



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2018

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Amandine LE MANER

le 9 janvier 2018

**Le dossier médical libéral et la visite à domicile : quelles sont les
problématiques persistantes pour le médecin généraliste ?**

Une revue de la littérature

Examineurs de la thèse :

M. N.JAY	Professeur	Président du jury
Mme F.CLAUDOT	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mr C.BAUMANN	Maître de Conférences des Universités	Juge
Mme S.SIEGRIST	Professeur associé de médecine générale	Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER -
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -
Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER -
Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone
GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude
HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves
MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François
PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel
RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-
BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre
VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse,

Monsieur le Professeur Nicolas JAY,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes membres du jury,

A Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, des précieux conseils que vous m'avez donnés, mais surtout de votre disponibilité. Je suis honorée de vous compter parmi les membres de ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A Madame le Professeur Sophie SIEGRIST,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, mais également de m'avoir accueillie au sein de votre cabinet pendant un an, et de m'avoir donné goût à la médecine générale. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma famille,

A mes papys et mamies chéris, merci d'être les grands-parents dont tous les petits-enfants rêvent, de m'avoir accueillie à Créhange, Maxéville ou Saint-Malo pour rendre mes révisions plus agréables, et pour tous les merveilleux souvenirs d'enfance, mais aussi d'adulte, que j'ai grâce à vous.

A mes parents , merci pour les 150 000 impressions, le gîte et le couvert pendant 25ans, tout le soutien et toute la patience dont vous avez fait preuve pendant ces longues années. Vous êtes enfin libérés-délivrés, vos deux filles sont thésées. « Ca va être une belle soirée !!». Je vous aime fort !

A ma sœur, par cette thèse nous avons un nouveau point commun et je deviens officiellement ta consoeur-crapaud à lunettes. Merci pour tous les fous-rires et tous les souvenirs que j'ai avec toi. Tu es la meilleure sœur du monde.

A Nico, l'amour de ma vie, merci pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien, ta gentillesse, tes chansonnettes tantôt graves tantôt aigues, nos fous-rires, ton soutien, ton amour, et toutes les belles choses qui s'offrent à nous. Je t'aime, un peu plus chaque jour.

A Basile, ma petite prunelle, merci d'avoir égayé la rédaction de cette thèse par les douces mélodies de ton tapis d'éveil, tes sourires, tes yeux rieurs, et tout l'amour que tu répands. Je t'aime plus que tout au monde.

A Edou, je monopolise encore un peu la parole pour te dire que si tu es officiellement mon bof et mon confrère, tu es pour moi comme un frère.

A Benjamin et Louis, merci pour vos petites têtes de minions et vos sourires si réconfortants, vous êtes les meilleurs neveux du monde, même quand vous dites « non, pas tata ! ».

A Monique, Jean-Marc, Maxime, Gautier, Déborah et Julie, merci pour les révisions dans la piscine, les BN, l'accueil pendant mon semestre à Freyming, le baby-sitting, votre humour, les cartons de Uby, bref pour tout. On ne peut pas rêver mieux comme famille.

A Martine et Denis, merci d'être des beaux-parents si géniaux, toujours aux petits soins, vous m'avez tant épaulée lors de la réalisation de cette thèse, et je vous en suis infiniment reconnaissante.

A Caro, ma belle-sœur chérie, loin des yeux mais toujours dans mon cœur.

A Mamie Tété, merci pour vos bons petits plats, et pour votre si bel environnement.

A toute ma (nombreuse) belle-famille, merci pour votre soutien et les moments partagés avec vous.

A mes amis,

A Malice, tu es ma sœur depuis plus de 15ans, merci pour tous les bons souvenirs à tes côtés mais surtout pour toutes les occasions que nous avons encore pour les ressasser et en créer de nouveaux.

A Caro et Sarah, les deux plus belles découvertes de la médecine à mes yeux. Vous avez égayé ce long parcours à votre façon, et vous me devez toujours 50 euros pour l'ORL. Merci de m'avoir tant fait rire pendant nos longues heures de BU, au self, à Budapest etc ...

A mes amis de toujours : Poussin et Benoit, merci d'être là depuis 15ans, et de m'avoir tant soutenue ces derniers mois. Anne, merci pour tous les bons souvenirs de lycée et de P1 (et le public du vendredi matin). Popo, ma voisine d'amphi devenue une super amie, merci de me faire tant rire avec tes lamas et ton surimi. Marion, merci pour les souvenirs inoubliables avec toi (même si j'ai failli y laisser un œil).

A PO, merci de m'avoir appris que le sphénoïde c'est comme un cube.

A Pierre, j'espère que les courriers confraternels que nous aurons l'occasion de nous envoyer seront aussi agréables que nos cartes postales,

A Zam, parce que maintenant c'est à ton tour de vivre cette expérience,

A mes co-internes préférés : Anais, ma plus belle rencontre Thionvilloise, merci d'avoir été là pendant ces 6 longs mois. A la TEAM DIABETO : Rebecca, Joanna, Pauline, Alex et Béa, je vous love tellement mes BPG. A Thomas mon confrère préféré, Agathe, et Florence : pour tous les bons moments à Mercy mais aussi en dehors.

A Murielle et Edwina, merci pour votre confiance et votre patience.

A tous les collègues, chefs, équipes paramédicales, secrétaires, que j'ai pu côtoyer pendant ces nombreuses années,

A tous les patients.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMP : Dossier Médical Personnel

DMPa : Dossier Médical Partagé

HAD : Hospitalisation A Domicile

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

VAD : Visite A Domicile

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
INTRODUCTION	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES	19
RÉSULTATS	20
Contexte de la visite à domicile (VAD)	21
L'informatisation des médecins généralistes	23
Du Dossier Médical Personnel au Dossier Médical Partagé	25
Le dossier du médecin généraliste en visite à domicile	26
Le smartphone.....	28
DISCUSSION.....	29
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE.....	38

INTRODUCTION

La population française vieillit. Au premier janvier 2017, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 9.1% de la population (1). D'après les projections de l'Insee, si les conditions démographiques actuelles se maintiennent, cette proportion atteindrait 16 % en 2050. L'augmentation actuelle de prévalence des maladies chroniques (2) s'explique d'une part par le vieillissement de la population, les personnes âgées étant souvent poly-pathologiques, et d'autre part par les progrès diagnostiques et thérapeutiques de la médecine. L'espérance de vie en France atteint désormais 85.4 ans pour les femmes et 79.3 ans pour les hommes (1). Cette population vieillissante vit majoritairement à domicile : 85% des personnes âgées de 70ans ou plus vivent à domicile (3) et 85% des français ont déclaré qu'ils préféreraient passer leurs derniers instants chez eux (4). Le maintien à domicile est devenu un objectif de santé publique.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (5) de modernisation du système de santé français a réorganisé les soins primaires en attribuant le rôle de coordinateur de ces soins au médecin traitant. C'est ce qu'on appelle le virage ambulatoire. Son instauration est justifiée par le fait que l'hôpital ne semble plus être le plus performant dans la prise en charge des pathologies chroniques, ou même simplement du vieillissement des patients. C'est ainsi que se développent des structures ambulatoires comme les maisons et centres de santé, et des prises en charge comme la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour, l'Hospitalisation A Domicile (HAD), le projet Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), etc... Depuis la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (6), chaque patient âgé de plus de 16 ans peut déclarer un médecin traitant de son choix à sa caisse d'assurance maladie, afin de pouvoir bénéficier d'un remboursement optimal. S'il n'en déclare pas, le remboursement est alors moindre. Cette différence de prise en charge incite alors les patients à choisir un coordinateur de leur parcours de soins. Depuis juillet 2016, la déclaration d'un médecin traitant est également accessible aux moins de 16 ans. Cette médecine de parcours correspond à la définition européenne des compétences de la médecine générale par la WONCA-Europe (7), selon laquelle le médecin généraliste est le premier recours du patient qui exerce un rôle de coordination des soins, qui doivent être continus et adaptés aux besoins aigus et chroniques du patient.

Face à cette évolution qualitative et quantitative du besoin de soin, la médecine libérale doit s'adapter tout en tenant compte des choix personnels des professionnels de santé. Le médecin n'exerce plus seul. La pluridisciplinarité d'exercice place le médecin généraliste au centre d'un parcours de soin global médico-social. Ce parcours doit être optimisé en qualité de soin et en gestion des ressources tant humaines qu'économiques.

Parmi les compétences du médecin généraliste, on retrouve la pratique de la visite à domicile, qui est une quasi-spécificité de cette discipline. Compte tenu de la baisse de la démographie médicale actuelle et projetée jusqu'en 2030 (8)(9)(10), la part de visites à domicile dans la pratique du médecin généraliste est vouée à augmenter, ce qui inverse les choix antérieurs. L'intervention de nombreux professionnels appartenant à des catégories différentes autour du patient suivi à domicile nécessite un outil performant en terme de coordination, afin d'améliorer la qualité des soins qui y sont dispensés. Cet outil est le dossier médical. La tenue du dossier médical est une obligation déontologique pour chaque médecin (11) et sa bonne tenue améliore la qualité des soins. Aucune réglementation n'encadre la tenue, le contenu ni le support du dossier médical libéral. Toutefois, des recommandations (12) datant de 1996 concernaient son contenu. Actuellement, il exerce principalement un rôle médico-légal et de traçabilité. Au quotidien, c'est une aide à la mémoire du médecin généraliste facilitant la coordination. Cet outil doit conjuguer le respect du secret médical et l'amélioration de la qualité des soins dans le contexte des choix de santé publique et de bouleversement des pratiques des médecins généralistes. Ils doivent alors s'équiper d'un dossier le plus complet possible pour les patients suivis à domicile afin d'être prêt à affronter ce virage ambulatoire.

Nous nous sommes alors intéressés à la tenue du dossier par le médecin généraliste, au cabinet et en visite. L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les difficultés persistantes pour le médecin généraliste dans la tenue du dossier médical libéral et la pratique de la visite à domicile.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin de répondre à notre objectif, nous avons conduit une « scoping review ». Ce type de revue permet d'identifier rapidement les concepts-clés, les théories à la base d'un domaine de recherche ainsi que les principales sources et résultats disponibles (13). L'atout majeur d'une « scoping review » est d'ajuster les critères de la recherche tout au long de l'étude afin qu'elle réponde au mieux à la question de recherche initiale. Les mots clés utilisés étaient : dossier médical, visite à domicile, domicile, médecine générale, confidentialité, secret professionnel, partage de l'information, smartphone. Les équations de recherche initiales étaient ([« confidentialité » OR « secret professionnel »] AND [« médecin généraliste » OR « dossier médical » OR « visite à domicile »]) et ([« visite à domicile »] AND [« médecin généraliste » OR « dossier médical » OR « partage de l'information »]) et ([dossier médical] AND [« partage de l'information » OR « domicile » OR « médecin généraliste »]). Notre recherche a été réalisée sur les bases de données Système Universitaire de Documentation (SUDOC) et Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF) du CHU de Rouen. En effet, notre étude porte sur la législation française donc des sites francophones de références sont les plus adaptés. Nous avons pris le parti de compléter les travaux déjà réalisés en région : la base de données Publications Et Travaux Académiques de Lorraine (PETALE) de l'université de Lorraine était incontournable. L'étude a été réalisée sur la période septembre 2017 à octobre 2017. Nos critères d'inclusion étaient : des thèses d'exercice de médecine générale, qui traitaient au moins d'un des sujets suivants : le dossier médical libéral, la visite à domicile, les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la tenue de son dossier médical et/ ou dans la pratique de la visite à domicile, et les solutions déjà proposées à ces difficultés. Des références bibliographiques répondant à notre objectif ont fait l'objet d'une inclusion secondaire.

RÉSULTATS

Au total, 302 références ont été identifiées. Après sélection sur titre, nous avons procédé à une lecture intégrale des thèses pour élimination des doublons et pour l'inclusion. Nous avons finalement inclus 55 références. Le tableau 1 résume le nombre de références retrouvées et celles incluses par équation.

Tableau 1 : Nombre total de références et nombre de références pertinentes inclus pour chaque équation de recherche.

Equations / mots-clés	Références	Inclusion
([« confidentialité » OR « secret professionnel »] AND [« médecin généraliste » OR « dossier médical » OR « visite à domicile »])	62	8
([« visite à domicile »] AND [« médecin généraliste » OR « dossier médical » OR « partage de l'information »])	27	13
([dossier médical] AND [« partage de l'information » OR « domicile » OR « médecin généraliste »]).	168	22
Smartphone	45	12
Total	302	55

Contexte de la visite à domicile (VAD)

La visite à domicile représentait entre 10.4 et 10.8% de l'activité du médecin généraliste (14)(15)(16), qui y consacrait entre 5 et 10 heures par semaine en moyenne (17)(16). Cette proportion était en baisse (14)(17)(18)(19)(20)(21)(22)(23)(24)(25)(26) depuis la signature d'un Accord de Bon Usage des Soins en 2002 (27), ayant modifié les conditions de remboursement des visites dites injustifiées. Son objectif était de diminuer le nombre de visites de 5% en un an (14). La visite à domicile était intégrée à la pratique des médecins installés et des internes en médecine générale (22)(28)(29). Elle concernait majoritairement des personnes âgées dépendantes (14)(16)(17)(19)(22)(23)(30), et les pathologies chroniques plutôt qu'aigues (17)(19)(20). Elle durait en moyenne 30 à 41 minutes versus 15 à 18 minutes pour une consultation (18)(19)(22)(26).

Les médecins généralistes rapportaient régulièrement :

Tableau 2 : caractéristiques de la visite à domicile selon les médecins généralistes

Caractéristique	Nombre de citations	Références bibliographiques
Caractère chronophage	9	(3)(17)(18)(19)(20)(22)(23)(28)(30)
Rémunération insuffisante	8	(3)(17)(18)(19)(20)(22)(28)(30)
Acte indispensable	6	(16)(18)(19)(22)(23)(24)
Instructive	6	(14)(18)(19)(20)(22)(28)
Altération de la qualité des soins	5	(18)(19)(23)(27)(28)
Acte contraignant	4	(18)(22)(23)(28)
Rupture dans l'emploi du temps appréciée	2	(19)(28)
A intégrer dans son planning déjà chargé	2	(18)(28)
Dévalorisation de leur spécialité	2	(22)(28)

Les médecins généralistes rencontraient de nombreux obstacles au cours de ces visites à domicile : une hygiène parfois insuffisante (18)(19)(28) , un inconfort matériel (manque d'éclairage, d'espace, de matériel, mauvaise installation du patient) (3)(17)(19)(22)(28), une perte de leurs repères perturbant les médecins qui ne se retrouvaient pas dans leurs

conditions habituelles de pratique (19)(23)(28), et des difficultés liées au dossier médical (14)(18)(19)(22)(28)(30).

« d'un point de vue hygiène, c'est sûr qu'on a bien notre petit Stériliumâ dans la trousse, mais ça reste de la médecine de coin de table comme j'appelle ça moi, avec les miettes de pain sur la table et le chien à côté » (18)

« pour des sutures à domicile, les conditions d'hygiène sont quand même nettement moins satisfaisantes que ce qu'on peut faire au cabinet médical » (19)

« des fois c'est tellement dégueulasse » « des logements qui sont très insalubres » « il habite une ferme, c'est encore de la terre battue sur le sol » (28)

« la majorité des médecins estiment que l'éclairage, l'espace et le silence ne sont pas satisfaisants » (22)

« difficultés matérielles » (17)

« notre activité est plus facile en consultation, on a accès à beaucoup de choses qu'on n'a pas chez les gens » « on a quand même tout ce qu'il faut ici, on a tout le matériel » « j'trouve que le confort de l'examen, tu le perds, quand même en visite » « un canapé, c'est pas une table d'examen » (28)

« on se heurte au problème technique de l'examen, on n'a pas la bonne lumière, on ne peut pas effectivement bien examiner la personne » « je n'ai pas un matériel d'excellente qualité dans ma sacoche de visite » « à domicile, il y a des gestes techniques que je me refuse désormais à faire, notamment l'examen gynéco » « je n'ai pas toutes les petites aides que j'ai au cabinet au niveau de l'ordinateur, je n'ai pas ça à domicile » (19)

« les principaux freins sont des contraintes pratiques entraînant une perte des repères » (23)

« chez les gens on n'a pas notre rituel d'examen clinique, on n'aura pas nos repères habituels » (28)

« au cabinet, on est dans notre structure, on a nos automatismes, on a nos habitudes, on a notre confort d'exercice et on est quand même psychologiquement et professionnellement nettement plus à l'aise » « on est aussi un petit peu perturbé en visite, on perd nos automatismes, ce qui fait qu'on peut passer à côté de choses qu'on aurait faites au cabinet où on a nos repères » (19)

« à la maison on travaille quasiment sans dossier médical, c'est un peu limite comme manière de travailler » « c'est quand même plus confortable de voir des patients au cabinet que de les voir au domicile, sans dossier » (28)

« il m'arrive d'avoir des journées avec des visites où comme hier j'en avais 16 donc je ne l'ai pas fait » « mes notes à moi, il n'y en a aucune parce que je ne prends pas la peine d'écrire des notes » « en pratique, je tiens assez peu de dossiers » « les médecins jugeaient que puisque les visites représentaient une faible part de leur activité, ils n'étaient pas prêts à s'investir dans le dossier médical lors des visites » « les médecins rencontraient des difficultés lors des visites non planifiées, car ils n'avaient pas emporté le dossier médical avec eux » (30)

« lors de la visite à domicile disposez-vous d'un dossier médical ? » « non (61.8%) » (22)

Figure 1 : Verbatim sur les obstacles rencontrés en visite à domicile.

L'informatisation des médecins généralistes

L'informatisation des cabinets s'était développée essentiellement depuis l'obligation de télétransmission des feuilles de soin en 1996 (31). Quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-dix pourcent des médecins généralistes étaient désormais informatisés (32)(33)(34)(35)(36). Les dossiers médicaux étaient informatisés pour 74% à 90% d'entre eux. (15)(14)(33)(37). Certains médecins poursuivaient l'utilisation d'un dossier papier (65% en 2007 (32), 14% en 2015 (33)). Les ordinateurs étaient majoritairement des postes fixes (83%) (32). Le dossier médical contenait à plus de 90% les données administratives (37), les antécédents (37), l'ordonnance (33)(37), les constantes mesurées (33) et les données de la consultation (37). Ensuite, venaient les résultats biologiques (83.6%), les vaccinations (77.6%), les résultats d'examens complémentaires (73.3%), les lettres et les comptes-rendus médicaux (71.5%).

Dans le travail de thèse de Bami Grégory (32), 149 médecins généralistes du Val d'Oise ont été interrogés ; 99% réalisaient des sauvegardes régulièrement sur un support externe (96%), conservé en dehors du cabinet (67%), et possédaient un mot de passe pour allumer l'ordinateur (66%), et accéder au logiciel métier (79%). Ces mots de passe n'étaient presque jamais changés (81%), n'avaient aucun lien avec des données personnelles (72%), et étaient courts (84%). Seulement 1% des médecins répondait aux critères de sécurité d'élaboration d'un mot de passe. Ils utilisaient en majorité un écran de veille (75%), mais non protégé par un mot de passe (81%).

Figure 2 : Travail de thèse de Bami Grégory (32).

Tableau 3 : Caractéristiques de l’informatisation médicale selon les médecins généralistes.

Caractéristiques de l’informatisation	Nombre de citations	Références bibliographiques
Le risque de perte de données et leur insécurité (par vol de matériel, virus, pannes informatiques, piratage)	5	(20)(30)(32)(33)(39)
Une accessibilité et un classement des données, évitant la redondance, plus rapides	5	(12)(20)(33)(37)(38)
Une rapidité de prescription grâce aux logiciels d’aide à la prescription	4	(12)(20)(33)(37)
Une facilitation et une rapidité de partage d’information facilité	4	(12)(20)(32)(33)
Une amélioration de la lisibilité	4	(12)(20)(32)(33)
L’évolution rapide du matériel nécessitant une modernisation régulière responsable d’un surcoût financier	4	(20)(30)(32)(33)
L’existence d’alertes de contre-indications et d’alarmes de suivi et de prévention	3	(20)(33)(37)
Une utilisation chronophage pour certains médecins	3	(20)(30)(33)
Une disponibilité des informations à plusieurs endroits	2	(12)(38)
Un gain de place	2	(32)(33)
Une capacité de stockage supérieure par rapport à l’espace nécessaire à la conservation des dossiers papier	1	(37)
Un inconfort visuel lié à l’écran	1	(33)
L’absence de dossier lors des visites à domicile	1	(33)

Il était suggéré que l'informatique médicale devrait être enseignée à la faculté et faire partie de la formation médicale continue, afin de répondre au besoin de formation fortement exprimé par les médecins, qui sous-utilisaient le potentiel de l'informatisation médicale et présentaient des lacunes concernant la protection et la sauvegarde des données informatisées (32)(34)(40)(41)(42)(43).

Du Dossier Médical Personnel au Dossier Médical Partagé

Le développement du Dossier Médical Personnel, créé en 2004 (6), fut marqué par un échec (33) selon un rapport de la Cour des Comptes en février 2009 (44). Entre 83% à 94% des médecins étaient insatisfaits (44)(20)(45)(46). Ils déploraient une utilisation complexe, donc chronophage (20)(44)(47)(48)(49) et responsable d'une surcharge de travail (46)(50). Environ 4.6% à 4.8% des médecins généralistes l'utilisaient (46)(48). Ils craignaient le non-respect du secret concernant les données personnelles qu'il contenait pour environ un médecin sur deux (44)(48)(49)(50), ainsi que des bugs informatiques pour 67.4% (44). Ils restaient cependant optimistes concernant son déploiement futur pour la moitié d'entre eux (44)(46), et l'utilité qu'il pourrait apporter en termes de coordination (49)(51)(52), passant par un partage d'informations (52) et d'amélioration de la qualité des soins (44)(50)(52)(53), tout en évitant une redondance de prescriptions (52). Quatre-vingt-quatre virgule cinq pourcents étaient demandeurs d'une formation au Dossier Médical Personnel (44)(47)(48)(50)(51), qui permettait d'améliorer leur opinion lorsqu'ils étaient mieux informés (52). Les plus jeunes médecins avaient une opinion plus positive que leurs aînés (52). La modernisation du système de santé français en 2016 rebaptisait le Dossier Médical Personnel, qui devenait alors le Dossier Médical Partagé (54). Son accès était facilité, et réputé confié à l'ensemble de l'équipe de soins (5) prenant en charge le patient sans qu'elle n'ait besoin de recueillir son consentement. Parallèlement, les principes législatifs relatifs au partage d'informations évoluaient : il était rendu possible entre professionnels de soins, médico-sociaux et sociaux. Les médecins généralistes interrogés dans la thèse de Simon Enouf (55) craignaient son caractère chronophage et la possibilité de survenue de problèmes techniques, mais avaient une opinion favorable sur le Dossier Médical Partagé. Il concluait son travail par la nécessité de formation des professionnels de santé sur le sujet, afin de développer son utilisation.

