres sur le pourcentage de médecins qui font plus de 5 visites par semaine, et dans cette population connaître leur âge, leur ancienneté d'installation, leur sexe et leur secteur. Une enquête en Ile-de-France datée de 2017 (4) indique une moyenne de 9 visites par semaine dans un échantillon qui comprend 59 % de praticiens masculins, avec une moyenne d'âge de 57 ans et pour moitié (51 %), une installation datant d'avant 1990.

L'INSEE réalise tous les trois ans pour le compte de la DREES un appariement de deux fichiers administratifs : l'un porte sur l'activité des professionnels de santé libéraux et est géré par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et l'autre porte sur les déclarations d'imposition des revenus des particuliers et est géré par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Dans un article de 2016 de la DREES ayant pour source l'INSEE, il est indiqué que le pourcentage des visites parmi les consultations est de 10 %, avec des disparités importantes. 8 % des médecins n'effectueraient pas de visite, 20 % en ferait moins de 2 % et 14 % plus de 20 %.

Parmi les médecins effectuant moins de 2 % de visites dans tous leurs actes à l'année, 47 % sont des femmes. Or dans la population des médecins généralistes travaillant en libéral, on compte seulement 37 % de femme (26) ; 36 % ont moins de 50 ans, contre 32 % de

l'ensemble homme-femme. Par ailleurs, les femmes exercent nettement plus souvent au sein d'un grand pôle urbain (85 % versus 67 % pour les hommes). Les médecins effectuant moins de 2 % des visites ont une activité totale plus faible que la moyenne des généralistes. Enfin, ils se caractérisent par une forte proportion de médecins ayant déclaré un mode d'exercice particulier (MEP) à l'Assurance Maladie et de médecins conventionnés en secteur 2. Au contraire, chez les médecins effectuant plus de 20 % de visite dans leurs actes, on retrouve une population plus âgée, les femmes ne représentant que 12 %. Par ailleurs ils appartiennent moins au secteur 2 et, parmi eux, il y a moins de médecins en pôle urbain. De plus ils comptent davantage de patients âgés dans leur patientèle (23 % vs 19 %).

7. Utilisation de la nomenclature - revalorisation

On remarque dans cette enquête que les majorations sont peu utilisées. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela.

Tout d'abord, des mises à jour récentes de ces majorations postérieures à 2016 ont été faites. Si la majoration VL existe depuis 2012, avant 2017 elle n'était permise qu'une seule fois pour un patient et était moins intéressante financièrement (56 euros vs 70). En 2016, 347 260 patients sont en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences ; 125 380 pour Parkinson ; 85 240 pour sclérose en plaques. Donc environ 5 % des patients en ALD peuvent bénéficier de cette cotation (44). Or en 2016 la VL représente 0,18 % des visites faites par les médecins généralistes.

D'autre part ; les visites en urgence représentent 1,8 % des visites ; leur faible nombre peut être justifié par le fait qu'elles sont non programmées et donc difficiles à concilier avec l'emploi du temps d'un médecin. De plus, l'association « SOS médecin » est de plus en plus connue par la population, largement relayée par les médias, et est souvent devenue un premier recours en urgence. En 2016, ces médecins ont effectué 2,4 millions de visites à domicile (pour 24,6 millions de visites à domicile au total en France en 2016).

On aurait pu penser qu'il y aurait moins de VMU dans les grosses agglomérations, avec plus de structures d'urgence à proximité mais aucune corrélation ne semble évidente.

Au-delà des majorations, quid des revalorisations financières de la visite à domicile ? Dans les travaux qualitatifs sur la perception des VAD par les médecins ou les internes, le coût

de la VAD est toujours évoqué et majoritairement de façon négative. En 2018 deux syndicats de médecins généralistes militent pour une visite à 70 euros chez tous les patients en ALD. Mais les nouvelles majorations évoquées ci-dessus ne concernent que certaines situations et pathologies. Cependant, on observe néanmoins que ces cotations sont sous-utilisées par les médecins.

Concernant les PDSA elles sont surtout utilisées dans les grandes agglomérations.

