



Y aller ou pas ? La visite à domicile en 2022

Rédacteur : Thomas Gelineau
Relecture : Hervé Le Néel

Jamais réalisée par certains, surutilisée par d'autres, la visite à domicile par les médecins généralistes reste un sujet compliqué car le consensus sur son recours ne semble pas exister entre nous. Nous essaierons dans ce dossier documentaire de lancer la discussion en regardant quelles sont les pistes explorées dans différents articles et thèses. Peut-être nos débats en groupe permettront-ils de mettre en lumière une juste mesure dans sa réalisation ?

Définition/Histoire

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. 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. Il apparaît à l'évidence que ces définitions sont très réductrices de toute la différence que contiennent ces deux actes dans la pratique de la médecine générale.

Actuellement la visite à domicile est une *spécificité de la médecine générale*. En 2005, dans une enquête réalisée en Ile-de-France, 95% des visites étaient le fait de généralistes, 3.4% celui de pédiatres et moins de 2% des autres spécialités.

Historiquement en Europe et aux Etats Unis, la visite à domicile a longtemps exercé une place importante dans l'exercice des médecins. Dans l'imaginaire collectif, il était naturel pour les médecins de se rendre au chevet des patients, voire d'être attachés à leur service. Au Moyen-âge, les épidémies de peste entre le 14^{ème} et le 17^{ème} 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^{ème} siècle, la culture contemporaine fait état de nombreuses représentations de la visite à domicile des praticiens. 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 en 1906).

Au XX^{ème} 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. L'importance de ces visites à domicile ne sera démentie qu'après la seconde guerre mondiale.

Ailleurs dans le monde, on observe une baisse des visites à domicile dans tous les pays occidentaux.

Aux Etats-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.

Au Canada, le nombre de médecins pratiquant des visites à domicile ne cesse de diminuer, passant de 48.3% en 2007 à 42.4% en 2010. La communauté médicale des généralistes milite de plus en plus pour leur réintroduction au cœur des soins.

Pareillement, en Allemagne, en Angleterre, les visites diminuent pour les mêmes raisons qu'en France, en particulier du fait de leur faible rémunération.

Plus récemment, en France, il a été observé une *baisse de 70% de la part des visites* parmi les actes en moins de 40 ans (entre 1980 et 2016). Le nombre de visites est passé de 77 millions en 2000 à 22 millions en 2016. Ces dernières années la part des visites à domicile semble stagner, il apparaît qu'il existe un seuil minimum de visites à domicile en deçà duquel il semble difficile de descendre.

En 2019, dans la région Pays de la Loire, les visites représentaient *5% de l'activité* des médecins généralistes.

Règles conventionnelles

Quelques détails concrets pour commencer.

Qui peut bénéficier de visite à domicile ?

Il est bien dit par la CPAM que la prise en charge des visites à domicile est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer et que c'est le médecin qui estime cette capacité à se déplacer. Ainsi la subjectivité du médecin crée la variabilité du nombre de visites à domicile. Il est souvent délicat d'estimer au travers d'un appel téléphonique si une visite à domicile réclamée est justifiée ou non, et c'est souvent uniquement au domicile que la réponse est apportée.

Sur quels critères ?

La CNAMTS a fixé des critères justifiant la prise en charge du déplacement à domicile. Ceux-ci sont à la fois médicaux, administratifs et cliniques :

! **Critères médicaux et administratifs :**

- Patient d'au moins 75 ans ayant une affection de longue durée 30 ou hors liste
- Patient quel que soit son âge exonéré du ticket modérateur pour ALD : 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 10 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 ostéoarticulaire 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.
 - Etat de dépendance psychique avec incapacité de communication
 - Etat sénile
 - Soins palliatifs ou état grabataire
 - Période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement
 - Altération majeure de l'état général

! **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
-

Au final, la liste est très large et c'est bien le médecin qui apprécie la pertinence ou pas de son déplacement.

Y a-t-il des visites à domicile non justifiées ?

Il existe encore un certain nombre de visites qui ne semblent pas rentrer dans ces critères (patient non ALD, en âge d'être autonome et de se déplacer) qui représenteraient environ 16% des visites.

Rémunération

La majoration de déplacement (**MD**) est fixée à 10 euros, elle se cumule avec le montant de la visite **VG** (25 euros).

A noter qu'il existe également la majoration de déplacement de nuit pour visite à domicile (**MDN**) entre 20h00 et minuit et entre 6h00 et 8h00 qui est de 38.50 euros et la majoration de déplacement de milieu de nuit pour visite à domicile (**MDI**) entre minuit et 6h00 qui est fixée à 43.50 euros.

La majoration de déplacement de dimanche ou jour férié (**MDD**) est fixée à 22.60 euros.

La majoration d'urgence (**MU**) est à utiliser lorsque que l'on interrompt les consultations pour une visite d'urgence soit à la demande du 15, soit à la demande expresse et motivée du patient. Elle est également de 22.60 euros.

Si le médecin estime que le déplacement du patient au cabinet était possible, il peut majorer le montant de ses honoraires. Il indique alors « **DE** » dans la zone de dépassement de la feuille de soins et la majoration de déplacement n'est pas applicable..