Le dossier du médecin généraliste en visite à domicile

Les médecins généralistes rapportaient que l'accès au dossier médical pendant la visite à domicile améliorait la qualité des soins (15). Dans 43.6 à 54.4 % des cas, celui-ci était absent (12)(14)(20)(26)(30)(56). Entre 18.6% et 21% (15)(30)(37) retranscrivaient le contenu de leur visite au cabinet . Sur les 78 médecins interrogés dans le travail de Pascal Nourry (15), 12% ne laissaient aucune trace de leur visite. Certains médecins se contentaient de compléter le dossier de liaison par exemple s'il en existait un (30). Lorsqu'ils disposaient d'un dossier à domicile, il était majoritairement sous forme papier, qui restait souvent au domicile du patient. Entre 5% et 7.1% des dossiers étaient sous forme informatisée mobile (20)(37) bien que 64% des 161 médecins généralistes normands interrogés par Cécile Desechalliers y soit favorables (14). Ces médecins ressentaient plus fréquemment des difficultés à apprécier une modification de l'examen clinique (86%), à modifier ou renouveler le traitement (80%) et à adresser le patient vers un spécialiste ou une structure hospitalière (78%) lorsqu'ils n'étaient pas en possession du dossier à domicile. Quarante-neuf pourcents n'étaient pas satisfaits de leurs dossiers concernant les patients qu'ils suivaient à domicile.

La fréquence absence de tenue du dossier médical à domicile, dépendante de la motivation du médecin ainsi que du nombre de visites pratiquées, était liée à :

Tableau 4 : Obstacles à la tenue d'un dossier médical en visite à domicile (30).

Des conditions pratiques	Des conditions techniques
Tenue chronophage	Surcoût d'un dossier informatisé, dans un contexte d'acte mal rémunéré
Absence de consensus concernant le dossier médical à domicile, responsable d'une diversité des pratiques et d'une multiplicité des supports	Le dossier médical informatisé ne semblait pas réalisable, du fait de l'absence de connexion internet chez certains patients
Tenue difficile pour les patients alternant les consultations au cabinet et à domicile	
Le médecin n'avait pas toujours la possibilité de disposer de son dossier papier (visites non programmées)	Le dossier papier est inaccessible depuis le cabinet
Encombrement et lourdeur du dossier médical papier	
Crainte de perte du dossier par le patient ou lors d'un passage hospitalier	
Crainte de violation du secret médical du dossier laissé à domicile	La proposition de sécurisation d'un dossier informatisé par un mot de passe personnel à chaque patient était rejetée, les médecins estimant qu'ils devaient déjà disposer de nombreux codes (comme le digicode) afin de pouvoir entrer au domicile du patient

Le smartphone

Quatre-vingt-sept virgule trois pourcents des médecins généralistes possédaient un smartphone (57)(58), et 74.7% d'entre eux l'utilisaient dans un but professionnel et disposaient d'environ 5 applications médicales (57). Le smartphone présentait l'avantage d'être mobile (59)(60) et était souvent utilisé au domicile du patient (60)(61). Les médecins généralistes le considéraient comme un outil de travail devenu indispensable, ayant le potentiel d'améliorer la pratique médicale (57)(61). Il existait une corrélation entre l'âge du médecin et l'utilisation d'un smartphone : plus il était jeune, plus il était susceptible d'en utiliser un dans sa pratique professionnelle (60).

Tableau 5 : Applications pour smartphone utilisées, proposées et attendues.

Applications	Références
Les plus utilisées : <ul style="list-style-type: none">- Guides thérapeutiques- Calculs de score- Fiches de synthèse	(58)(60)(62)
Proposées dans des travaux de thèse : <ul style="list-style-type: none">- Prise en charge du diabète de type 2- Prise en charge de la grossesse- Suivi des anticoagulants oraux	(63) (64) (65)(66)
Attendues par les médecins généralistes, particulièrement à domicile <ul style="list-style-type: none">- Recommandations- Dossier médical	(62) (58)(61)(62)

DISCUSSION

Notre recherche avait pour objectif de mettre en évidence les difficultés persistantes pour le médecin généraliste dans la tenue du dossier médical libéral et la pratique de la visite à domicile.

Il existe une grande variabilité des pratiques dans la tenue du dossier médical du médecin généraliste. Concernant son contenu, les informations devant figurer dans le dossier selon les médecins généralistes concordaient avec les recommandations de l'ANAES sur la tenue du dossier médical en médecine générale (12). En revanche, la détermination du support qui y serait le plus adapté reste problématique à ce jour. L'omniprésence de l'informatique dans notre quotidien n'a pas épargné la médecine libérale : télétransmission, création du DMP en 2004, et de l'espace pro AMELI en 2006 permettant de vérifier les remboursements, d'effectuer une déclaration de médecin traitant, et d'autres fonctions administratives du généraliste (arrêts de travail, protocoles de soins etc..). L'informatisation atteint désormais 85 à 90% des cabinets libéraux, alors qu'en 1997, ce chiffre était de 34.5% (33). On retrouve le même pourcentage (87.8%) dans le travail de thèse de Patrick Bray en 2014 (70), dans une enquête de l'URML Ile de France (85.4%) en 2000 (71), et dans un rapport de l'Ordre des médecins en 2005 (85%) (36). L'obligation de télétransmission par l'ordonnance Juppé de 1996 a donc eu un impact colossal sur l'informatisation des médecins généralistes. Nous ne pouvons réduire ces données sur le nombre d'ordinateur et le pourcentage de télétransmission pour décrire la maîtrise de l'outil informatique : nous avons donc collecté les données de performance de l'outil informatique, vécue par le médecin généraliste et son utilisation réelle. Seulement 74% à 86% des dossiers seraient désormais informatisés (14)(15)(33). Ce chiffre était de 40 à 60% en 2005 (36). Le dossier papier laisse donc peu à peu sa place au dossier informatisé. Pour pallier à cette difficulté responsable d'une variation des pratiques, une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est mise en place depuis 2012 (72). Afin d'obtenir la rémunération associée, le médecin doit disposer d'un matériel informatique permettant de télétransmettre les feuilles de soin, d'effectuer une synthèse annuelle pour chaque patient et d'utiliser un logiciel certifié d'aide à la prescription, et il doit tenir des dossiers médicaux informatisés. Le bilan de la CNAM réalisé 3ans (73) après la mise en place des ROSP était positif. Le souhait étant une amélioration de la tenue des dossiers du médecin généraliste, mais également une volonté d'harmoniser les

pratiques, en incitant les médecins généralistes à informatiser leurs dossiers. Le bilan de la CNAM à 5ans (74) montre un ralentissement des progrès des médecins généralistes depuis 2016. Une nouvelle convention est alors mise en application dès 2017 : il existe désormais un « forfait structure » concernant la modernisation du cabinet, toujours dans une volonté d'harmoniser les pratiques. Il ajoute aux critères précédents la valorisation de l'utilisation de logiciels métiers DMP compatibles et l'utilisation d'une messagerie sécurisée. Une ROSP spécifique à la prise en charge des enfants vient d'être ajoutée en 2017. Cette volonté d'harmoniser la pratique du médecin généraliste par l'informatisation est justifiée par les nombreux avantages qu'elle apporte par rapport au support papier. L'inconvénient majeur que lui attribuent les médecins généralistes est l'insécurité des données médicales. Ils craignent des pertes de données, par panne informatique ou piratage, pouvant compromettre la confidentialité des informations. Du serment d'Hippocrate aux codes pénal, de déontologie médicale et de santé publique, le secret est un pilier de l'exercice médical. Il constitue un droit du patient en plus d'être un devoir du médecin. Cependant, le vieillissement de la population française et l'émergence des maladies chroniques ont nécessité un élargissement des conditions de partage d'informations à caractère secret. Le récent accroissement législatif autour du secret médical peut s'expliquer par un besoin d'améliorer sa protection devant l'émergence de nouveaux moyens de communication d'informations à caractère secret, et la modification de l'exercice médical libéral, devenu pluridisciplinaire. Jusqu'alors réservée aux professionnels de santé, la transmission d'information est désormais possible entre professionnels de santé et professionnels sociaux sous réserve qu'ils participent à la prise en charge commune d'un même patient. Dans sa thèse, Hélène Mayens-Huron (75) déclare : « si l'ordinateur est un facteur incontestable de progrès en médecine générale, il est également une source de danger pour le secret médical ». En effet, l'informatisation du domaine médical libéral s'est développée très rapidement, et si les médecins tentent encore de s'approprier tous les outils que l'informatique met à leur disposition pour améliorer leur pratique, des lacunes persistent concernant la sécurité des données de santé informatisées, qu'il s'agisse de leur conservation ou de leur partage. En effet, un tiers (29 à 31.6%) des médecins échangent des informations médicales par le biais d'une messagerie non sécurisée (37)(67). La dématérialisation des données échangées améliore la coordination et la qualité des soins du fait de la rapidité de leur partage (38)(68), mais elle doit respecter leur confidentialité. Le

décret de confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique de 2007 (37) impose l'emploi de la Carte Professionnel de Santé pour sécuriser les échanges d'informations dématérialisées. Les médecins généralistes ressentent le besoin de se former à l'utilisation de l'informatique dans leur pratique professionnelle, afin d'optimiser ses capacités et d'en assurer la sécurité.

Serment D'Hippocrate et Santé Publique

- Respect du secret professionnel
- Protection des données
- Formation à l'informatique
- Amélioration des pratiques

Les médecins interrogés dans les thèses étudiées s'accordaient sur le fait que les patients suivis en VAD étaient majoritairement des personnes âgées, dépendantes. Les personnes âgées sont effectivement majoritairement suivies à domicile, 81% des actes pratiqués par le médecin généraliste chez les plus de 80ans étant des VAD (3)(26), contre 10.4 à 10.8% dans la population générale. Actuellement, un médecin généraliste suit en moyenne 21 personnes âgées dépendantes à domicile, population dans laquelle la VAD représente 84% des actes (21). Les moyens déployés au maintien à domicile de ces personnes âgées, comme les prises en charge en HAD ou le projet PAERPA, impliquent leur médecin traitant, qui doit alors se rendre régulièrement au domicile de ces personnes. Les différents travaux de thèses portant sur la pratique de la VAD s'accordaient à dire que la VAD était un acte en diminution. Lorsqu'on compare le pourcentage qu'elle représente dans la part d'activité du médecin généraliste dans chaque thèse et par année, on constate une nette diminution à partir de 2003, l'AcBUS ayant été approuvé en août 2002. Maria Doas (24) a évalué son retentissement sur des médecins généralistes aquitains un an après sa mise en place et concluait à un objectif atteint puisque le nombre de VAD avait baissé de 6.9%. La justification de la VAD a alors permis de recentrer son indication. Le pourcentage de la VAD dans l'activité du médecin généraliste se maintient. Les VAD persistantes ne peuvent disparaître puisqu'elles concernent des personnes âgées dépendantes, donc répondent aux critères de l'AcBUS. Ceci correspond au sentiment des médecins dans ces thèses : la VAD est

un acte indispensable, intégré à leur pratique. Les travaux concordaient également sur la perception de la VAD par les médecins généralistes : ils dataient de 2005 à 2017, donc après la signature de l'AcBUS, mettant en évidence que le fait de pratiquer moins de VAD n'a pas eu d'impact, notamment positif sur la perception qu'en ont les médecins. Les difficultés liées à la pratique de la VAD persistent donc. Le médecin généraliste, qui la considère comme une nécessité, va alors devoir pratiquer de plus en plus cet acte contraignant, chronophage et de mauvaise qualité. Or les jeunes médecins généralistes, envisagent un rythme de travail allégé par rapport à celui de leurs confrères prédécesseurs, tout en recentrant leur activité sur du temps médical pur. La rémunération de la VAD jugée insuffisante, notamment en raison de sa durée, a été revalorisée en mai 2017.

La visite à domicile

- Pour la personne âgée dépendante
- Dans la maladie chronique
- Chronophage
- Une rémunération qui fait débat

Parmi les nombreuses problématiques liées à la pratique de la VAD, se trouve la tenue du dossier médical. Très peu de médecins généralistes disposent d'un dossier médical lorsqu'ils vont au domicile du patient, ce qui altère la qualité des soins en les mettant en difficulté. Parmi les raisons justifiant cette absence de tenue de dossier médical pour les patients suivis à domicile, on retrouve le manque de temps, la visite durant 40 minutes versus 18 minutes pour une consultation, dont 3.75 minutes sont dédiées à la mise à jour du dossier (22). La complexité de la prise en charge de la personne âgée dépendante se ressent sur le temps de consultation au cabinet également puisqu'elle dure en moyenne 23min (21). La même difficulté concernant l'absence de support idéal à ce dossier au cabinet est retrouvée à domicile, où elle semble y être encore plus problématique. Le dossier papier est encombrant, le médecin n'a pas toujours le temps de passer au cabinet avant la visite à domicile, et ne veut pas le laisser au domicile du patient car il l'expose alors à un risque de perte ou de violation du secret médical. Lorsqu'il dispose de dossiers informatisés, il n'y a pas accès lors de la visite, à moins de bénéficier d'un ordinateur portable, ce qui n'est pour