Pour essayer d'expliquer ces résultats, rappelons ce qu'est la PDSA et dans quel cadre elle rentre. Jusqu'en 2002, la PDSA était dépourvue de cadre juridique et organisée par la profession elle-même. Le 22 janvier 2003, une réforme menée par le Sénateur Descours définit la permanence de soins comme « *une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant* » (45).

Le décret du 15 septembre 2003 et l'arrêté ministériel du 12 décembre 2003 fixent les modalités d'organisation de la permanence des soins : « *La permanence de soins couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h tous les jours ouvrés, les dimanches et jours fériés, et éventuellement le samedi après-midi* ». Une sectorisation est arrêtée, sous la responsabilité du préfet et du CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires), afin d'améliorer l'organisation de la permanence de soins (46).

Chaque département est ainsi divisé en secteurs, dont le nombre et les limites sont fixés en fonction des données géographiques, des données démographiques mais également du nombre de médecins qui participent au PDSA. Ceci peut ainsi expliquer pourquoi la PDSA est prédominant dans les sept plus grandes agglomérations françaises. Par ailleurs, la PDSA est basée sur le volontariat des médecins.

La loi HPST s'est fixée comme ambition de concilier la proximité de la délivrance des soins et la maîtrise de leurs coûts : « *La réforme de la PDSA vise à garantir l'accès de l'ensemble de la population à la permanence des soins en médecine générale, tout en maîtrisant son coût* ». L'accès au médecin de la permanence de soins par un individu fait l'objet d'une régulation

préalable organisée par le service médical d'urgence : c'est le numéro 15, à présent bien connu de chacun (47).

8. Quel avenir pour la visite à domicile ?

Comme nous l'avons vu dans ce travail, la visite à domicile est un problème actuel de santé publique. Plusieurs points ont été abordés au congrès de médecine générale en avril 2018. Ces derniers recourent ceux évoqués plus haut et ont été soulevés par les différents intervenants et par le public en présence :

- Les visites à domiciles sont un enjeu de santé publique ;
- Une valorisation des visites à domicile pourrait permettre aux médecins généralistes de s'y consacrer davantage, car certains s'en détournent par manque de reconnaissance ;
- Il existe plusieurs raisons à la baisse continue des VAD : un pays avec un taux de fécondité important ; une hausse de l'espérance de vie ; une démographie médicale en baisse avec un basculement vers l'hospitalier. Par ailleurs, on assiste à un changement sociétal : moins de temps est consacré au travail, et il y a plus de médecins en temps partiel. De plus les VAD sont non intéressantes financièrement et présentent des soucis organisationnels : pour voir plus de patients, il est nécessaire d'organiser son temps de travail et le temps en visite est plus aléatoire.
- Une disparité régionale, déjà ancienne, non expliquée totalement par des critères médicaux.
- Les visites justifiées sont prises en charge par la collectivité
- Les visites longues dans le cadre du plan Alzheimer sont les visites justifiées par excellence ; il s'agit de l'acte clinique le mieux rémunéré, mais peu utilisé encore d'où le problème de l'extension de cette VL.
- Les inconvénients de la visite à domicile sont : le temps limité du médecin, l'équipement, le dossier, l'installation, la régulation (secrétariat). Les avantages sont : l'observance médicamenteuse, l'hospitalisation évitable (les six premières heures aux urgences coûtent environs 200 euros en moyenne), l'interdisciplinarité, le coût de transport médicalisé.

Les différents points soulevés lors de ce débat soulignent bien la complexité du sujet : d'un côté certaines VAD restent indispensables et leur besoin va sûrement augmenter au vu

de la démographie française ; d 'un autre côté, elles sont chronophages, inconfortables et non rentables. Comment alors améliorer l'attractivité des visites à notre échelle ? Quelles sont les pistes d'évolution pour l'avenir ?

8.1 Rétablir la visite au sein de l'enseignement car il s'agit d'une des missions des MG

Au Canada, dans l'espoir d'augmenter l'appétence pour les visites à domicile des étudiants en médecine générale, un programme d'entraînement spécifique à la visite à domicile a été institué. Celui-ci a eu lieu dans un centre d'enseignement à Toronto ; 85 % des patients en ont bénéficié. Sur sept ans les résultats sont les suivant : l'intention des étudiants de faire des visites à domicile dans leur pratique n'a pas augmenté ; en revanche leur confiance en eux dans la pratique des visites a augmenté. 43 % des étudiants indiquent avoir l'intention de pratiquer des visites à domicile dans leur activité future (48).

Dans la thèse (49) « Apprentissage de la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée » de Pompey D, la perception des visites par les internes rejoint les perceptions évoquées plus haut. La formation à la visite à domicile était logiquement menée sous la conduite d'un maître de stage, mais la plupart des internes sentaient un sous-investissement de leurs enseignants. Le manque de formation théorique a été régulièrement mis en avant par les internes.

Dans l'article « Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse », les auteurs insistent sur l'intérêt de l'apprentissage des VAD au cours du cursus étudiant. A travers une revue de la littérature, ils montrent que la pratique des visites à domicile par les étudiants augmente leur motivation et leur envie d'en pratiquer plus tard. Selon eux, des programmes d'apprentissage de la VAD devraient être développés afin de lutter contre la diminution des visites à domicile. (50)

8.2 Délégation de soins et infirmières de pratique avancées

Une piste de plus en plus souvent évoquée pour lutter contre « les déserts médicaux » et le manque de VAD, est la délégation de certaines tâches à des infirmières en pratiques avancées (51). Leur développement a été marqué par la volonté des gouvernements de répondre à la demande de soins de la population, dans un contexte d'accès limité aux

médecins. Par la délégation de certaines tâches, un médecin transfère des actes techniques ou cliniques mais il en garde la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique.

D'une portée plus importante, des protocoles de coopération autonomisant l'auxiliaire médicale ont été expérimentés, en lui conférant juridiquement la possibilité de pratiquer sous sa propre responsabilité certains actes. Après plusieurs études menées entre 2004 et 2006, ils ont été institués par l'article 51 de la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009. L'exemple le plus connu reste le suivi global de patients chroniques par les infirmières, dans le cadre de l'Association de santé libérale en équipe (ASALEE).

L'Ordre National des Infirmiers propose la définition suivante : « L'infirmière de pratique avancée, est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes. L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes. »

En 2010 l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques publie un rapport « Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés » (52). Cette étude analyse le développement des pratiques infirmières avancées dans 12 pays (Australie, Belgique, Canada, Chypre, États-Unis, Finlande, France, Irlande, Japon, Pologne, République Tchèque, et Royaume-Uni), avec pour objectif d'analyser ce qui a motivé leur développement, de faire un point d'étape, et de dresser le bilan de ce qui a facilité ou non celui-ci. Enfin, elle évalue l'impact de la pratique infirmière avancée.

Cette étude recense plusieurs raisons au développement des IPA :

- Répondre à la pénurie de médecin ;
- Répondre à l'évolution de la demande des soins et promouvoir la qualité des soins ;
- Répondre à l'augmentation des coûts de la santé ;
- Améliorer les perspectives de carrières des infirmières.

Pour ce qui est du développement, il apparaît que la France est plutôt en retard par rapport à des pays comme le Canada ou les États-Unis dans le développement des infirmières en pratiques avancées et de leur encadrement juridique.

Dans les pays Anglo-Saxons, on retrouve deux profils d'infirmières en pratique avancée :

- « Nurse practitioners » : infirmière praticienne définie comme une infirmière qui exerce généralement dans les soins primaires, et fournit un ensemble de services qui, autrement, relèveraient de l'activité des médecins. Par exemple, être le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure, assurer le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, prescrire des médicaments ou des tests. Dans une grande mesure, cela implique une substitution des infirmières aux médecins pour certaines tâches, principalement dans le but de soulager l'emploi du temps des médecins, d'améliorer l'accès aux soins et sans doute aussi de réduire les coûts de santé. Ce sont celles qui se rapprochent le plus de nos IPA.
- Les autres sont « des infirmières cliniciennes spécialisées » travaillant dans des hôpitaux.

Les États-Unis et le Canada avaient déjà établi la catégorie des « infirmières praticiennes » au milieu de la décennie 1960, initialement pour fournir des soins primaires aux habitants des zones rurales ou reculées peu servies par les médecins. Aux États-Unis, les infirmières praticiennes représentaient respectivement 6,5 % du nombre total des infirmières autorisées en 2008. Au Canada, cette proportion est beaucoup plus faible : en 2008, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées représentaient seulement 0.6 % des infirmières autorisées, bien que leurs effectifs aient augmenté ces dernières années. Dans ces deux pays le niveau Master est aussi requis pour cette qualification.

Au Royaume-Uni le développement des IPA remonte aux années 1970. Il est plus récent en Australie et en Irlande mais leur politique est maintenant plus activement en faveur de leur développement. En Belgique, en France, au Japon, en Pologne et en République Tchèque, la reconnaissance officielle des pratiques infirmières avancées n'en est pour le moment qu'à ses débuts.

Dans ce rapport sont aussi mentionnées les évaluations de la pratique infirmière avancée. Elles montrent que le recours aux infirmier(e)s en pratique avancée peut améliorer

l'accès aux services et réduire les temps d'attente pour l'ensemble des services qu'ils fournissent. Elles montrent aussi que les infirmier(e)s en pratique avancée sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services qui leur sont transférés dès lors qu'ils ont reçu une formation appropriée (par exemple, le suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, le premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure). La plupart des évaluations constatent un haut taux de satisfaction des patients pour les services fournis par les infirmiers(e) en pratique avancée, souvent supérieur au taux de satisfaction enregistré pour les services similaires fournis par les médecins. Des études plus récentes vont également dans ce sens (53, 54).

En France, en juillet 2018, soit deux années après la création du statut d'infirmier en pratique avancée, deux décrets et trois arrêts spécifient à présent et encadrent réglementairement l'exercice d'infirmier en pratique avancée (55, 56, 57, 58, 59).

Concernant les visites à domicile, ce nouveau statut pourrait améliorer la qualité de ces dernières, et permettre à plus de patients dans le besoin d'y avoir accès. On peut imaginer que le médecin serait en mesure d'espacer ses visites pour certains patients, avec un relais transmis à des infirmiers experts pratiquant des visites.

9. Autres pistes

Faire venir les patients aux cabinets :

Il existe plusieurs moyens de faire venir le patient au cabinet, ce qui pourrait permettre au médecin d'espacer ses visites pour un patient donné :

- VSL : il existe un cadre légal pour faire venir le patient au cabinet mais c'est au médecin de décider ce qui est le mieux pour son patient. Les conditions sont assez semblables aux visites à domicile : patient en ALD, manque d'autonomie.
- Dans certaines agglomérations il existe des initiatives locales pour le transport des patients, on pourrait imaginer des services municipaux de transport de patients, moins chers que des transports médicaux pour les patients âgés n'ayant pas de moyen de locomotion personnel, ou encore des associations reposant sur la solidarité entre concitoyens.

Définir une pratique adaptée aux VAD et à ses bénéficiaires pour la télémédecine :

- Des initiatives adaptées aux patients âgés nécessitant une VAD se mettent en place mettant par exemple en contact un infirmier à domicile, équipé de matériel connecté, avec un médecin à distance.

Conclusion

Quatorze ans après la mise en œuvre de l'AcBUS, la France demeure un pays où la pratique de la VAD reste ancrée dans les mœurs, puisqu'elle représente 9% des actes des médecins généralistes. Contrairement à une idée répandue, la plupart des médecins réalisent encore majoritairement des visites à domicile : 96% des médecins généralistes ont effectué au moins une visite en 2016, et 67% d'entre eux en ont fait en moyenne 4 par semaine. Ces visites ciblent les patients des accords de 2002 : les personnes âgées, dépendantes, fragiles. En France en 2016, 2,4 millions de patients de plus de 80 ans ont été vus à leur domicile, soit 37 % des patients visités ; 57 % du nombre total des visites ont concernés cette population. Ces chiffres peuvent être vus de façon positive. Cependant, on peut d'ores et déjà prédire que le besoin de visites à domicile de la population française va augmenter dans les prochaines années.

Plusieurs facteurs conjugués expliquent cette dynamique. En premier lieu, le facteur démographique : la population française vieillit, et avec elle, la population médicale dont le nombre de médecins généralistes diminue, notamment ceux exerçant en libéral. Cette baisse de médecins disponibles pour du premier recours contribue au fait que les structures d'urgences sont sollicitées par des patients qui devraient être vu en ville, chez eux ou dans leur maison de retraite. Ensuite, l'existence de facteurs liés à la politique de santé française : le fameux virage ambulatoire plébiscité par les politiques et les hôpitaux depuis les années 2000 concerne de plus en plus d'hospitalisation de chirurgie mais aussi de médecine, avec des patients qui se retrouvent chez eux avec des besoins d'un suivi médical soutenu pendant une certaine durée, notamment à domicile. En complément, il ressort également une réelle amertume des médecins généralistes quant à la pratique de la visite à domicile, dominée en premier lieux par le manque de rentabilité de cette dernière : la rémunération est jugée trop faible par rapport à la conjugaison de la durée de la consultation et du transport inhérent à ces visites à domicile.

Devant ces différents constats, il paraît indispensable de recentrer l'énergie des médecins généralistes sur les visites nécessaires. Plusieurs pistes pourraient être envisagées : pénaliser par un remboursement moindre les patients qui ont recours aux visites de façon

abusive, mais surtout revaloriser l'acte de la visite afin d'augmenter son attractivité aux yeux des médecins généralistes.

Malgré les difficultés, les contraintes, et les réticences à la visite à domicile, cette dernière garde une place unique et reste à de nombreux points de vue essentielle, en particulier pour la prise en charge d'une population fragile. Nous devons donc trouver les moyens de lui rendre toute sa place et sa noblesse comme maillon du soin, insuffler une nouvelle motivation au corps médical, réussir une évolution de la visite avec l'investissement de toute l'équipe paramédicale au service du patient. Ceci doit être fait grâce à la mise en réseau des informations médicales pertinentes favorisée par l'usage des nouvelles technologies, avec l'objectif de maintenir au domicile, dans les meilleures conditions de soins et de santé et aussi longtemps qu'il est médicalement possible, une population dont c'est le souhait premier.

Bibliographie

1. Définitions : visite - Dictionnaire de français Larousse. [Internet]. Larousse.fr. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/visite/82210>
2. Référentiel professionnel du médecin généraliste, des compétences pour un métier. Conférence des présidents des Sections généralistes des UP régionales de médecins libéraux
3. WONCA ; LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE. [Internet] Disponible sur <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
4. Tonnelier, F. Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles. Les Tribunes de la santé. 2009 ; 23(2) :57-63.
5. Gibson WM, Campbell T. Nouveau regard sur la visite à domicile. Canada familiale physician. 1976.
6. URML ILE-DE-FRANCE. La visite à domicile chez les médecins franciliens. [Internet]. 2005. [cité 11 nov 2017]. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
7. République française. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins. JORF du 30 août 2002 page 14424 texte n° 23
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>
9. Elkan KD. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).2004.
10. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality – a randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatric. 2012 ;55 :639-44.
11. Liimatta H, Lampella C, Laitinen-Parkonnene D, Pitkala B. Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review. European Geriatric Medicine. 2016
12. DUFOUR AL. La visite à domicile : encore d'actualité ? Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes. [Thèse Méd]. Université de Lyon 1 ; 2017.
13. Poppelier A. Exercice de la médecine générale : approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. [Thèse Med]. Université de Poitiers ; 2010.

