

UNIVERSITE PARIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE

La trousse de visite du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ?

THESE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emilie DONTENVILLE

Née le 17 mars 1982 à Toulon

Le 8 avril 2011

DES de MEDECINE GENERALE

Président de thèse : Pr Philippe JUVIN

Directeur de thèse : Dr Philippe ZERR

Remerciements

Le directeur de thèse :

Le Dr Philippe ZERR, médecin généraliste et chargé d'enseignement à la faculté de Paris Diderot

Le président de thèse et du jury :

Le Pr Philippe JUVIN, chef des urgences de l'hôpital Beaujon

Les membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe JUVIN, chef du Service des Urgences de l'hôpital Beaujon

Monsieur le Professeur Enrique CASALINO, chef du Service des Urgences de l'hôpital Bichat

Madame la Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON, chef du service de gériatrie de l'hôpital Bichat

Monsieur le Professeur associé en médecine générale Alain EDDI, docteur en médecine générale

La secrétaire du département de médecine générale de Paris Diderot :

Mme Chantal Générat

La responsable du bureau des thèses de la faculté Paris Diderot :

Mme Bornia Negic

Mes maîtres de stage :

Le Dr Colin-Gorski, le Dr Zanker, le Pr Juvin, le Dr Fossey-Diaz, le Dr Escourolle-Peltier, le Dr

Apfelbaum

Mes parents et ma grand-mère Yvonne pour m'avoir permis de faire ces études,

Audrey, Bernard et Stéphanie pour leur lecture assidue,

Aurélié, Elodie, Vanessa pour nos années d'externat,

Thévy, Audrey, Florent pour nos années d'internat.

Sommaire

I. INTRODUCTION	9
II. OBJECTIF	10
III. ETAT DES LIEUX SUR LA REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES ET DES STRUCTURES D'URGENCE EN REGION PARISIENNE.....	12
IV. ETAT DES LIEUX SUR LA VISITE A DOMICILE EN REGION PARISIENNE SELON DES ETUDES ANTERIEURES	14
1. Dans quelle situation est-il justifié de faire une visite à domicile ?.....	14
2. Quels sont actuellement les motifs de visite à domicile du généraliste parisien ?.....	15
3. Quels sont les motifs justifiant une visite à domicile pour le généraliste parisien ?.....	15
4. Quelles sont les situations cliniques rencontrées par le généraliste parisien en visite à domicile ?	16
5. Quelles sont la fréquence et durée des visites à domicile en région parisienne ?.....	16
6. Quelles sont les difficultés rencontrées par le généraliste parisien lors des visites à domicile ?....	16
7. Comment est perçue la visite à domicile par le généraliste parisien et comment voudrait-il la voir évoluer ?.....	17
V. ETATS DES LIEUX SUR LES MOTIFS DE CONSULTATIONS ET LES RECOURS URGENTS OU NON PROGRAMMES (au cabinet et en visite) EN MEDECINE GENERALE SELON DES ETUDES ANTERIEURES	18
1. Les consultations au cabinet et en visite du généraliste en France	18
2. Les recours urgents ou non programmés	20
a. Les recours urgents ou non programmés en France métropolitaine	21
b. Les recours urgents ou non programmés en Ile-de-France	24
VI. SITUATIONS CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE	26

1. Douleur aiguë.....	27
2. Migraine.....	27
3. Fièvre.....	27
4. Douleur abdominale, gastroentérite.....	28
5. Colique néphrétique.....	28
6. Cystite, pyélonéphrite.....	28
7. Lombalgie, sciatalgie.....	28
8. Urticaire.....	29
9. Angoisse.....	29
10. Malaise.....	29
11. Hypertension artérielle.....	29
12. Diabète.....	29
13. Cancer.....	30
14. Démence.....	30
15. Certificat médical.....	30
16. Arrêt cardio-respiratoire.....	31
17. Etat de choc.....	31
18. Insuffisance coronarienne.....	32
19. Œdème aiguë du poumon.....	32
20. Poussée hypertensive.....	32
21. Suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire.....	32
22. Accident vasculaire cérébral.....	33

23. