

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 11 juillet 2018 à Poitiers  
par **Mustafa HEIRECHE**

Visite à domicile par les médecins généralistes  
de Poitiers et ses alentours

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

**Membres** : Monsieur le Professeur François BIRAULT  
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND  
Monsieur le Docteur Jean-Marie NG CHEONG VEE

**Directrice de thèse** : Madame le Docteur Véronique FAUGEROUX



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

### **Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### **Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

### **Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

### **Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale



# REMERCIEMENTS

---

## **À Monsieur le Professeur Roblot Pascal**

Vous, qui avez été là pour moi tout au long de mon internat, me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

## **À Messieurs les Professeurs Birault François et Ingrand Pierre**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

## **À Monsieur le Docteur Ng Cheong Vee Jean-Marie**

Tant d'histoires partagées et d'anecdotes à raconter ; mon internat et ma vie poitevine auraient été bien différents sans toi. Tu apportes du soleil dans le cœur de ceux qui t'entourent. Même si les années et les kilomètres nous ont éloignés, nos destins restent liés. La boucle est bouclée. C'est un honneur pour moi de te compter parmi les membres du jury de ma thèse.

Merci pour ton amitié indéfectible, mon ami mauricien.

## **À Madame le Docteur Faugeroux Véronique**

Vous m'avez accueilli dans votre cabinet et m'avez fait découvrir la médecine générale. Vous m'avez fait confiance lors de remplacements. J'ai beaucoup appris à vos côtés, tant professionnellement qu'humainement. Vous m'avez fait l'honneur de reprendre la direction de ma thèse. Les mots me manquent pour vous exprimer toute ma gratitude et mon plus profond respect.

Merci pour tout.

## **À mes paires**

- À tous les confrères qui ont contribué à la réalisation de ce travail, en répondant à mon enquête et en m'accordant un peu de leur précieux temps.
- À tous ceux qui ont croisé mon chemin durant mon internat, et qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui, qu'ils soient médecins, co-internes, infirmier(e)s, aide-soignant(e), secrétaires, patients...
- À mes directeurs de stage de MG1, Michel F. et Véronique F. (ma directrice de thèse), qui m'ont fait découvrir la médecine générale et m'ont tant appris.
- À mes directeurs de stage de SASPAS, Gilles G., Olivier K. et Jean-François M. Vous avez fait éclore en moi une véritable vocation pour la médecine générale. J'ai appris énormément grâce à vous, sur mon métier, mais aussi sur moi-même. Je vous en serais éternellement reconnaissant.

## **À mes amis**

- Au Dr Mourali Karim. Dans l'immobilier, on a coutume de dire que les 30 premières secondes d'une visite sont primordiales pour déclencher un coup de cœur... Tu as été mes 30 premières secondes dans "ma visite du monde médical". Tu m'as accueilli et pris sous ton aile alors que je n'étais qu'étudiant. Depuis on ne se quitte plus, liés par une passion commune. Merci pour tout.
- Au Dr Saleh Imane. Nos chemins se sont croisés à deux reprises au cours de mon internat. Depuis, tu n'es plus vraiment mon chef, mais tu es devenue une amie. Merci d'être toujours là pour moi.
- À tous les membres de la maison médicale Bel-Air de Carpentras : Sébastien, Philippe, Hélène, Patrice, Magali, Julie, Patricia, Lies, Lee-Ann, Jérémy, Mathieu, Claire, Christine, Corinne, Francis... Vous m'avez chaleureusement accueilli au sein de votre équipe. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Le destin nous a séparés, peut-être fera-t-il que l'on sera de nouveau réuni, un jour...
- À tous mes amis, ma seconde famille : Jérôme, Fanny, Saïd, Fiona, Adrien, Christelle, Romain, Laura, David, Audrey, Jérémy, Claire, Nicolas, Aurélie... Merci de me soutenir, de me supporter et de partager mes délires.

## **À Bastien**

Parce que tu n'es plus tout à fait un ami. Toi et ma charmante belle-sœur Lucie.

Fabriqués dans le même moule (qui a heureusement été détruit depuis), on a grandi ensemble depuis 30 ans. Tu as contribué à faire de moi l'homme que je suis aujourd'hui. Tu me soutiens systématiquement dans tout ce que j'entreprends. Merci pour être tout simplement toi, et pour être toujours là pour moi.

Je sais ce que tu vas me dire, mais je te le dis quand même : je t'aime mon frère.

## **À ma famille**

- À mon frère et mes sœurs : Sofiane, Saïda (et Yanis), Fouzia, Amel (et Lotfi et Sarah). Vous êtes ma plus grande force et ma plus grande fierté. Je vous aime.

- À mon père : tu as sacrifié ta vie et ta santé pour nous. J'échangerais sans hésiter tous les patients que j'ai soignés ainsi que ceux que je serai amené à soigner à l'avenir, pour ne soigner que toi. Je t'aime.

- À ma mère : les vrais super-héros n'ont ni cape, ni armure, ni bouclier. Tu as toujours fait passer tes enfants avant tout. Il n'existe pas de mot pour te témoigner tout l'amour et la reconnaissance que j'éprouve pour toi. Je t'aime.

On dit souvent que l'on choisit ses amis, pas sa famille. Si j'avais eu le choix, je n'aurais jamais pu espérer faire meilleur choix que vous.

## **À toi**

Toi que je ne connais peut-être pas encore. J'aurais tant aimé t'avoir à mes côtés durant ces années. Hâtes toi de me retrouver. Sans toi, je ne suis pas tout à fait moi...

*“ Il n’y a rien à la portée d’un homme, qui ne soit à la portée de tous les hommes...”*

# SOMMAIRE

---

LEXIQUE.....	6
INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODE.....	9
I.1. Type de l'étude.....	9
I.2. Elaboration du questionnaire.....	9
I.3. Population cible et recrutement.....	9
I.4. Particularité topographique.....	9
I.4.1. Poitiers et ses alentours.....	9
I.4.2. Avantages.....	9
I.5. Méthodologie de l'enquête.....	10
I.6. Recueil et analyse des données.....	10
RESULTATS.....	11
II.1. Population sondée.....	11
II.1.1. Sexe.....	11
II.1.2. Âge.....	11
II.1.3. Lieu d'exercice.....	12
II.1.4 Exclusion.....	13
II.2. Caractéristiques de la visite à domicile.....	13
II.2.1. Nombre de visite à domicile.....	13
II.2.2. Temps moyen consacré à une visite à domicile.....	14
II.2.3. Population de patients concernés par les visites à domicile.....	16
II.2.4. Motif de la visite à domicile.....	16
II.3. Opinion, ressenti et évolution possible.....	17
II.3.1. Opinion sur la visite à domicile.....	17
II.3.2. Conditions d'exercice.....	18
II.3.3. Evolution possible.....	18
DISCUSSION.....	19
III.1. Limites et points forts de l'étude.....	19



III.1.1. Méthodologie.....	19
III.1.2. Recrutement.....	19
III.1.3. Matériel.....	19
III.2. Résultats.....	19
III.2.1. Population de médecins généralistes.....	19
III.2.2. Caractéristiques de la visite à domicile.....	20
<i>III.2.2.a. Quantification.....</i>	20
<i>III.2.2.b. Durée de la visite à domicile.....</i>	20
III.2.3. Description des patients.....	20
III.2.4. Hospitalisation à domicile.....	21
III.2.5. Opinion sur la visite à domicile.....	21
III.3. Evolution possible.....	21
III.3.1. Tarification.....	21
III.3.2. Transport des patients.....	22
III.3.3. Poursuite des efforts.....	22
III.3.4. Délégation d'actes.....	22
CONCLUSION.....	24
BIBLIOGRAPHIE.....	25
ANNEXES.....	26
RESUME.....	36
SERMENT.....	37

# LEXIQUE

---

AcBUS = Accord de Bon Usage des Soins

ALD = Affection longue durée

CNAM = Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Cotations de la CNAM relatives à l'exercice de la médecine générale =

- C = Consultation
- V = Visite à domicile
- MD = Majoration Déplacement
- DE = Déplacement Exceptionnel
- IK = Indemnités kilométriques
- MSH = Majoration Sortie d'Hospitalisation
- MU = Majoration d'Urgence (obligeant le MG à quitter ses consultations)
- VL = Visite Longue

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

HAD = Hospitalisation à Domicile

IDE = Infirmièr(e) diplômé(e) d'état

MG = Médecin généraliste

NGAP = Nomenclature générale des actes professionnels

UNCAM = Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URML = Union Régionale des Médecins Libéraux

VAD = Visite à Domicile

# INTRODUCTION

---

Selon le code de la sécurité sociale, la visite à domicile (VAD) consiste en l'acte de se rendre au lieu où habite le patient, lorsque celui-ci ne peut se déplacer en raison de son état, afin d'y réaliser une consultation (1). Celle-ci ne doit pas fondamentalement différer d'une consultation réalisée au cabinet, en termes de contenu, de moyens et de pratique.

De plus, la VAD permet de recueillir des informations concernant le patient, son mode de vie, le contexte socio-économique, religieux et/ou familial, que seule l'intimité du foyer permet d'offrir.

Néanmoins, les conditions d'exercice s'avèrent être souvent difficiles et peu satisfaisantes, ne permettant pas une qualité de prestation clinique et technique équivalente à celles qu'offre une consultation au cabinet.

La VAD fait cependant partie intégrante du système de soins français et constitue un acte incontournable pour la médecine générale.