14. VIATTEL S. La visite à domicile : Perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. [Thèse Méd]. Université de Lorraine ; 2012.
15. Appel à témoignages. Visites à domicile : qu'est-ce qui coince ? Le généraliste. fr [Internet] disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/medecins-generalistes-a-vous-la-parole/article/2018/04/16/appel-a-temoignages-visites-a-domicile-quest-ce-qui-coince-_314469
16. JAKOUBOVITCH.S, BOURNOT.MC, CERCIER.E, TUFFREAU.F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES 2012
17. URPS ile de France. ENQUETE Le médecin libéral au domicile du patient : un enjeu de santé publique ? [Internet] [Cité 13 nov 2017]. Disponible sur : https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF__visites_a_domicile.pdf
18. BIGOT MORA. A. S'y rendre ou non ? Facteurs d'influence des visites à domicile : Étude qualitative basée sur 30 entretiens de médecins généralistes du Maine et Loire. [Thèse Méd]. Faculté d'Anger ;2013.
19. Consultation à 25 euros, peut-être visite à 56 : MG France persiste dans la transgression tarifaire. Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/04/02/consultation-25-euros-peut-etre-visite-56-mg-france-persiste-dans-la-transgression-tarifaire_749166
20. Consommation des soins médicaux 2017. INSEE. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340#tableau-Donnes>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418131>
21. DONTENVILLE E. La trousse du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ? [Thèse Méd]. Université Paris Diderot ; 2011.
22. PAPON.S, BEAUMEL.C. Bilan démographique 2017. INSEE. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173?sommaire=1912926>
23. BLANPAIN N, BUISSON G. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. INSEE ; 2016. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2496228/ip1619.pdf>
24. Prévalence des ALD. Ameli. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/pevalence-des-ald-en-2015.php>
25. DREES, INSEE. Projection des populations âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation. 2013 sept. (Solidarité Santé). Report No. 43.
26. Atlas de la démographie médicale 2016. [Internet]. [Cité 21 janv 2018]. Disponible sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf
27. GILBERG S. Justification de la visite à domicile en médecine générale. 2000

28. Actes lors des visites à domicile. [Internet]. Disponible sur : <http://nomenclature-medecingeneraliste.freesite.host/index.php/en-visite>
29. 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.
30. 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.
31. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians. Part 1: where we are now. *Can Fam Physician* 2013; 59:237-40 (ang), e120-4 (fr).
32. 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
33. 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.
34. Simon P, Acker D. Rapport La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. [Internet] [cité 18 aout 2018]. 2008. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
35. Articles R 6316-1 et suivants issus du décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1 du Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000022934381&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130217>
36. Carte des altitudes maximales de la France suivant la projection officielle Lambert-93. [Internet]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:France_map_Lambert-93-Maximum_altitude.svg
37. Estimation de la population au 1 er janvier 2018. Séries par région, département sexe et âge de 1975 à 2018. INSEE. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
38. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. INSEE ; 2016. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/2496228/ip1619.pdf>
39. Anselm M, Alidazu U. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale- Enquête auprès des internes en médecine générale [Internet]. ORS ALSACE- Observatoire régional de la santé. [Cité 2 juin 2018]. Disponible sur : http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/services/Devenirinternes_20140522.pdf

40. KHAM AM. LES VISITES À DOMICILE : Quelle place dans l'organisation des soins de demain Perception des internes en médecine générale et des patients picards. [Thèse Méd]. Université de Picardie ; 2017.
41. Les conditions de travail des généralistes. Portrait des professionnels de santé. [Internet]DREES. 2016. [cité 4nov 2018]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
42. Buyck, J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Études et Résultats DREES. 2014 fév ; n° 869.
43. GAUTIER E. La visite à domicile en médecine générale : opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. [Thèse Méd]. Université de Nantes ; 2012
44. Prévalence ALD en 2016 ameli.fr. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>
45. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins Remis. Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé. Le 22 janvier 2003. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
46. La permanence de soins en ambulatoire. [Internet]. Disponible sur : <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Notions-Cles/LapermanencedesSoinsAmbulatoirePDSA#H1LacrisedumodE8ledelapermanencedessoinsambulatoire28PDSA29>).
47. Décret n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. République Française. JO de la République Française 2009.
48. Sairenji T. Characteristics of Family Physicians who Provide Home Visits. 2015
49. POMPEY D. Apprentissage de la visite à domicile : quels enjeux pédagogiques en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. [Thèse Méd]. Université de Saint-Etienne ; 2010.
50. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 1874-8.
51. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Mandature 2015-2020 –LES DÉSERTS MÉDICAUX Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Mme Sylvie Castaigne et M. Yann Lasnier, rapporteur.e.s au nom de la commission
52. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. OECD- Organisation de Coopération et de Développement Économiques ; 2010 Disponible sur : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)5&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5&docLanguage=Fr)

53. Yao NA, Rose K, Lebaron V, Camacho F, Boling P. Increasing Role of Nurse Practitioners in House Call Programs. J Am Geriatr Soc. 2017 Apr; 65(4):847-852.
54. Masha G, Jones MD, Katherine A, Ornstein, David M, Skovran, NP, Theresa A, Soriano, MD, Linda V, Decherrie MD. Characterizing the High-Risk Homebound Patients in Need of Nurse Practitioner Co-Management.
55. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 18.
56. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique - JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 22.
57. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée - JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 42.
58. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée- JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 43.
59. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. JORF n°0164 du 19 juillet 2018 texte n° 21.