En cas de *visite déclenchée par un appel de la régulation* dans le cadre de la PDSA, des majorations spécifiques s'appliquent pendant les horaires de PDSA :

VRD pour dimanche et jours fériés : 30,00 €

VRM pour le milieu de nuit 0h-6h: 59,50 €

VRN pour la nuit 20h-0h et 6h-8h: 46 €

Et il existe un paiement forfaitaire de l'établissement du certificat de décès à domicile pendant les heures de PDSA ou en ZIP - zones d'intervention prioritaire déterminées par ministère et ARS - , à hauteur de 100 € ;

Si le médecin voit plusieurs malades habitant ensemble, seul le premier acte est compté comme une visite, les suivants sont considérés comme des consultations. Il n'est pas possible de facturer plus de deux consultations en plus de la première visite.

Une exception toutefois pour les EHPAD puisque depuis le 20 février 2020 et l'avenant 7 de la convention médicale, il est possible de coter 3 fois VG+MD au lieu d'une seule fois auparavant.

Les indemnités kilométriques (**IK**) sont remboursables par l'assurance maladie sous certaines conditions cumulables :

- Lorsque la résidence du malade et le cabinet du médecin ne sont pas situés dans la même agglomération et que la distance qui les sépare est supérieure à 2km.
- Application d'un abattement de 2km par trajet (soit 4km aller/retour)
- Limitation au cabinet du médecin généraliste le plus proche du domicile du patient.

Par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, les IK seront remboursées à condition que le cabinet soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade soit 10km en zone urbaine et 30km en zone rurale.

Enfin la visite longue (**VL**) correspond à une visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, si possible en présence des aidants habituels. Elle concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée dont notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les pathologies neurodégénératives de l'enfant et également pour les personnes en soins palliatifs. Elle peut alors être réalisée trois fois par an.

Une première consultation réalisée au domicile d'un nouveau patient dans l'incapacité médicale de se déplacer, et âgé de plus de 80 ans ou en ALD exonérante peut également être cotée en VL. Il faut bien dans ce cas-là que le patient n'ait pas de médecin traitant ou souhaite en changer. Il faut alors se déclarer médecin traitant lors de cette visite. Elle n'est possible qu'une seule fois dans cette circonstance.

Au cours de cette visite longue, le médecin traitant :

- Réalise une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ;
- Evalue la situation familiale et sociale ;
- Formalise la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ;
- Informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil ;
- Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

Elle est rémunérée 60 euros.

Qu'est-ce qui nous pousse encore à faire des visites à domicile en 2022 ? Qu'est ce qui nous retient ?

La visite à domicile représente beaucoup de temps sur les emplois du temps déjà chargés des médecins. Ainsi une enquête de 2017 montre que le temps moyen consacré à une visite est de 48.7 minutes contre 17.1 minutes pour une consultation.

De l'aspect chronophage de la visite découle l'aspect non rentable. Elle est en effet rémunérée 25 euros plus 10 euros de déplacement auxquels s'ajoutent éventuellement des indemnités kilométriques (0.61 euros par km en plaine et 0.91 euros en montagne). L'indemnité kilométrique est applicable à partir de 4km aller-retour en plaine et 2km en montagne.

Pour un total de temps plus de deux fois plus élevé que pour une consultation, la visite à domicile n'est donc gratifiée que de 10 euros supplémentaires.

Un souci souvent pointé est également le manque de commodité, 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 les genoux, le manque d'hygiène...

La qualité des soins à domicile semble également altérée par la fréquente absence de dossier médical. Ou l'absence de recours sur place au dossier informatisé du cabinet.

Enfin, la frustration de parfois devoir aller chez des patients à leur demande, alors que se déplacer voir l'ophtalmologue ou le cardiologue ne leur pose pas de problème...

La circulation et le stationnement en zone urbaine sont parfois de vrais freins à la réalisation de visite. Certains médecins peuvent aussi être réticents par peur de se retrouver dans des situations désagréables voire dangereuses.

Ainsi la visite à domicile n'est pas rentable financièrement, malcommode professionnellement, parfois désagréable, pourquoi diable en réalisons-nous encore ?

En réalisant des visites à domicile, le médecin peut estimer qu'il est réellement acteur de soins primaires dans toutes ses facettes, il répond aux exigences du métier, il peut ainsi éprouver une sorte de satisfaction du travail bien fait. Il peut également avoir le sentiment d'avoir rendu un service aux patients qui ne peuvent pas se déplacer. Elle donne également l'occasion, dans le cadre de soins palliatifs, de permettre aux patients de mourir à domicile et non dans l'environnement stérile de l'hôpital.

Elles améliorent la confiance des patients dans leur médecin. Les patients, surtout les personnes âgées, considèrent que le médecin de famille qui fait des visites à domicile effectue une meilleure prise en charge, les prend au sérieux. Ceux-ci leur accordent plus facilement leur confiance.

Elle est également un facteur d'efficacité des soins. En effet, réaliser des visites à domicile diminuerait significativement la mortalité tout cause. Pouvoir se rendre facilement au domicile du patient de façon non planifiée permet également de réduire le recours aux urgences en première intention pour les patients.