En effet, bien que plusieurs spécialités médicales peuvent effectuer la visite au domicile des patients, les médecins généralistes sont, et de loin, ceux qui l'utilisent le plus dans leur pratique quotidienne. Si bien que le nombre des VAD représentait 30 % du total des actes en médecine générale en 1990 (2).

Dans les années 2000, des réformes ont été initiées afin de réduire le déficit budgétaire des Caisses d'Assurance Maladie, notamment dans le secteur des soins de ville. Ainsi, en juin 2002, a été conclu un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) des visites à domicile (*annexe n°2*), entre d'une part la Confédération des Syndicats Médicaux Français et le Syndicat des Médecins Libéraux, et d'autre part l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (3,4).

Cet accord établit un référentiel d'aide, à la fois médical et environnemental, à la justification du déplacement du médecin généraliste au domicile du patient, en contrepartie d'une revalorisation des tarifs pour les médecins. L'objectif était de réduire de 5 % par an le nombre total de VAD.

Devant le succès de cette réforme, un nouvel objectif a été fixé en 2006, visant à réduire le nombre des VAD à moins de 10 % du total des actes en médecine générale (5).

Dans le contexte actuel de tension démographique médicale et de vieillissement de la population, il paraît nécessaire de poursuivre les efforts entrepris afin d'optimiser l'offre de

soins, notamment dans le secteur des soins de ville, et plus particulièrement concernant les VAD.

Qu'en est-il d'une ville comme Poitiers ?

L'objectif de cette étude est de réaliser une photographie de la pratique de la VAD par les médecins généralistes sur Poitiers et ses environs.

- Par qui et comment est pratiquée la visite à domicile ?
- Quel type de patient en bénéficie et pour quel motif ?
- Quel est le ressenti des médecins généralistes sur cette pratique et quelles en sont les perspectives d'évolution ?

# MATERIEL ET METHODE

---

## I.1. Type de l'étude :

Le but étant de dresser un état des lieux de la pratique de la VAD par les médecins généralistes de Poitiers et ses alentours, il a été mené une étude quantitative, sous la forme d'un questionnaire anonyme.

## I.2. Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire (*annexe n°1*) a été élaboré afin de répondre au mieux aux objectifs de l'étude. Il comprend 11 questions regroupées en 3 parties distinctes : la première afin d'identifier les médecins pratiquant la VAD, la deuxième afin de mieux cibler la population de patients concernés par les VAD ainsi que leurs motifs, et la troisième afin d'obtenir le ressenti des médecins généralistes sur ce mode d'exercice ainsi que sur ses évolutions possibles.

## I.3. Population cible et recrutement :

La population cible de l'étude a été définie comme étant celle des médecins généralistes installés, exerçant sur Poitiers et ses alentours. La base de données de l'annuaire en ligne des "Pages Jaunes" a été utilisée afin de procéder au recrutement des médecins installés. Un échantillon de 100 médecins généralistes a été sélectionné de manière aléatoire dans cette base de données.

64 questionnaires ont été retournés.

A été exclu de l'étude un médecin ayant bien renvoyé le questionnaire, mais ne pratiquant pas de VAD dans son exercice quotidien. L'analyse a donc été réalisée sur un total de 63 réponses.

## I.4. Particularité topographique :

### I.4.1. Poitiers et ses alentours :

La zone géographique de "Poitiers et ses alentours" a été définie comme correspondant à l'agglomération de Poitiers ainsi que toutes les villes et tous les villages dans un rayon de 50 km autour de Poitiers.

### I.4.2. Avantages :

La topographie particulière de la région de Poitiers permet d'identifier 3 zones distinctes sur des critères de densité démographique et de densité démographique médicale : zone urbaine, zone périurbaine et zone rurale. Cette répartition a été réalisée grâce aux données de l'INSEE

et de l'Atlas National de la démographie médicale fourni par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (6,7).

#### I.5. Méthodologie de l'enquête :

Le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes sélectionnés, par voie postale, au cours du premier trimestre 2015. Le pli comportait, en plus du questionnaire, une enveloppe pré-adressée et pré-timbrée afin de maximiser le taux de réponse.

Aucune relance n'a été réalisée.

#### I.6. Recueil et analyse des données :

Les données ont été regroupées par un collaborateur externe, afin de conserver l'anonymat des médecins sondés, en fonction de la localisation géographique en 3 catégories telles que définies précédemment (zone urbaine, périurbaine et rurale).

L'analyse des données a ensuite été réalisée manuellement, la quantité de matériel le permettant.

# RESULTATS

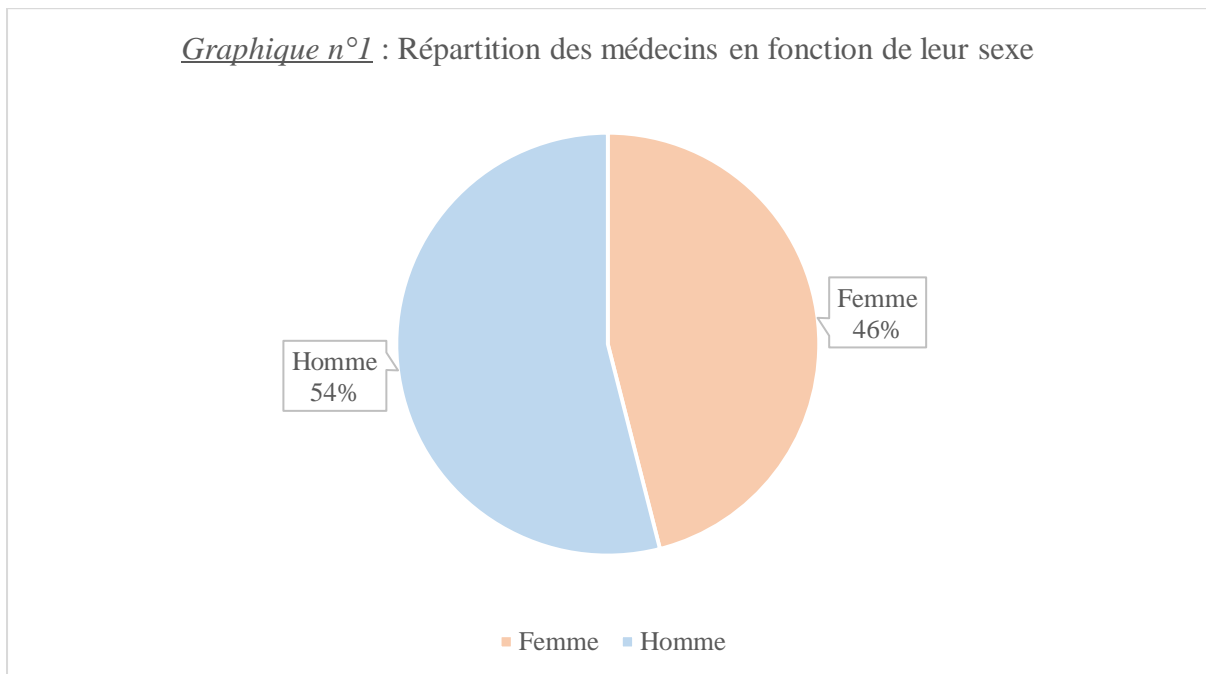
---

## II.1 Population sondée :

Le taux de réponses de l'étude a été de 64 % (64 questionnaires retournés sur un échantillon de 100 médecins). Un médecin a été exclu de l'étude, car il n'effectuait pas de VAD, portant le nombre de résultats analysés à 63.

### II.1.1. Sexe :

L'effectif des médecins interrogés se composait de 54 % d'hommes (34 hommes) contre 46 % de femmes (29 femmes).

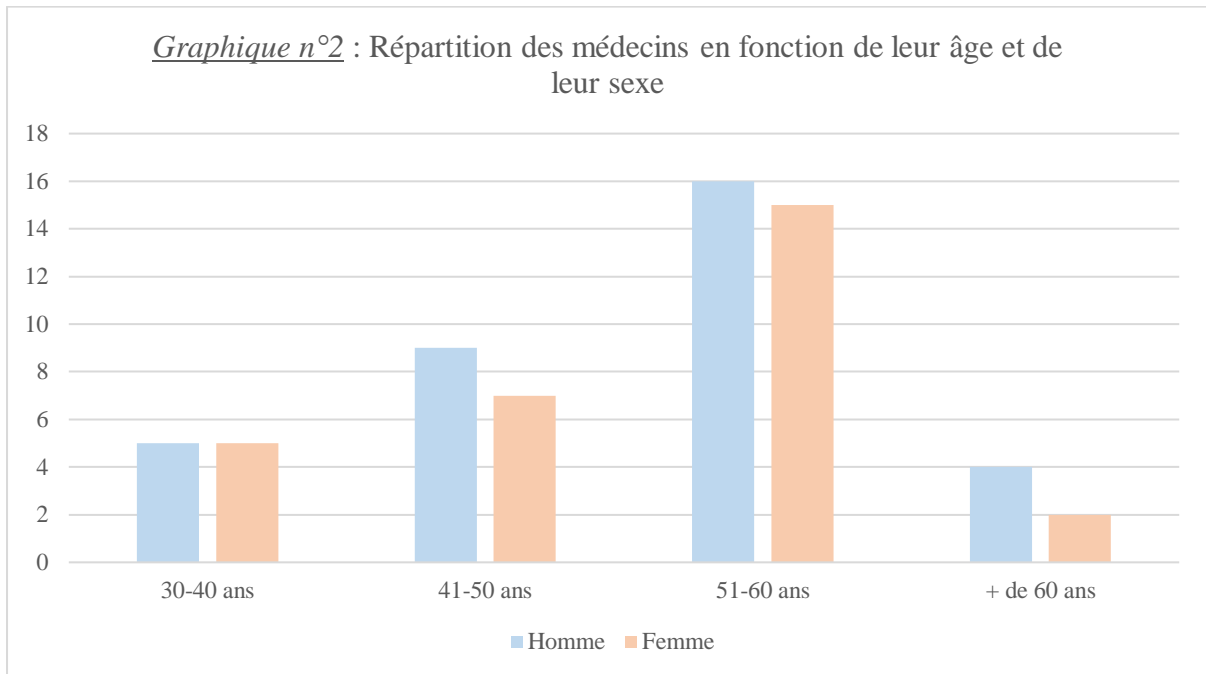


La parité est quasi respectée en zone urbaine et périurbaine, avec respectivement 51 % d'hommes et 49 % de femmes en zone urbaine, et 53 % d'hommes et 47 % de femmes en zone périurbaine. Tandis qu'en zone rurale, on note deux fois plus de médecins hommes (67 %) que de médecins femmes (33 %).