Annexe : Questionnaire

Objectifs du questionnaire :

- Faire un état des lieux des visites à domicile (VAD) effectués en France
- Identifier quel est le profil des assurés qui en en bénéficient
- Préciser le profil des médecins qui en pratiquent ou pas

Questionnaire :

Recueil des données : année 2016 et, si possible, 2017

Glossaire :

$V = \text{nombre de visite totale} = (VG + MD) + (VG + MSH + MD) + (VL + MD) + (VG + MIC + MD) + VMU + VG$

$VG = \text{visite}$

$MD = \text{majoration déplacement pour visite justifiée}$

$MSH = \text{visite post hospitalisation pour pathologie chronique}$

$VL = \text{visite longue, maladie neurodégénérative}$

$MIC = \text{visite post hospitalisation pour insuffisance cardiaque}$

$VMU = \text{visite en urgence}$

$C = \text{consultations}$

$\text{Acte} = V + C \text{ (à vérifier)}$

Première partie : Données relatives aux actes

1. Quel est le nombre de consultations (C) total sur toute la France (métropolitaine + DOM TOM) ?
 - a. En 2016
 - b. En 2017
2. Quel est le nombre de consultations (C) par département ?
 - a. En 2016
 - b. En 2017
3. Quel est le nombre de visites au total en France ?
 - a. En 2016
 - b. En 2017
4. Quelle est la répartition des visites par département ?
 - a. En 2016
 - b. En 2017
5. Quel est le % des visites par rapport à l'activité des médecins en France ($V / (V + C)$) ?
 - a. En 2016
 - b. En 2017
6. Quel est le % des visites par rapport à l'activité des médecins en France ($V / (V + C)$) par département ?

- a. En 2016
 - b. En 2017
7. Sur le total des visites en 2016 et 2017 :
- a. Nombre de **Visites dimanches et jours fériés** en France et par département
 - b. Nombre de Visites de nuit en France et par département
 - c. Nombre de V MU en France et par département
 - d. Nombre de VG + MSH en France et par département
 - e. Nombre de VG + MIC en France et par département
 - f. Nombre de de VL en France et par département
 - g. Nombres de visites avec majoration financé par réseau (soins palliatifs, etc)
 - h. Quelle est la part des visites à domicile non justifiées en France ? (Cotation VG seule sans MD : pas de remboursement du déplacement et par département ?

Profil des praticiens réalisant les visites à domicile

- 8. En France et par département, quelle est la densité médicale d'omnipraticiens et de spécialistes en médecine générale ?
 - 9. Nombre et % de MG réalisant des visites à domicile ? Spécialistes en MG et omnipraticiens
 - 10. Nombre et % de MG réalisant des visites à domicile ?
- Selon le sexe : H/F
 - Secteur 1, 2

Selon l'âge des médecins :

- 30 et 40 ans
 - 41 et 50 ans
 - 51 et 60 ans
 - 60 et 70 ans
- 11. % de médecins effectuant
 - a. 0 visites
 - b. Moins de 50 visites par an
 - c. Entre 50 et 150 visites par an