le moment que très peu le cas. Il retranscrit alors, s'il prend le temps de le faire, les données dans son dossier au cabinet, mais ceci ne lui permet pas de consulter les données de son patient lorsqu'il est à son domicile. La multiplication d'intervenants de différentes catégories professionnelles au domicile de la personne âgée nécessite un dossier permettant de partager les données concernant cette personne. Pour les patients pris en charge en HAD ou dans le projet PAERPA par exemple, les professionnels disposent d'un dossier commun pour chaque patient. Ainsi, la tenue d'un dossier médico-social partagé à domicile est possible, seuls son support et son contenu restent à déterminer. A l'ère de l'informatisation, différents supports électroniques ont été proposés. C'est ce qu'on appelle la m-santé. Elle est définie comme « un domaine couvrant la santé, basé sur des outils mobiles tels que les smartphones, tablettes, et tout autre outil sans fil » (61). Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) sont sous-utilisées dans le domaine médical en France par rapport aux autres pays. En matière d'informatisation et de dossiers partagés, la France est en retard par rapport aux autres pays européens (51). Au Danemark, la quasi-totalité des médecins généralistes disposent de dossiers informatisés. En Finlande, tous les professionnels de santé ont l'obligation d'utiliser un dossier patient national informatisé depuis 2002. En République Tchèque, 25% des patients ont un dossier médical partagé. En Estonie et en Belgique, ce chiffre monte à 50%. Au Royaume-Uni, un grand nombre de DMP est ouvert, mais sa création ne nécessite pas le consentement du patient : pour ne pas avoir de DMP, le patient doit à l'inverse signaler son non-consentement. En Italie, en Lombardie, il existe un dossier médical informatisé, qui peut être accessible sur smartphone, par l'envoi SMS d'un mot de passe à usage unique. Une autre problématique rencontrée par le médecin généraliste consiste en la nécessité d'un dossier partagé, adapté à l'exercice devenu pluridisciplinaire. En France, les obstacles au déploiement du DMPa selon les généralistes sont les mêmes que ceux évoqués auparavant pour le DMP. On peut malheureusement en déduire que même si le DMPa est une version améliorée du DMP, il risque de subir le même avenir, soldé par un échec, que son prédécesseur. Il est surtout méconnu par les médecins généralistes, car sous-utilisé, faute de temps. En février 2016, seulement 0.87% des français ont ouvert un DMP (69). Les médecins généralistes ressentent le besoin d'être formés à l'utilisation du DMP. Un dossier médico-social partagé numérique a été proposé dans le projet « DEMETER » : les différents professionnels utilisent un stylo numérique pour retranscrire leur acte, sur un support papier. Lorsque le stylo est remplacé

dans sa borne, son contenu est alors dématérialisé dans le dossier numérique du patient. Ainsi, les informations sont dédoublées : le support papier reste à domicile, permettant sa consultation, et les données sont informatisées, permettant leur consultation depuis un autre endroit que le domicile, sans avoir besoin de les retranscrire. Il n'y a donc pas de perte de temps. Les difficultés retrouvées au cours de cette expérimentation étaient essentiellement des problèmes de connexion et des problèmes techniques. Une autre technique électronique se développe au sein du monde médical : le smartphone. En 2016, 86.5% des généralistes en utilisent un, alors qu'ils n'étaient que 30% à le faire en 2010 (57). L'utilisation du smartphone en médecine générale est donc en plein développement. Les différents travaux de thèse relatifs à l'utilisation d'un smartphone datent tous d'après 2015, montrant encore qu'il s'agit d'un nouvel outil en plein développement. Les médecins sont 75% à utiliser entre 1 et 5 applications médicales. Ils le consultent quotidiennement, d'autant plus lorsqu'ils sont à domicile. Le smartphone semble être d'autant plus utilisé que le médecin généraliste est jeune. Ils l'estiment comme un outil devenant de plus en plus indispensable à leur pratique, qui permet d'améliorer la prise en charge, grâce à diverses fonctions comme le calcul de scores médicaux, des fiches synthèses ou des guides thérapeutiques. Le souhait d'ajouter la fonction « dossier médical partagé » à ces fonctions est exprimé. De nombreuses applications médicales ont été imaginées pour le médecin généraliste, notamment pour le suivi des maladies chroniques. L'application « Ordoclick » a été lancée en mars 2017 à l'initiative d'un généraliste français, afin de dématérialiser l'ordonnance du patient. Ce procédé étant peu développé en France par rapport aux pays nordiques, à l'Espagne, l'Italie, ou encore l'Allemagne. Il a même été rendu obligatoire à New-York. A l'usage des patients, une application a vu le jour depuis le 1^{er} mai 2017, baptisée « DOCADOM » et considérée comme une sorte de « Uber de la médecine ». Elle permet, grâce à un système de géolocalisation, de bénéficier de la visite à domicile d'un médecin, dans le contexte actuel de diminution de la VAD. Concernant le dossier médical, de nombreux pays se sont penchés sur la création d'une application qui y serait destinée. Par exemple en Israël, la start-up « Hello Doctor » a créé une application gratuite de dossier médical dans lequel le patient intègre des photos prises de ses documents médicaux. Le patient et le médecin peuvent y ajouter des notes. Un partage est possible, avec un envoi par email direct des documents. L'accès est sécurisé par un mot de passe, que seul le patient détient et peut transmettre au médecin. Toujours en Israël, la start-up MyMDband a

commercialisé en 2015 en France des bracelets connectés. Le médecin urgentiste doit scanner un code avec son smartphone pour avoir accès aux informations que le patient aura renseignées sur le site internet de la start-up. Un autre accès peut se faire via le site internet en entrant le code PIN du bracelet. Elle va encore plus loin : lorsque le bracelet est scanné, les proches et le médecin traitant présélectionnés reçoivent automatiquement une notification de géolocalisation. Aux Etats-Unis, grâce à l'application « IBluebutton », le patient a accès à son dossier sur smartphone et peut choisir d'y donner accès au médecin par la technique bluetooth. En Belgique, Vincent Keunen, un ingénieur en informatique, a mis au point l'application « Andaman7 » depuis septembre 2016. Le patient reçoit tous les documents médicaux le concernant, mais 30 jours seulement après leur création, afin de ne pas entraver la relation médecin-patient. Ainsi l'information est disponible partout et tout le temps, pour tout le monde. Depuis le 26 avril 2017, le Réseau Santé Wallon est accessible sur tablette ou smartphone. Le patient peut y ajouter des notes et même des photos. Cela lui permet d'être acteur de sa prise en charge. En France, l'application « doctisia » a été créée en 2016 par un médecin urgentiste de Mulhouse. Seul le patient peut remplir son dossier. Les informations ne sont pas dématérialisées, elles sont uniquement stockées sur le smartphone. Depuis le 30 mai 2017, l'assurance maladie a créé l'application Dossier Médical Partagé, gratuite et sécurisée. Il faut bien évidemment posséder un DMP pour pouvoir l'utiliser. Elle permet de consulter toutes ses données médicales, ses traitements mais également ses remboursements. Le patient peut gérer les accès à son DMP, et ajouter des informations. Les patients utilisateurs déplorent cependant la difficulté de connexion, due à l'ultra-sécurisation. D'autres attendent que leur DMP se remplisse, car leurs médecins ne l'utilisent pas ! Globalement, les utilisateurs semblent ravis, puisque l'application obtient la note de 4/5.

Le dossier médical en visite à domicile

- Chronophage
- Dossier Médical Partagé
- m-santé et smartphone

CONCLUSION

Bien que connotée négativement, les médecins généralistes intègrent la visite à domicile dans leur pratique. Ils éprouvent des difficultés dans la tenue de leur dossier, particulièrement à domicile, en raison de l'absence de support idéal pour le moment. Compte tenu des tensions démographiques actuelles, de la féminisation de la profession et de l'allègement du rythme de travail souhaité par les jeunes médecins généralistes, un dossier médical permettant d'optimiser les parcours de soin des patients suivis à domicile est indispensable, l'activité de visite à domicile étant destinée à se développer. Les politiques de Santé Publique sont en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et de l'harmonisation des pratiques des médecins généralistes, notamment par la création des ROSP et du DMP. Dans ce contexte, le développement de l'informatisation en médecine générale, devenue indispensable à la pratique des jeunes médecins, semble présenter de nombreux avantages dans la tenue du dossier médical. Ils utilisent régulièrement les nouvelles technologies, comme le smartphone, dans leur exercice professionnel. Celui-ci pourrait alors être le support de leur dossier médical pour les patients suivis à domicile. Les médecins généralistes semblent pour le moment réticents à l'utilisation du DMP. Les futurs médecins en ont cependant une opinion plus favorable. Une formation est nécessaire à l'utilisation du DMP et de l'informatique médicale, afin d'optimiser les fonctions de leur logiciel métier et d'assurer correctement la sécurité des données personnelles en leur possession.