### II.1.2. Âge :

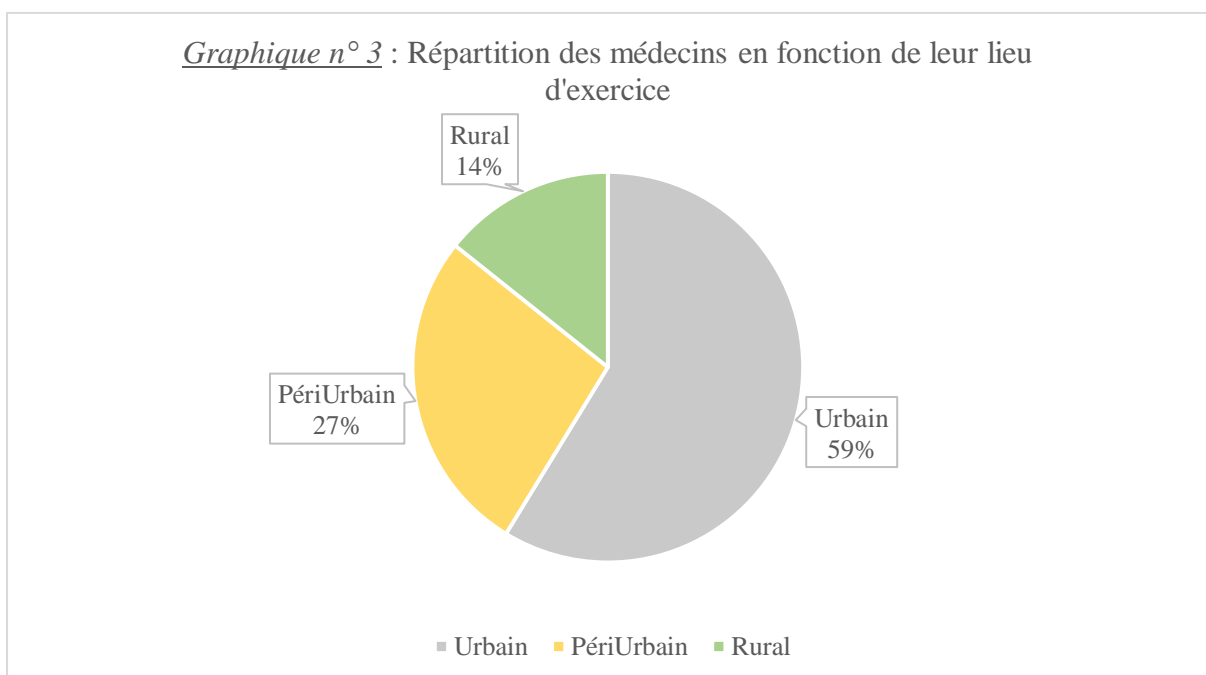
Les valeurs concernant l'âge des médecins de l'étude ont été regroupées par tranche d'âge, de 30 à 40 ans, de 41 à 50 ans, de 51 à 60 ans et plus de 60 ans. Ainsi, l'analyse des données révèle que 49 % des médecins sondés ont entre 51 et 60 ans.

La répartition des médecins en fonction de leur sexe et de leur âge révèle un effectif de médecins hommes supérieur à celui de médecins femmes, pour toutes les tranches d'âge, hormis pour les 30-40 ans, où la parité est respectée.



### II.1.3. Lieu d'exercice :

La grande majorité des médecins de l'étude exerce en zone urbaine (59 %), contre 27 % en zone périurbaine et seulement 14 % en zone rurale.





#### II.1.4. Exclusion :

Un médecin a été exclu de l'étude suite à une réponse par la négative au 4<sup>ème</sup> item du questionnaire. Il s'agit d'un médecin homme, entre 51 et 60 ans, exerçant en zone urbaine.

Il lui a été donné la possibilité d'expliquer les raisons pour lesquelles il n'effectuait pas de VAD dans une réponse libre.

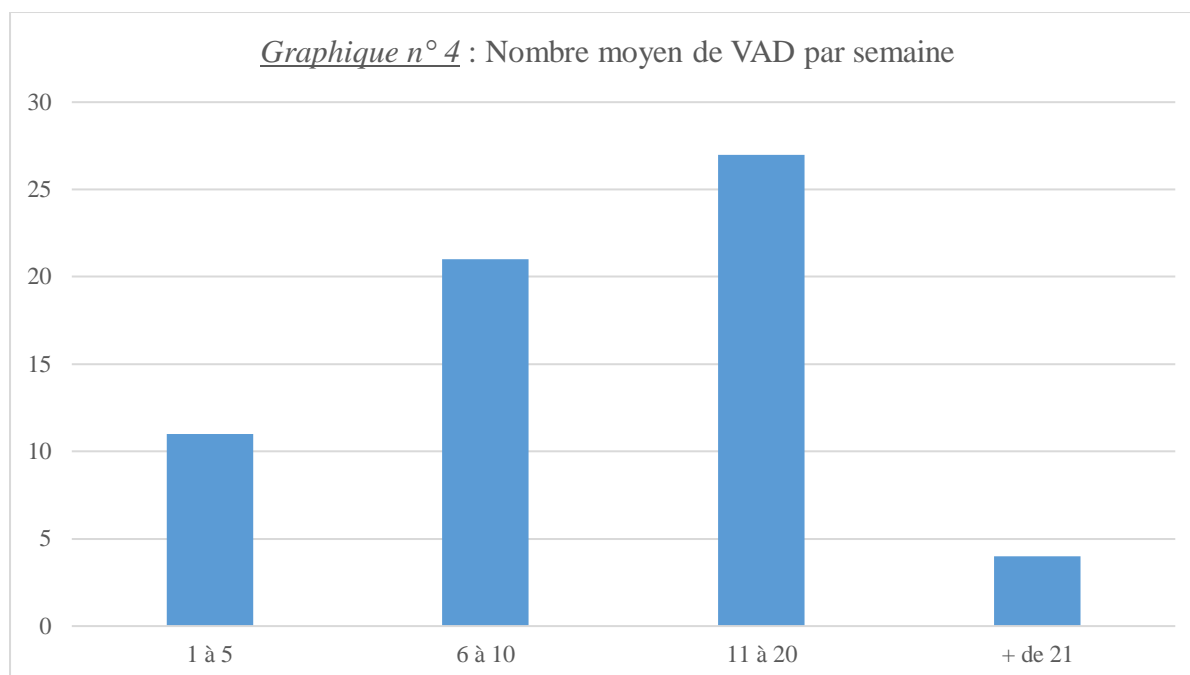
Ce dernier évoque la “*surcharge de travail*”, la “*perte de temps*” ainsi que le “*faible niveau de rémunération*”. De plus il ajoute que “*si les patients peuvent se rendre chez le cardiologue ou chez le coiffeur, il n'y a aucune raison qu'ils ne puissent venir au cabinet*”.

#### II.2. Caractéristiques de la visite à domicile :

##### II.2.1. Nombre de visites à domicile :

Le nombre de VAD correspond au nombre moyen de VAD effectuées par les médecins interrogés, sur une semaine-type d'activité. Ce nombre ne laisse rien présager quant à la répartition des visites sur le planning de la semaine (nombre de visites par jour, urgences, jour dédié aux visites...).

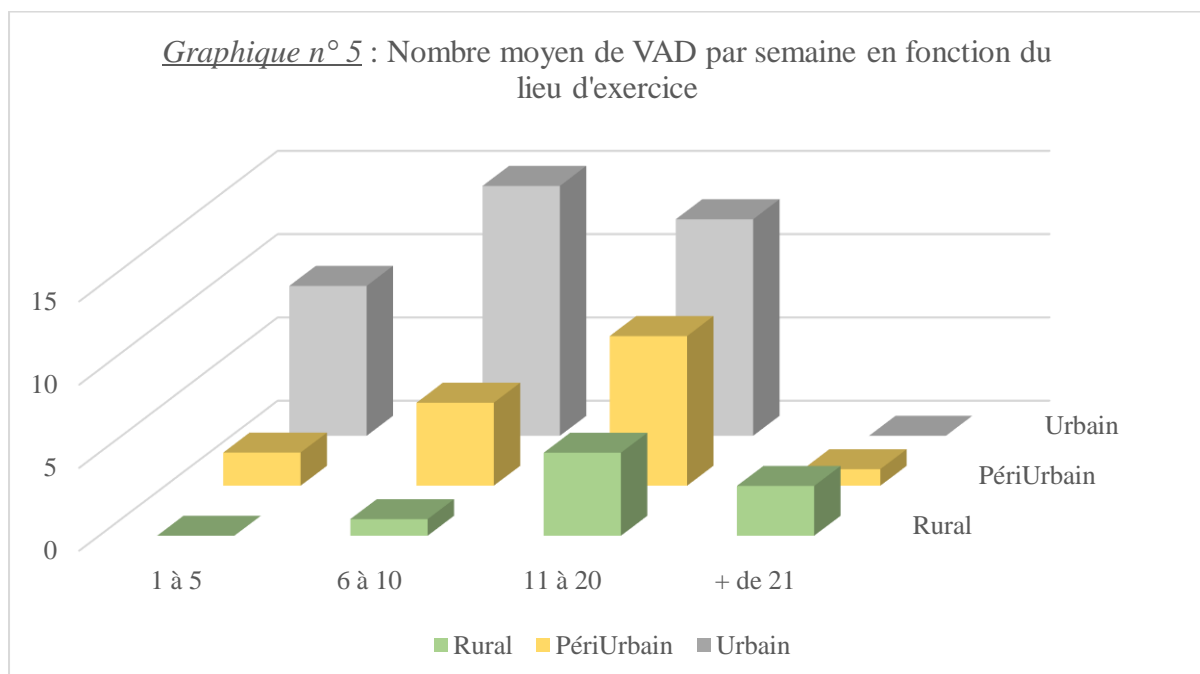
Ainsi, l'étude révèle que 43 % des médecins effectuent 11 à 20 visites en moyenne par semaine, et 33 % d'entre eux en effectuent 6 à 10 en moyenne par semaine. Par contre, ils ne sont que 18 % a effectué 1 à 5 visites en moyenne par semaine, et seulement 6 % a effectué plus de 21 visites en moyenne par semaine.



La répartition du nombre moyen de VAD par semaine en fonction du lieu d'exercice révèle, qu'en milieu urbain, 41 % des médecins effectuent en moyenne 6 à 10 visites par semaine (contre 35 % entre 11 et 20, et 24 % entre 1 et 5 visites par semaine en moyenne). Aucun des médecins interrogés, exerçant en zone urbaine, n'effectue en moyenne plus de 21 visites par semaine.

En zone périurbaine, les médecins effectuent majoritairement 11 à 20 visites en moyenne par semaine (contre 29 % de 6 à 10 ; 12 % de 1 à 5 ; et seulement 6 % plus de 21 visites en moyenne par semaine).

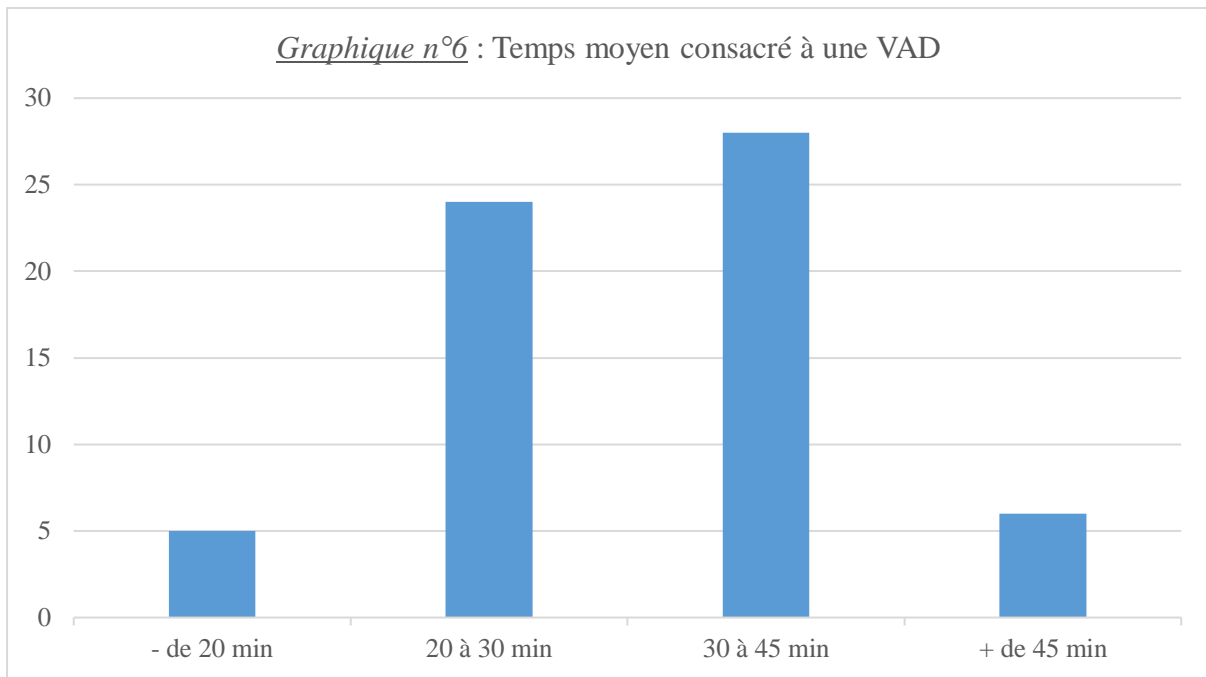
En zone rurale, les médecins effectuent en moyenne plus de visites par semaine que leurs confrères exerçant en zone urbaine et périurbaine. 56 % d'entre eux effectuent de 11 à 20 visites en moyenne par semaine, 33 % en font plus de 21 en moyenne par semaine, et 11 % entre 6 et 10 visites en moyenne par semaine. Aucun des médecins interrogés, exerçant en zone rurale, n'effectue moins de 6 visites en moyenne par semaine.



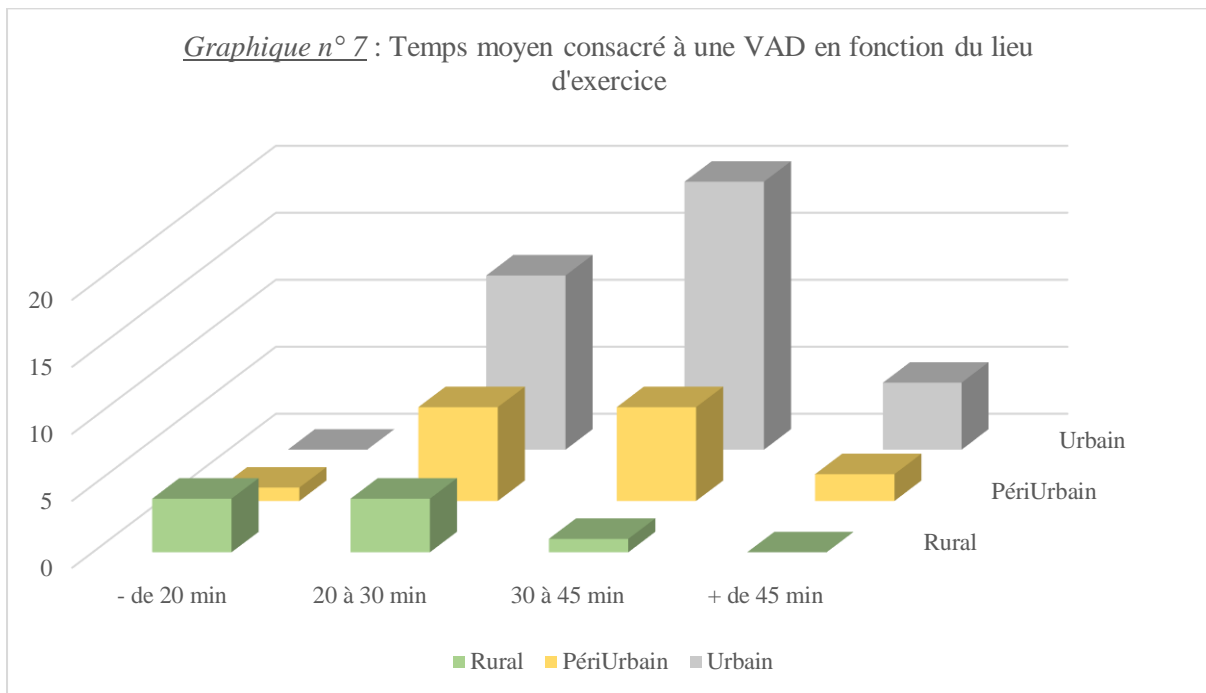
### II.2.2. Temps moyen consacré à une visite à domicile :

Le temps moyen consacré à une VAD correspond au temps estimé, effectif, hors trajet, consacré en moyenne, par chacun des médecins sondés, à une VAD. Sont exclues, de fait, les visites extraordinairement longues ou, au contraire, courtes que chaque médecin est amené à rencontrer au cours de son activité habituelle, mais ne reflétant pas la réalité de celle-ci.

Ainsi, 44 % des médecins interrogés estiment la durée moyenne d'une VAD entre 30 à 45 minutes, contre 38 % entre 20 à 30 minutes, 10 % plus de 45 minutes et seulement 8 % moins de 20 minutes.



Le temps moyen consacré à une VAD par un médecin généraliste varie en fonction de son lieu d'exercice. Ainsi, en zone rurale, les VAD sont en moyenne plus courtes (44 % moins de 20 minutes ; 44 % entre 20 et 30 minutes et seulement 12 % entre 30 et 45 minutes) que celles effectuées en zone urbaine (54 % entre 30 et 45 minutes ; 35 % entre 20 et 30 minutes et 11 % plus de 45 minutes).



### II.2.3. Population de patients concernés par les visites à domicile :

Les items descriptifs caractérisant la population de patients concernés par les VAD ont été sélectionnés en conformité avec l'AcBUS et la nomenclature générale des actes professionnels. En effet, ces textes fournissent aux médecins un référentiel, à la fois médical et environnemental, à la justification des VAD. Dans un souci de simplification, et afin d'éviter les redondances, certaines situations cliniques précisées dans les textes ont été regroupées, d'autres supprimées.

Tableau n° 1 : Population de patients concernés par la VAD :

98 %	ALD avec autonomie altérée
97 %	Soins palliatifs ou état grabataire
95 %	EHPAD / maison de retraite
79 %	Affection aiguë rendant le déplacement au cabinet impossible
76 %	Suites chirurgicales ou sortie d'hospitalisation
70 %	Altération majeure de l'état général
65 %	+ de 75 ans, exonéré du ticket modérateur
63 %	HAD
38 %	Etat sénile
29 %	Incapacité de se déplacer

Ainsi, l'étude permet de distinguer 3 types de situations pour lesquelles les médecins effectuent leurs VAD.

Les médecins se déplacent quasi systématiquement lorsque les patients concernés sont en ALD avec autonomie altérée, en soins palliatifs ou en état grabataire, et en EHPAD ou maison de retraite (dans respectivement 98, 97 et 95 % des cas).

Les médecins se déplacent également régulièrement lorsqu'il s'agit de patients présentant une affection aiguë rendant le déplacement au cabinet impossible, dans les suites d'une intervention chirurgicale ou en sortie d'hospitalisation, en cas d'altération majeure de l'état général, au-delà de 75 ans lorsque le patient est exonéré du ticket modérateur, et en cas d'hospitalisation à domicile (dans respectivement 79, 76, 70, 65 et 63 % des cas).

Enfin, il semblerait qu'un état sénile et l'incapacité de se déplacer ne constituent pas, pris de manière isolée, une raison en soi pour justifier le déplacement des médecins généralistes interrogés (respectivement 38 et 29 % des cas). Dans ce cas, l'incapacité de se déplacer s'entend comme une incapacité matérielle de se déplacer (pour raison technique ou de composition familiale par exemple) plutôt que par l'incapacité physique due à une perte d'autonomie, déjà présente dans d'autres items.

### II.2.4. Motif de la visite à domicile :

Les motifs évoqués lors des VAD sont variés et proposés en fonction des situations les plus couramment rencontrées. Certains relèvent de situations purement cliniques, que celles-ci

soient urgentes ou non ; d'autres, de situations plus administratives. Enfin, 19 % des médecins interrogés avouent effectuer parfois des visites injustifiées.

*Tableau n° 2 : Motif de la VAD :*

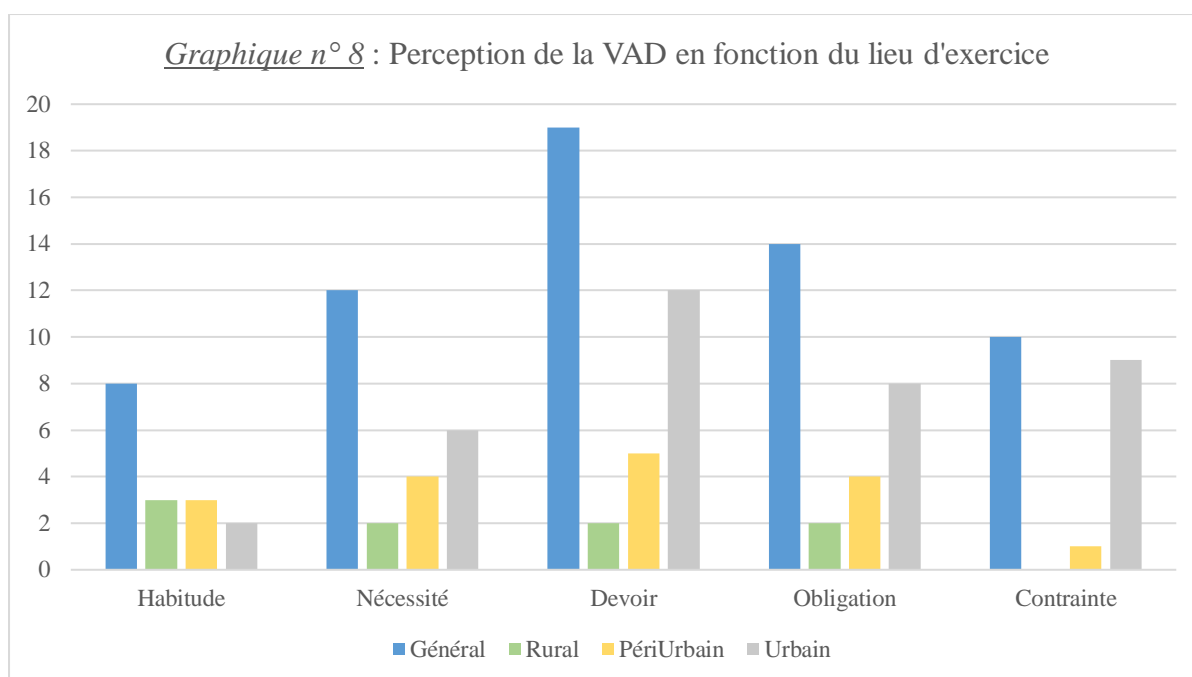
84 %	Renouvellement du traitement habituel
79 %	Affection aiguë
65 %	Sur demande : IDE, famille...
63 %	HAD
57 %	Urgence entraînant une hospitalisation
29 %	Démarches administratives (APA, MDPH, protocole de soins...)
19 %	Visite injustifiée

### II.3. Opinion, ressenti et évolution possible :

#### II.3.1. Opinion sur la visite à domicile :

La VAD est perçue de manière assez positive pour 62 % des médecins interrogés, qui la voient comme une habitude (13 %), une nécessité (19 %) ou un devoir (30 %).

Tandis que pour 38 % d'entre eux, la VAD est vécue comme une obligation (22 %) ou une contrainte (16 %).



De manière plus spécifique, 46 % des médecins sondés exerçant en zone urbaine ont une opinion plutôt négative de la VAD (obligation ou contrainte), contre seulement 22 % des médecins sondés exerçant en milieu rural. Parmi ces derniers, aucun n'estime que la VAD est une contrainte.

### II.3.2 Conditions d'exercice :

La très grande majorité des médecins de l'échantillon (84 %) estime que la VAD n'est pas aussi satisfaisante qu'une consultation au cabinet, et que, de ce fait, elle ne peut être considérée comme une véritable "consultation à domicile", comme la définit le code de la sécurité sociale. Les raisons évoquées sont le manque du dossier médical informatisé (87 % des cas), un environnement inadapté (79 % des cas), un manque de matériel (68 % des cas), et à moindre mesure un problème de confidentialité des informations médicales (47 % des cas).

Tableau n° 3 : Raisons de l'insatisfaction des conditions d'exercice au cours d'une VAD :

87 %	Manque du dossier médical informatisé
68 %	Manque de matériel
47 %	Problème de confidentialité des informations
79 %	Environnement inadapté : éclairage, bruit, distraction...

### II.3.3 Evolution possible :

Des propositions d'évolutions possibles de la VAD ont été soumises aux médecins sondés. Ainsi, certaines sont jugées pertinentes, comme la revalorisation financière des visites justifiées (95 %), le développement du transport au cabinet des patients non autonomes (87 %) ou encore la redéfinition du caractère justifié ou injustifié des visites (68 %).

D'autres, au contraire, paraissent moins pertinentes, comme l'information du public sur la justification des visites à domicile sous la forme d'une campagne publicitaire (35 %) (*annexe n°4*), la limitation des VAD (24 %) ou encore la dissuasion financière des visites injustifiées (22 %).

Tableau n° 4 : Propositions concernant l'évolution de la VAD :

24 %	Limitation des VAD
68 %	Redéfinition des visites justifiées et injustifiées
95 %	Revalorisation financière des visites justifiées
22 %	Dissuasion financière des visites injustifiées
35 %	Campagne d'information du public sur la justification des VAD
87 %	Développement du transport au cabinet des patients non autonomes

# DISCUSSION

---

## III.1. Limites et points forts de l'étude :

### III.1.1. Méthodologie :

Le type d'étude proposé est en adéquation avec l'objectif de celle-ci, à savoir de réaliser une photographie de la VAD par les médecins généralistes sur Poitiers et ses alentours. La méthode quantitative, basée sur un questionnaire anonyme, simple et concis, est tout à fait adaptée. Cependant, la question à choix multiples relative à la population de patients concernés par la VAD peut susciter une certaine confusion du fait de la redondance de certains items, malgré un souci de simplification et de clarification.

Il n'a pas été réalisé de relance, ce qui aurait pu améliorer le taux de réponse, qui reste néanmoins correct pour ce genre d'enquête.

### III.1.2. Recrutement :

Le mode de recrutement des médecins de l'étude révèle un biais de sélection. En effet, il ne prend pas en compte les médecins remplaçants, ainsi que les jeunes médecins récemment installés, ceux-ci ne figurant pas (ou pas encore) dans la base de données de l'annuaire en ligne des "Pages Jaunes".

### III.1.3. Matériel :

Les groupes constitués en fonction du lieu d'exercice (en zone urbaine, périurbaine et rurale) ne se sont pas révélés être homogènes, en raison notamment d'un manque d'effectif. De ce fait, il n'a pas été possible de réaliser une analyse statistique comparative. Les différences entre les différents groupes ne sont donc données qu'à titre indicatif.

Néanmoins, l'objectif de l'étude, consistant à réaliser une photographie de la VAD par les médecins généralistes de Poitiers et ses alentours, est respecté.

## III.2. Résultats :

### III.2.1. Population de médecins généralistes :

L'échantillon de médecins généralistes de l'étude regroupe 54 % d'hommes et 46 % de femmes. Ces données diffèrent quelque peu des données officielles, qui recensent 60 % d'hommes et 40 % de femmes parmi les médecins généralistes, dans toute la Vienne, selon l'Atlas National de la Démographie Médicale en 2015, fourni par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (7).

Selon ces mêmes données, l'âge moyen des médecins généralistes de la Vienne en 2015 était de 52 ans, ce qui est compatible avec les résultats de l'étude, avec 49 % des médecins interrogés âgés de 51 à 60 ans.

Les données recueillies concernant les médecins exerçant en zone rurale restent peu représentatives du fait de la faiblesse de l'effectif.

### III.2.2. Caractéristiques de la visite à domicile :

#### III.2.2.a. Quantification :

L'étude révèle que 43 % des médecins interrogés réalisent, en moyenne, entre 11 et 20 VAD par semaine. Ce chiffre reflète l'activité moyenne habituelle du médecin, hors période d'activité extraordinaire ou exceptionnelle.

Ces résultats sont en corrélation avec les données existantes sur le sujet. En effet, une étude réalisée en 2005 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France auprès de plus de 10000 médecins (généralistes, pédiatres et à exercice particulier) a révélé une moyenne de 16 VAD par semaine. Il s'agit de l'étude "référence" en la matière en termes de méthodologie, d'analyse et de résultats (8).

#### III.2.2.b. Durée de la visite à domicile :

Le temps consacré à la VAD correspond au temps estimé, moyen, effectif, hors trajet. Il est, pour 44 % des médecins interrogés, compris entre 30 et 45 minutes, par visite.

Ces chiffres sont en corrélation avec les résultats des études antérieures, avec 40,37 minutes en moyenne pour l'étude réalisée par l'URML d'Ile de France en 2005, ou encore 41 minutes en moyenne dans une étude similaire réalisée en 2001 par l'URML d'Auvergne (9).

Néanmoins, dans les enquêtes susmentionnées, le temps imparti à la VAD était décortiqué en temps pour la préparation, temps de trajet, temps passé auprès du patient (temps effectif) et temps de mise à jour du dossier après la visite.

Afin de se recentrer sur l'objectif de cette étude et d'éviter les biais inhérents à la disparité des conditions d'exercice entre les médecins (notamment trajet, conditions de circulation...), il a été décidé d'analyser uniquement le temps effectif. Cependant, il s'agit d'un temps "estimé" moyen. Or, rien n'est plus relatif que le temps. Les opinions des médecins sondés ont ainsi pu influencer, inconsciemment, les réponses données dès lors qu'elles étaient plutôt positives, ou au contraire plutôt négatives.

Une étude prospective, consacrée uniquement à la durée des visites à domicile, peut tout à fait s'envisager. Les temps de préparation, de trajet (cabinet-domicile ou entre deux domiciles), auprès du patient et de mise à jour des dossiers seraient alors précisément chronométrés, afin de déterminer leur objectivité et de mettre en évidence une éventuelle sur ou sous-estimation par les médecins généralistes.

### III.2.3. Description des patients :

L'étude révèle que la population de patients concernés par la VAD est conforme aux critères énoncés dans l'AcBUS et dans la NGAP (3,4).

Comme énoncé plus haut, certains items ont été simplifiés, car jugés redondants, et pouvant susciter une confusion dans les réponses.

Certaines situations particulières peuvent trouver des explications inhérentes au contexte.

Ainsi, concernant les affections aiguës rendant le déplacement au cabinet impossible, 79 % des médecins reconnaissent se déplacer au domicile de leur patient, conformément à l'AcBUS. Ce chiffre diminue à 65 % en zone urbaine. L'explication peut en être que lorsque le recours à un



service d'urgence ou à une structure de type SOS Médecins est possible, l'intervention du médecin généraliste est moindre.

De plus, certaines situations témoignent du caractère social plus marqué de la VAD en zone rurale. Alors que 65 % des médecins interrogés se déplacent pour des patients de plus de 75 ans exonérés du ticket modérateur, ce chiffre diminue à 41 % en zone urbaine, contre 100 % en zone rurale. De même, l'état sénile et l'incapacité de se déplacer ne semblent pas, pris de manière isolée, représenter une justification suffisante à une VAD en règle générale. Tandis qu'en zone rurale, ils sont respectivement 89 et 100 % des médecins à se déplacer dans de telles situations.

#### III.2.4. Hospitalisation à domicile :

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un mode particulier d'hospitalisation, qui permet au patient, lorsque sa pathologie ou son état sont compatibles, de bénéficier de toute l'infrastructure de soins qu'offre l'hôpital, tout en restant chez lui, à son domicile. Les soins peuvent être réalisés par une équipe soignante de l'HAD ou délégués à une équipe soignante libérale. Le médecin traitant est inclus au processus de soins, son accord étant indispensable à la mise en place d'une HAD. Il s'engage alors à se rendre en visite au domicile du patient au moins une fois par semaine, voire plus en cas de problème. Les indications d'HAD se diversifient progressivement : accompagnement en fin de vie, pansements complexes, chimiothérapie... L'HAD peut être demandée au cours d'une hospitalisation, par le médecin traitant, par la famille...

Ce mode d'hospitalisation constitue un exemple de coordination de soins Hôpital-Ville qu'il convient de suivre. L'état s'est engagé dans la promotion du développement de l'HAD, l'objectif étant un doublement du taux de recours à atteindre en 2018, par rapport à 2011 (10).

L'étude révèle que 63 % des médecins sont amenés à se déplacer pour des patients en HAD. Ce chiffre augmente à 72 % en zone urbaine et périurbaine, périmètre d'action privilégié pour l'HAD du CHU de Poitiers (30 min, en voiture, autour de Poitiers).

#### III.2.5. Opinion sur la visite à domicile :

L'étude révèle que l'opinion des médecins interrogés, sur la VAD, reste plutôt positive. En effet, seuls 22 % la considèrent comme une obligation, et 16 % comme une contrainte. Ces chiffres contrastent avec les résultats de l'étude "Enquête Visite à Domicile : la visite à domicile chez les médecins franciliens" réalisée par l'URML d'Ile de France, qui montrait une opinion très négative, avec 57,8 % des médecins la considérant comme une contrainte, et 16,4 % comme une obligation (8).

### III.3. Evolution possible :

#### III.3.1. Tarification :

La revalorisation des VAD demeure la revendication première et commune à toutes les études réalisées sur le sujet. 95 % des médecins sondés estiment qu'une revalorisation de l'acte serait juste et nécessaire afin de pérenniser ce mode d'exercice.

La tarification des actes en médecine générale a été revalorisée en 2017. En plus d'une consultation de base revalorisée à 25 euros, la nouvelle grille tarifaire propose des majorations permettant de mieux rétribuer la VAD (*annexe n°3 et annexe n°3 bis*).

Ainsi, la réalisation d'une étude similaire dans une dizaine d'années permettrait de mettre en évidence les changements de pratique, d'opinion, ou autres, que cette modification engendrerait.

Néanmoins, le temps moyen consacré à une visite à domicile correspondant au double du temps moyen consacré à une consultation (18 minutes) (11), une revalorisation à hauteur de la valeur de 2 C serait beaucoup plus juste.

### III.3.2. Transport des patients :

Une grande majorité de médecins (87 %) a jugé pertinent le développement du transport au cabinet des patients non autonomes. Ce procédé existe déjà, mais demeure exceptionnel en médecine générale.

Se pose alors le problème du coût. Serait-il plus rentable de développer le transport au cabinet des patients non autonomes ou de valoriser la VAD ?

Une étude dans ce sens serait tout à fait judicieuse.

### III.3.3. Poursuite des efforts :

L'étude révèle que les conditions de l'AcBUS sont respectées.

Il persiste néanmoins 19 % des médecins qui avouent effectuer parfois des visites injustifiées. Une nouvelle redéfinition des critères de justification des VAD contribuerait sans nul doute à faire diminuer ce chiffre, permettant de poursuivre les efforts entrepris depuis 15 ans.

### III.3.4. Délégation d'actes :

La délégation d'actes constitue un élément clé pour l'avenir du système de soins, en particulier en ambulatoire.

Néanmoins, cette proposition d'avenir n'a pas été retenue comme proposition faite aux médecins généralistes.

La délégation d'actes ne doit pas s'envisager comme une évolution *stricto sensu* de la VAD, mais plutôt comme une façon différente d'en appréhender la problématique.

Un personnel soignant qualifié et formé pourrait tout à fait suppléer le médecin dans sa tâche quotidienne, notamment en ce qui concerne les VAD.