Elle permet de diversifier la pratique de la médecine générale, de prendre l'air au cours de la journée...

Elle contribue à renforcer **la coordination** entre professionnels de santé. Il est souvent nécessaire de connaître les lieux de vie des patients afin d'être en mesure d'organiser au mieux le lien entre les différents intervenants (spécialistes, IDE, kiné...), principalement pour des patients âgés devenant dépendants.

La visite permet par définition de se rendre sur le lieu où vit le patient. Elle est riche d'informations pour le médecin tels que l'accessibilité, l'isolement ou non, la présence d'une famille, d'un voisin... l'organisation et l'ergonomie des lieux pour la prévention des chutes, la salubrité, la propreté, ...

Elle permet également de voir leur condition de vie, de mieux apprécier l'autonomie et la dépendance, le contenu du réfrigérateur, leur stock de médicaments, les cadavres de bouteille à trainer, ...

L'évaluation des risques de chute au domicile devient évidente lorsqu'on observe des adultes plus âgés dans leur propre environnement, de même que l'importance de la gestion des médicaments est très claire lorsqu'on voit un bol rempli de comprimés mélangés, de bouteilles ou d'inhalateurs vides dans la pharmacie.

En somme malgré des désagréments réels, beaucoup d'informations à en tirer et une efficacité accrue des soins ?

Perspectives

La télémédecine se développe, mais est-elle une solution chez des patients âgés, donc ayant peu accès aux outils numériques ?

Une revalorisation des visites à domicile pourrait permettre aux médecins généralistes de s'y consacrer davantage, car certains s'en détournent par manque de reconnaissance. Dans cette optique, le 30 juillet 2021 a été signé **l'avenant 9** à la convention médicale de 2016 qui met en place la possibilité de coter la visite pour les patients de plus de 80 ans en affection longue durée comme une visite longue à hauteur de 70 euros 4 fois par an. Celle-ci devrait s'appliquer en avril 2022 et pourra être un début de réponse au problème de rentabilité des visites à domicile.

La délégation de certaines tâches à d'autres professions est souvent une solution avancée. Les infirmiers libéraux sont déjà des recours majeurs des patients dépendant à domicile. Y aura-t-il un rôle pour des infirmiers de pratique avancée comme cela est le cas dans d'autres pays ?

L'utilisation de VSL pour faire venir les patients au cabinet est une solution utilisée par certains. 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 (services municipaux de transport, associations, solidarité entre citoyens).

La formation des internes en médecine générale à la visite à domicile (de manière théorique comme pratique) est-elle une réponse à un désinvestissement de certains médecins ?

Bibliographie

1. **Grau, Robert.** La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition. *MACSF*. [En ligne] 11 05 2020. [Citation : 02 11 2021.] <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/visite-domicile-medecin-generaliste-pratique-voie-disparition>.
2. **Loire, assurance maladie Pays de la Loire / URML Pays de la.** visites à domicile / fiches administratives. *omniprat*. [En ligne] [Citation : 02 11 2021.] <https://omniprat.org/fiches-pratiques/fiches-administratives/visite-a-domicile/>.
3. **Mora, Aline Bigot.** S'y rendre ou non? Facteurs d'influence des visites à domicile: étude qualitative basée sur 30 entretiens de médecins généralistes de Maine et Loire. Angers : s.n., 2013.
4. **cpam.** les visites à domicile. *ameli.fr*. [En ligne] 3 janvier 2021. [Citation : 15 10 2021.] <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-visites-domicile/tarifs-visites-domicile>.
5. **Reagjir.** Cotation des visites en EHPAD. [En ligne] 21 02 2020. [Citation : 02 11 2021.] <https://www.reagjir.fr/blog/2020/02/22/cotation-des-visites-en-ehpad/>.
6. **Thuy-Nga Pham, Sabrina Akhtar, Difat Jakubovicz.** Visites à domicile un art essentiel en médecine familiale. *Canadian Family Physician*. janvier, 2018, Vol. 64, e56-53.
7. **A Efstathopoulou, S Davi, L Herzig.** Visite à domicile par le médecin de famille: état des lieux en Europe et en Suisse. *Revue médicale suisse*. 2016, Vol. 12, 1874-8.
8. **Maner, Amandine Le.** Le dossier médical libéral et la visite à domicile: quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste?: une revue de la littérature. Université de Lorraine : s.n., 2018.
9. **Taine, Hélène.** Impact du dossier informatique en visite à domicile sur le suivi du patient: point de vue de médecins généralistes de la Côte d'Opale. *Thèse de médecine générale*. Lille 2 : s.n., 2018.
10. **maladie, Assurance.** Avenant 9 : un texte pour mieux prendre en compte les besoins mis en lumière pendant la crise. *ameli.fr*. [En ligne] 30 07 2021. [Citation : 02 11 2021.] <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise>.
11. **COLIN, Antonice.** État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Faculté de médecine Paris Descartes : s.n., 26 juin 2019.
12. **David Pompey, Paul Frappé.** Apprentissage de la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. *Exercer*. 2011, Vol. 97, 92-6.