Au terme de ce travail, il nous apparaît qu'afin de pallier aux problématiques rencontrées par le médecin généraliste, le support de son dossier est idéalement informatisé, permettant une disponibilité des données au cabinet et à domicile et un partage rapide d'informations, en plus des nombreux avantages pratiques de l'informatisation, le tout dans le respect du cadre médico-légal. Sa tenue doit être facile d'utilisation afin de ne pas être chronophage pour le médecin généraliste. De plus, une formation obligatoire au cours des études médicales à l'informatique médicale semble incontournable : elle inclurait l'utilisation des logiciels métiers les plus répandus, des fonctions d'aide à la prescription, d'utilisation de messagerie sécurisée, du DMP ainsi que de l'application DMP pour smartphone, le tout dans le respect du cadre médico-légal. Enfin, les objectifs des ROSP ayant été atteints, l'utilisation du DMP et de son application pourrait être un nouvel objectif à y inclure. Elle permettrait de

valoriser la tenue chronophage du dossier médical en visite à domicile, jugée elle-même d'insuffisamment rémunérée. L'opinion des médecins généralistes sur la visite à domicile et la qualité des soins devraient en être améliorées.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016. INSEE première n°1630. Janvier 2017.
- 2) DREES. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.
- 3) Maillet L. Visite à domicile préventive des personnes âgées par le médecin généraliste : étude de la valeur pronostique à un an de la grille d'évaluation EVALADOM. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2015 ; 70p.
- 4) Sondage Ifop pour la fondation ADREA. Les attentes et les besoins des français vis-à-vis de la fin de vie. Novembre 2016.
- 5) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.(disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>)
- 6) Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. (disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>)
- 7) La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille par la WONCA-Europe, 2002.
- 8) CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2015.
- 9) Barlet M., Fauvet L., François Guillaumat-Tailliet F., Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicale ? Insee Réf Fr Ses Régions Editions. 2010.
- 10) CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2017.
- 11) Article 45 du Code de déontologie médicale.
- 12) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. 1996.
- 13) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies : towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32.
- 14) Desechalliers C. Le dossier médical du patient dépendant vu à domicile : quelles pratiques ? quelles difficultés ? Quel avenir ? Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2016 ; 85p.
- 15) Nourry P. Le dossier médical au cours des visites à domicile : état des lieux : impact sur la qualité des soins en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Toulouse ; 2011 ; 88p.

- 16) Poiret A. La visite à domicile : analyse de la démarche décisionnelle : enquête réalisée auprès de médecins généralistes picards. Thèse de médecine. Université de Picardie ; 2013 ; 79p.
- 17) Fourrier E. La visite à domicile du médecin généraliste : état des lieux, évolution et perspectives en Basse-Normandie en 2014. Thèse de médecine. Université de Caen ; 2014 ; 83p.
- 18) Pompey D. L'apprentissage de la visite à domicile : quels enjeux pédagogiques en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée ? Thèse de médecine. Université de Saint-Etienne ; 2010 ; 102p.
- 19) 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 de médecine. Université de Nantes ; 2012 ; 72p.
- 20) Monier C. Dossier médical pluriprofessionnel informatisé et suivi des patients à domicile : facteurs individuels déterminant sa mise en place sur la commune de Frontignan (Hérault). Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2017 ; 71p.
- 21) Buyck JF , Casteran-Sacreste B., Cavillon M. , Lelievre F., Tuffreau F., Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Etudes et Résultats n°869. Février 2014.
- 22) Union Régionale des Médecins Libéraux d'île de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens.2005.
- 23) Schmutz C. Perception de la visite à domicile en médecine générale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 jeunes médecins généralistes héraultais. Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2017 ; 169p.
- 24) Doas M. Analyse de l'activité des médecins généralistes aquitains après la réforme de la visite à domicile d'octobre 2002. Thèse de médecine. Université de Bordeaux II ; 2004 ; 147p.
- 25) Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Activité des professions de santé libérales ; les visites. Avril 2013.
- 26) Gallais JL & al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Documents de recherche en médecine générale n°45. Société Française de Médecine Générale. Juin 1997.
- 27) Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins. (disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2002/8/26/SANS0222796A/jo>)

- 28) Vialtel SE. La visite à domicile : perceptions des médecins généralistes sur son évolution passée et à venir. Thèse de médecine. Université de Nancy ; 2012 ; 93p.
- 29) Jennah D. La visite à domicile : quel avenir pour ce mode d'exercice en médecine générale ? Etude quantitative descriptive transversale d'un échantillon d'internes de Paris XIII. Thèse de médecine. Université de Paris XIII ; 2016 ; 79p.
- 30) Buirette C., Carrot A. Etude des obstacles à la tenue d'un dossier médical lors des visites au domicile de la personne âgée par les médecins généralistes. Université de Toulouse III ; 2016 ; 101p.
- 31) Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. (disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000192992&dateTexte=19960425>)
- 32) Brami G. Protection des données patient informatisées en médecine générale : étude transversale, département du Val d'Oise, septembre-décembre 2007. Thèse de médecine. Université de Paris VII ; 2009 ; 93p.
- 33) Brindel L. L'informatisation du dossier médical chez les médecins généralistes : étude chez les praticiens en Corrèze. Thèse de médecine. Université de Limoges ; 2015 ; 106 p.
- 34) Goretzky B. Informatisation des cabinets de médecine générale dans les Hauts-de-Seine, avril-mai 2001 : état actuel et perspectives. Thèse de médecine. Université de Paris VII ; 2002 ; 172p.
- 35) De Condé A. Le Dossier Médical Personnel et les médecins. Etude IPSOS. Décembre 2007.
- 36) Faroudja JM. Rapport du CNOM. Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données. 2005.
- 37) Claire C. Prescription et messagerie informatisées en médecine libérale : à propos d'une enquête auprès de 2397 médecins français en décembre 2008. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2010 ; 142p.
- 38) Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la messagerie sécurisée de santé utilisée par les médecins généralistes. Thèse de médecine. Université des Antilles et de la Guyane ; 2011 ; 126p.
- 39) Denis S. Dossier médical commun au sein des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Thèse de médecine. Université de Nancy ; 2012 ; 144p.

- 40) Cheriet M. Sécurité des données médicales informatiques en cabinet de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Paris VI. 2012. 77p.
- 41) Wattez J. Enseignement de la bureautique informatisée au Département de Médecine Générale de Rennes : besoins des internes et des jeunes remplaçants et modalités d'acquisition des compétences actuelles et futures. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2014 ; 136p.
- 42) Garçon C. Intérêt d'une formation en bureautique dans le cadre de l'informatisation des cabinets de médecine générale : enquête auprès des maîtres de stages et des résidents de la Faculté de médecine de Nice. Thèse de médecine. Université de Nice ; 2003 ; 69p.
- 43) Chevalier S. Ethique et informatique : la protection des données issues du dossier médical informatisé de médecine générale, utilisées en épidémiologie. Thèse de médecine. Université de Saint-Etienne ; 2004 ; 17p.
- 44) Febwin B. Le dossier médical personnel : état des lieux un an après le lancement officiel : enquête auprès des médecins picards. Thèse de médecine. Université d'Amiens ; 2012 ; 69p.
- 45) Cucheval J. Les médecins libéraux de Picardie et le Dossier Médical Personnel. Enquête de l'URML de Picardie, synthèse des questions fermées. Juin 2005.
- 46) Resmond G. Dossier médical personnel : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du territoire de santé n°4 en Bretagne, deux ans après son déploiement. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2015 ; 63p.
- 47) Diallo A. Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. Thèse de médecine. Université d'Angers ; 2013 ; 96p.
- 48) Lacroix T. Approche systémique du dossier médical personnel, du métier de médecin généraliste et des usages du numérique : une réforme numérique des métiers de la santé. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2014 ; 129p.
- 49) Combe M. Le Dossier Médical Personnel en 2010 : quelles attentes et quelles perspectives en médecine générale ? Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2010 ; 118p.
- 50) Hurtaud A. Expérimentation du dossier médical personnel : le point de vue des médecins. Thèse de médecine. Université de Reims ; 2006 ; 181p.
- 51) Oumakhlouf L. Le dossier médical personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation. Thèse de médecine. Université de Paris VI ; 2014 ; 101p.