- d. Plus de 150 visites par an

Profil des patients bénéficiant des visites à domicile

- 12. Quel est la moyenne du nombre de visites par an et par habitant en France ?
- 13. Quel est le nombre de consultations par an par habitant en France ?
- 14. Quel est le nombre de visite par an pour les tranches d'âge suivantes des :
 - a. 0 - 4 ans
 - b. 5 - 14 ans
 - c. 15 – 39 ans
 - d. 40 – 59 ans
 - e. 60 – 79 ans
 - f. 80 et plus
- 15. Quel est le nombre de consultations par an pour les tranches d'âge suivantes :
 - a. 0 - 4 ans
 - b. 5 - 14 ans
 - c. 15 – 39 ans
 - d. 40 – 59 ans
 - e. 60 – 79 ans
 - f. 80 et plus
- 16. Quelle est la répartition entre hommes et femmes des visites à domicile ?
- 17. Quel est le nombre de patients bénéficiant d'une ALD en France ?
 - a. Combien de visites à domicile concernent des patients en ALD ?
 - b. Combien de consultations concernent des patients en ALD ?
- 18. Quelle est la répartition du nombre de visites à domicile par typologie d'ALD (ALD 1 à 30) ?
- 19. Combien de visites concernent des patients avec plus d'un ALD ?
- 20. Combien de visites concernent les personnes hors ALD, mais ayant subi une hospitalisation au cours de l'année ?
- 21. Combien de visites concernent les personnes hors ALD, et n'ayant pas subi une hospitalisation au cours de l'année ?
- 22. Combien de visite concernent des patients avec une couverture CMU ?
- 23. Combien de visites concernent des patients en HAD ?

Etat des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016.

Résumé :

La visite à domicile en médecine générale, tient une place importante dans les soins primaires. Elle fait partie intégrante du métier de médecin généraliste par son utilité dans la qualité de soin. Cependant, depuis 20 ans on observe une baisse d'intérêt pour sa pratique s'accompagnant d'une diminution de la proportion de visites parmi les actes des médecins. Si en 1980 les visites représentaient 38% des actes, en 2010 elles ne participaient plus qu'à 12% de ces derniers.

L'objectif de cette thèse est de faire le point sur le nombre de visites, les acteurs qui les pratiquent et ceux qui en bénéficient en France en 2016. Il s'agit d'une étude quantitative dont les données ont été fournies par l'Assurance Maladie et Offre de Soins en réponse à un questionnaire.

Les résultats confirment une baisse de visite à domicile par les médecins généralistes. Cependant ils montrent aussi que la majorité des médecins pratiquent encore des visites à domicile, à des différentes fréquences. Enfin la grande majorité des patients qui bénéficient de visites sont les personnes âgées, et dans cette population plus particulièrement les femmes en ALD (Affection de Longue durée).

Aujourd'hui l'évolution de la démographie ainsi que les politiques de santé avec notamment la mise en avant de l'ambulatoire devraient favoriser une stabilisation des visites à domicile. Cependant leur rémunération inadaptée et la charge de travail des médecins ne permettent pas d'enrayer leur déclin. Il faut réfléchir à des moyens de conserver les mesures qui restent indispensables dans le maintien des visites à domicile : prix adapté, délégation de tâches ou encore l'enseignement aux étudiants.

Mots clés

Visite à domicile, médecin généraliste, soins primaires.

Home visits by GPs – Status in France in 2016.

Abstract:

General practitioner home visits hold a key role in primary care. They are an integral part of that profession due to their importance to the quality of care. However, over the last 20 years, there has been a continuous decline in interest in this practice, manifesting itself in a decrease in home visits as a proportion of all general practitioners' acts. If, in 1980, visits accounted for 38% of the acts, that share had dropped to 12% by 2010.

The aim of this thesis is to analyse the number of visits, the actors who practice them and those who benefit from them in France in 2016. This is a quantitative study based on data was provided by the *Assurance Maladie et Offre de Soins* (the French Public Health Insurance) in response to a questionnaire.

The results confirm a decline in general practitioners' home visits. However, they also show that the majority of doctors still practice home visits, albeit with different frequencies. Finally, the vast majority of patients who receive visits are elderly, and within this population, women with an ALD (*Affection de Longue Durée* – long-term illness) specifically.

Today, demographic and health policy changes, including the development of ambulatory care, should drive the stabilisation of the share of home visits in general medicine acts. However, their inadequate remuneration and the workload of general practitioners contribute to their decline. We must think of ways to reinforce the measures that prove essential in keeping home visits available for patients that need them such as adapted reimbursement, delegation of tasks or adequate medical student education.

Keywords

house call, home visit home practice, Physicians, General Practitioner

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine - 75270 Paris cedex 06