Cependant, la délégation d'acte se heurte souvent à la réticence des médecins eux-mêmes. Alors qu'en pratique, chacun d'entre eux en fait déjà au quotidien.

En effet, la secrétaire est bien souvent en première ligne, en effectuant un rôle de régulation à l'échelle de la patientèle d'un médecin. Une étude anglaise de 2002 a permis de mettre en évidence l'influence d'une secrétaire qualifiée et expérimentée sur la charge de travail du médecin, la diminuant jusqu'à 49 % (12). Ainsi, une secrétaire ayant reçu une formation spécifique pourrait diminuer le nombre de visites injustifiées, et permettre au médecin de se consacrer davantage à sa tâche médicale.

Le programme ASALEE a prouvé que la délégation de l'éducation thérapeutique dans certaines maladies chroniques à un(e) infirmier(e) formé(e), conjointement au médecin traitant, offrait une meilleure efficacité de l'éducation pour un coût équivalent pour la sécurité sociale (13).

Selon un modèle similaire, la délégation de certaines surveillances standardisées et protocolisées, à un(e) auxiliaire médical(e) spécifiquement formé(e) permettrait de soulager la charge de travail du médecin généraliste, notamment dans les zones sous-dotées médicalement. Une expérience allemande menée en 2009 a abouti à des résultats allant dans ce sens (14).

La VAD sacralise la quête d'optimisation du système de soins entreprise il y a presque 20 ans. Il convient de l'encourager et de la valoriser, tout en poursuivant les efforts de modernisation.

Faire mieux avec les moyens que l'on a : c'est possible.

# CONCLUSION

---

La médecine générale a grandement évolué durant les vingt dernières années. La scientification de la discipline a permis de mieux définir les compétences ainsi que les rôles du médecin généraliste. Ce dernier occupe désormais une place centrale dans le système de soins.

La quête de maîtrise des déficits budgétaires de l'Assurance Maladie, notamment dans le secteur des soins de ville, a motivé de nombreuses réformes qui ont contribué à la modernisation de la médecine générale.

La VAD ne déroge pas à la règle. Bien que jugée parfois insatisfaisante, et bénéficiant bien souvent d'une opinion négative, elle reste un acte incontournable dans la pratique des médecins généralistes.

La définition de critères objectifs de justification de la VAD a permis de diminuer nettement le nombre de visites injustifiées. La poursuite dans ce sens paraît donc fondamentale.

De plus, une revalorisation financière plus juste de l'acte, en relation avec les contraintes qu'il génère, permettrait de recentrer celui-ci sur son objectif fondamental, à savoir la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, ne pouvant se déplacer au cabinet.

Face à des problématiques majeures de vieillissement de la population, de démographie médicale, de saturation du système hospitalier, la VAD constitue une clé de l'avenir du système de soins, qu'il convient de préserver et de valoriser.

La délégation de certains actes, notamment en zone sous-dotée médicalement, permettrait d'élargir l'offre de soins, afin d'optimiser le système de soins français.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Code de la Sécurité Sociale. Article L.162-3.
2. Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé (IRDES). Eco-Santé France.
3. 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.
4. Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. JORF n° 230 du 2 octobre 2002 page 16264 texte n° 16.
5. Arrêté du 27 octobre 2006 portant approbation des avenants n° 14 et n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JORF n° 258 du 7 novembre 2006 page 16708.
6. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Recensement de la population 2012.
7. Atlas National de la Démographie Médicale, 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
8. *Enquête Visite à Domicile : La visite à domicile chez les médecins franciliens*. Enquête menée par la section généraliste et la commission Exercice à Domicile de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France ; 2005.
9. *La visite à domicile en médecine générale*. Enquête menée par la section généraliste de l'union. URML Auvergne ; 2001.
10. Site du Ministère des Solidarités et de la Santé : [www.solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had)
11. *Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie*. Etudes et Résultats. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ; n° 315 ; juin 2004.
12. Richard DA et al. *Nurse telephone triage for same day appointments in general practice : multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs*. Br Med J. 2002 ; 325 ; 1214.
13. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J. et Yilmaz E. (2008), *La coopération médecins généralistes / infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE*, Questions d'économies de la santé, n° 136.
14. Van Den Berg N, Meinke C, Matzke M et al. *Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants : assessment of economic effects in an ambulatory healthcare center*. BMC Health Service Research. 2010 ; 10 : 155.

# ANNEXES

---

- **Annexe n° 1** : Questionnaire : “La visite à domicile par les médecin généralistes de Poitiers et ses alentours”.
- **Annexe n° 2** : Accord national de bon usage des soins.
- **Annexe n° 3** : Cotation des actes du médecin généraliste – Tarifs en vigueur au 01/07/2013.
- **Annexe n° 3 bis** : Cotation des actes du médecin généraliste – Tarifs en vigueur au 01/11/2017.
- **Annexe n° 4** : Affiche d’une campagne de sensibilisation aux contraintes de la visite à domicile dans les Vosges, à destination des cabinets de médecine générale.

Annexe n° 1 : Questionnaire : “La visite à domicile par les médecins généralistes de Poitiers et ses alentours”

**Questionnaire :**

- Sexe =
- Age =
- Lieu d'exercice =
- Effectuez-vous des visites à domicile = OUI / NON  
Si NON, pourquoi ? (*réponse libre*)
  
- Nombre moyen de visite par semaine (1 à 5 / 6 à 10 / 11 à 20 / + de 20) =
  
- Temps moyen consacré à une visite, trajet non compris (*moins de 20 min ; entre 20 et 30 min ; entre 30 et 45 min ; plus de 45 min*) =
  
- Quelle est la population de patients concernée par les visites à domicile que vous faites ? (*plusieurs choix possibles*)
  - Patients âgés de plus de 75 ans, bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur
  - Patients en ALD avec autonomie altérée
  - Patients dans les suites d'une intervention chirurgicale ou en sortie d'hospitalisation
  - Patients en HAD
  - Patients souffrant d'une affection aigue ostéoarticulaire, cardiovasculaire, respiratoire, neurologique ou infectieuse rendant impossible le déplacement au cabinet
  - Etat sénile
  - Soins palliatifs ou état grabataire
  - Altération majeure de l'état général
  - Incapacité de se déplacer
  - EHPAD, maison de retraite

- Quels sont les motifs invoqués lors des visites à domicile que vous effectuez ? (plusieurs choix possibles)
  - Renouvellement de traitement
  - Affection aigüe
  - Urgence entraînant une hospitalisation
  - HAD
  - Démarches administratives (APA, MDPH, protocole de soins...)
  - Visite injustifiée
  - Sur demande : IDE, famille...
  
- Selon vous, la visite à domicile est – une nécessité ; - un devoir ; - une obligation ; - une contrainte ; - une habitude ? =
  
- Ressenti sur les conditions d'exercice de la visite à domicile : Selon vous, la visite à domicile est-elle aussi satisfaisante qu'une consultation au cabinet ? OUI / NON  
Si NON, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)
  - Manque du dossier médical informatisé
  - Manque de matériel
  - Problème de confidentialité des informations
  - Environnement inadapté (éclairage, bruit, distraction, place...)
  
- Quelles perspectives d'avenir et évolutions envisageriez-vous pour améliorer ce mode d'exercice ? (plusieurs choix possibles)
  - Limitation des visites à domicile
  - Redéfinition des visites justifiées et injustifiées
  - Revalorisation financière des visites justifiées
  - Dissuasion financière des visites injustifiées
  - Campagne d'information du public sur la justification des visites à domicile
  - Développer le transport au cabinet des patients non autonomes



## Annexe n° 2 : Accord national de bon usage de soins

J.O n° 230 du 2 octobre 2002 page 16264

### **Décrets, arrêtés, circulaires**

#### **Textes généraux**

#### **Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées**

Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-17 et R. 162-52 ;

Vu l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;

Vu l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

Vu l'arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 septembre 2002 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 27 septembre 2002,

Arrêtent :

#### Article 1

Les dispositions de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels (Dispositions générales) sont modifiées ainsi qu'il suit :

I. - A l'article 13 « Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade » :

a) Le A « Indemnité forfaitaire de déplacement (V - C ou IF) » est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A. - Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD).

« Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin omnipraticien ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

« Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin omnipraticien et désignée par la lettre clé V. »

b) Au « B. - Indemnité spéciale de dérangement (ISD) », ajouter après le premier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin omnipraticien et désignée par la lettre clé V. »

c) Au « C. - Indemnités horo-kilométriques (IK) », ajouter après le premier alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les visites réalisées par les médecins omnipraticiens, l'indemnité horo-kilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2. »

II. - A l'article 14-1 « Majorations d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale », les mots : « des frais de déplacement » sont remplacés par les mots : « des indemnités horo-kilométriques ».

## Article 2

Les dispositions de l'article 14-2 « Majoration de maintien à domicile » de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 14-2. - Majoration de déplacement.

« I. - Lorsque le médecin omnipraticien est amené à se rendre au domicile d'une des personnes mentionnées ci-dessous :

a) Les personnes âgées d'au moins soixante-quinze ans, exonérées du ticket modérateur au titre d'une des affections mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale ;

b) Les personnes, quel que soit leur âge, atteintes de l'une des affections de longue durée suivantes, telles que mentionnées notamment à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale :

1° Accident vasculaire cérébral invalidant ;

2° Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie) ;

3° Maladie de Parkinson ;

4° Mucoviscidose ;

5° Paraplégie ;

6° Sclérose en plaques ;

c) Les bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre :

1° Du 3° de l'article L. 341-4 et de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale ;

2° Du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ;

3° De l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

d) Les titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée dans la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, quand ces personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre de l'assurance maladie ;

e) Les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC 150, quand la ou les visites sont effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention ;

f) Les patients en hospitalisation à domicile.

La visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration de déplacement - dénommée MD -, à la condition que les personnes mentionnées ci-dessus se trouvent dans une des situations cliniques suivantes :

- 1° 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 ;
- 2° Etat de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- 3° Etat sénile ;
- 4° Soins palliatifs ou état grabataire ;
- 5° Période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;
- 6° Altération majeure de l'état général.

II. - A titre exceptionnel, et durant la phase d'évaluation prévue à l'article 5-1 de l'accord national de bon usage des soins annexé à l'arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins, lorsque le médecin omnipraticien est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans l'énumération - a à f compris - mentionnée au I ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horo-kilométriques, à la majoration de déplacement MD, dès lors que cette personne se trouve dans une des situations cliniques visées au I ci-dessus.

Le médecin omnipraticien communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

III. - A titre exceptionnel, dans les zones où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, parmi celles définies en application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, et qui sont fixées par les accords régionaux de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, la visite du médecin omnipraticien à une personne dont le domicile est situé dans la zone concernée donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration visée ci-dessus, dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge - en particulier de plus de 80 ans - ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin omnipraticien.

Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDE.

Le médecin omnipraticien communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

IV. - Lorsque le médecin omnipraticien effectue la visite la nuit, le dimanche et les jours fériés uniquement dans les conditions définies aux I, II ou III ci-dessus, la visite donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horo-kilométriques, à la majoration de déplacement.

Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDN pour les visites de nuit effectuées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14 et peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de l'heure de réalisation de la visite. Elle est dénommée MDD pour les visites réalisées le dimanche et les jours fériés.

V. - L'application des dispositions visées ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1er de la deuxième partie de la nomenclature.

VI. - La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14-1 ci-dessus.

VII. - Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin omnipraticien intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.

VIII. - La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. ».

### Article 3

La valeur en unité monétaire des indemnités et majorations mentionnées aux articles 1er et 2 du présent arrêté est fixée ainsi qu'il suit :

- indemnité forfaitaire de déplacement et indemnité spéciale de dérangement : 3,50 EUR en métropole, 3,85 EUR dans les Antilles-Guyane et 4,20 EUR à la Réunion ;
- majoration de déplacement MD et MDE : 10 EUR ;
- majoration de déplacement de nuit MDN : Métropole / Antilles-Guyane / Réunion :
  - pour les visites effectuées de 20 heures à minuit et de 6 heures à 8 heures  
38,50 euros / 38,85 euros / 39,20 euros
  - pour les visites effectuées entre 0 heure et 6 heures  
43,50 euros / 43,85 euros / 44,20 euros
- majoration de déplacement de dimanche et de jours fériés MDD (cf. note 1) : 22,60 EUR pour la métropole, 22,91 EUR pour les Antilles-Guyane et 23,26 EUR pour la Réunion ;
- majoration d'urgence MU : 22,60 EUR pour la métropole, 22,91 EUR pour les Antilles-Guyane et 23,26 EUR pour la Réunion.

### Article 4

Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur le 1er octobre 2002.

### Article 5

Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 septembre 2002.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale, P.-L. Bras

Le directeur général de la santé, L. Abenhaïm

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur des exploitations de la politique sociale et de l'emploi, A. Moulinier

**Annexe n° 3 : Cotation des actes du médecin généraliste – Tarifs en vigueur au 01/07/2013 (secteur 1)**

Lettres clés		
C(S)	23,00	Consultation
V(S)	23,00	Visite
VL	60,00	Visite pour bilan de maladie neurodégénérative

Majorations		
MCG	+ 3,00	Majoration pour acte coordonné du MG
MNO	+ 5,00	Majoration nourrisson < 2 ans
MGE	+ 3,00	Majoration enfant de 2 à 6 ans
MSH	+ 23,00	Majoration suite hospitalisation pour pathologie chronique
MIC	+ 23,00	Majoration suite hospitalisation pour insuffisance cardiaque

Déplacement		
MD	+ 10,00	Visite justifiée médicalement
IK plaine	0,61	Abattement 2x2 km
IK montagne	0,91	Abattement 2x1 km
MU	22,60	Visite urgente en consultation

Majorations Nuit / Dimanche et jours fériés		
MDN	+ 38,50	Visite justifiée de 20h à 24h et 6h à 8h
MDI	+ 43,50	Visite justifiée de 0h à 6h
MDD	+ 22,60	Visite justifiée de Dimanche / Férié / Samedi AM

Majorations en garde régulée		
VRD	+ 30,00	Visite de Dimanche et férié
VRN	+ 46,00	Visite de 20h à 24h et 6h à 8h
VRM	+ 59,50	Visite de 0h à 6h

**Annexe n° 3 bis** : Cotation des actes du médecin généraliste – Tarifs en vigueur au 01/11/2017 (secteur 1)

Lettres clés		
G(S)	25,00	Consultation
VG(S)	25,00	Visite
VL	60,00	Visite pour bilan de maladie neurodégénérative

Majorations		
MEG	+ 5,00	Majoration enfant jusqu'à 6 ans
MCG	+ 5,00	Majoration pour acte coordonné du MG
PIV / MIS	+ 30,00	Consultation initiale d'information de la prise en charge pour VIH (PIV) ou cancer/maladie neurodégénérative (MIS)
MSH	+ 23,00	Majoration suite hospitalisation pour pathologie chronique
MIC	+ 23,00	Majoration suite hospitalisation pour insuffisance cardiaque

Déplacement		
MD	+ 10,00	Visite justifiée médicalement
IK plaine	0,61	Abattement 2x2 km
IK montagne	0,91	Abattement 2x1 km
MU	22,60	Visite urgente en consultation

Majorations Nuit / Dimanche et jours fériés		
MDN	+ 38,50	Visite justifiée de 20h à 24h et 6h à 8h
MDI	+ 43,50	Visite justifiée de 0h à 6h
MDD	+ 22,60	Visite justifiée de Dimanche / Férié / Samedi AM

Majorations en garde régulée		
VRD	+ 30,00	Visite de Dimanche et férié
VRN	+ 46,00	Visite de 20h à 24h et 6h à 8h
VRM	+ 59,50	Visite de 0h à 6h

**Annexe n° 4** : Affiche d'une campagne de sensibilisation aux contraintes de la visite à domicile dans les Vosges, à destination des cabinets de médecine générale.

# À son cabinet, mieux équipé, le médecin peut **mieux vous soigner**



**La visite à domicile, c'est pour les cas d'urgence  
ou les personnes qui souffrent d'un handicap**

À son cabinet, mieux équipé, votre médecin dispose de votre dossier médical et des instruments de soins adaptés. Il peut donc mieux prendre en charge votre état de santé. En cas de déplacement important, votre médecin peut vous demander un déplacement d'honoraires non remboursable.



**l'Assurance Maladie**  
nouveau contrat  
territoire principal des Vosges



Commission  
communautaire  
publique locale  
**diagnostic**



**Mutualité**  
Agricole de Lorraine

# RESUME

---

La visite à domicile constitue un acte incontournable de la pratique de la médecine générale. Souvent vectrice d'une image traditionnelle, elle a subi de nombreuses modifications au cours des dernières années. En effet, l'accumulation de déficits budgétaires des caisses d'Assurance Maladie a motivé des réformes qui ont contribué à la modernisation de la discipline. Ainsi, la part des visites à domicile dans l'activité globale des médecins généralistes a été divisée par 3 depuis 2002.

L'objectif de cette enquête est d'établir un état des lieux de la visite à domicile pratiquée par les médecins généralistes de Poitiers et ses alentours, au premier trimestre 2015. Une étude quantitative sous la forme d'un questionnaire anonyme a été réalisée auprès d'un échantillon de 100 médecins. Le taux de réponse est de 64 %, et, après une exclusion, 63 réponses ont été analysées.

L'étude révèle que les médecins interrogés sont majoritairement des hommes (54 %), âgés entre 51 et 60 ans, exerçant en zone urbaine (59 %), et réalisant en moyenne entre 11 et 20 visites à domicile par semaine. Ces dernières durent en moyenne de 30 à 45 minutes. De plus, il apparaît que les médecins exerçant en milieu rural effectuent en moyenne plus de visites que leurs confrères exerçant en milieu urbain, mais que ces visites sont en moyenne plus courtes. Les indications des visites à domicile restent conformes aux recommandations de l'AcBUS de 2002. 19 % des médecins avouent encore effectuer parfois des visites injustifiées.

Bien que l'échantillon sélectionné ne soit pas tout à fait représentatif de la population des médecins généralistes de la Vienne, les résultats de l'étude demeurent concordants avec les résultats d'études existantes similaires.

Une revalorisation plus juste de l'acte ainsi que la proposition d'alternative comme le développement du transport au cabinet des patients ou encore la délégation de certaines surveillances à un personnel qualifié permettraient de sauvegarder la pratique de la visite à domicile, et de la recentrer sur son objectif principal, à savoir la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

---

**Mots clés** : Visite à domicile, médecine générale, santé publique, système de soins, Poitiers.





# UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