- 52) ASIP-Santé. Dossier Médical Personnel : Baromètre de notoriété et d'image. Mars 2012.
- 53) Le Beux G. Dossier Médical Personnel : attentes et interrogations chez les médecins généralistes en région Bretagne : à propos d'une étude auprès d'un échantillon de 150 médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Rennes ; 2006 ; 141p.
- 54) Rivière Q. Transmission d'information entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes de la Somme dans le cadre du suivi ambulatoire des patients (consultation) : analyse descriptive des pratiques et opinion des protagonistes sur la qualité de cet échange. Thèse de médecine. Université d'Amiens ; 2016 ; 62p.
- 55) Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des généralistes de la Manche. Thèse de médecine. Université de Caen ; 2016 ; 57p.
- 56) Chevassus C. Le support du dossier médical de la personne âgée dans le cadre de la visite au domicile par le médecin généraliste : état des lieux, perspectives vers le futur dossier médical partagé. Thèse de médecine. Université de Paris V ; 2005 ; 177p.
- 57) Dagorn E. Utilisation des applications smartphone par le médecin généraliste en 2013 : enquête auprès de 281 médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine. Université de Toulouse III ; 2014 ; 37p.
- 58) Hemery Muzzolini V. Utilisation des smartphones en médecine générale en Picardie. Thèse de médecine. Université d'Amiens ; 2016 ; 54p.
- 59) Poulain AS. Utilisation des applications médicales sur smartphone par les internes de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais inscrits en 2012-2013. Thèse de médecine. Université de Lille II ; 2014 ; 68p.
- 60) Clément N. Place du smartphone en médecine générale: étude réalisée auprès de 88 médecins généralistes de Haute-Corse. Thèse de médecine. Université de Nice ; 2013 ; 114p.
- 61) Dang S. Utilisation des applications médicales smartphone par les médecins généralistes de Haute-Normandie en 2016. Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2017 ; 68p.
- 62) Gras ME. Place du smartphone dans la pratique médicale et évaluation de l'utilisation des applications médicales mobiles auprès d'internes en médecine générale et de médecins généralistes d'Île-de-France. Thèse de médecine. Université de Paris VII ; 2015 ; 110p.

- 63) Fremon E. Contenu d'une application smartphone d'aide à la prise en charge du diabète de type 2 en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2015 ; 173p.
- 64) Cortes L. Contenu d'une application smartphone d'aide à la prise en charge de la grossesse à bas risque en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Montpellier ; 2016 ; 156p.
- 65) Abecassis Zouari M. Exploration des habitudes de prescription et de suivi des anticoagulants oraux en médecine générale : création d'un outil internet et/ou smartphone d'aide à la prescription et à la surveillance. Thèse de médecine. Université de Paris VII ; 2016 ; 95p.
- 66) Smadja L. Exploration des représentations des bénéfices et risques du traitement chez les patients sous anticoagulants oraux : création d'un outil internet et/ou smartphone d'aide au suivi et à la surveillance des patients sous anticoagulants. Thèse de médecine. Université de Paris VII ; 2016 ; 104p.
- 67) Deniset C. De l'utilisation de « SOBEK », dossier médical professionnel partagé électronique de SOS médecins Bordeaux. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2014 ; 73p.
- 68) CNOM. Dématérialisation des documents médicaux. Juin 2010.
- 69) Site d'information du Dossier Médical Personnel. (www.dmp.gouv.fr).
- 70) Bray P. L'informatisation du cabinet du médecin généraliste : est-ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? Enquête auprès de 350 médecins généralistes en France. Thèse de médecine. Université de Lille II ; 2014 ; 91p.
- 71) URML Ile-de-France. Dossier de presse : deux minutes pour une enquête sur l'informatisation en Ile-de-France. 2000.
- 72) ROSP (<https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/medecin/textes-referance/convention/2011-rosp/rosp-medecins-traitants>).
- 73) CNAM. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 3 ans. 2015.
- 74) CNAM. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. 2017.
- 75) Maeyens-Huron H. Informatique, secret professionnel et médecine générale. Thèse de médecine. Université de Montpellier I ; 2001 ; 215p.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La population française vieillit, et le maintien à domicile des personnes âgées est devenu un objectif de santé publique. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français a amorcé un virage ambulatoire. L'exercice libéral s'est alors adapté à cette médecine de parcours, en devant pluridisciplinaire. Il nécessite un outil performant de coordination, qui est le dossier médical. Ce travail a pour objectif de mettre en évidence les problématiques pour le médecin généraliste dans la tenue du dossier médical libéral et la pratique de la visite à domicile.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une revue de la littérature de type scoping review. Les mots-clés ont été recherchés parmi les thèses d'exercice de médecine générale, sur les bases de données SUDOC, CISMef et PETALE, sur la période de septembre-octobre 2017.

Résultats : La visite à domicile était en baisse. Elle était connotée de façon négative par les médecins généralistes, qui y rencontraient de nombreux obstacles. La qualité des soins à domicile semblait être altérée par la fréquente absence du dossier médical, dans un contexte de développement de l'informatisation au sein des cabinets libéraux. En dépit de ses nombreux avantages, les médecins généralistes éprouvaient des difficultés techniques en termes d'utilisation de l'outil informatique et de sécurité des données personnelles informatisées.

Discussion : Il existe une grande variabilité des pratiques dans la tenue du dossier médical du médecin généraliste au cabinet et en visite à domicile. Les récentes évolutions législatives élargissent les conditions de partage des données de santé mais les médecins généralistes ont encore des lacunes à en assurer leur confidentialité. Comparativement aux autres pays européens, la France est en retard concernant l'utilisation des nouvelles techniques de l'information et de la communication, bien que l'usage du smartphone se répande dans le domaine médical libéral.

Conclusion : La visite à domicile fait partie intégrante de la pratique du médecin généraliste. Devant la baisse persistante de la démographie médicale, un dossier médical permettant une optimisation des parcours de soin des patients est indispensable. Son support serait informatisé et mobile, et permettrait un partage d'informations. Son utilisation serait enseignée au cours d'une formation commune à l'utilisation du dossier médical partagé et de l'outil informatique et de ses potentiels. La qualité des soins et l'opinion des médecins généralistes sur la pratique de la visite à domicile devraient en être améliorées.

TITRE EN ANGLAIS : The ambulatory medical record and the house call : what are the persistent difficulties for the general practitioner ? A review of the literature

THÈSE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2018

MOTS CLEFS : dossier médical, visite à domicile, domicile, médecine générale, confidentialité, secret professionnel, partage de l'information, smartphone.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
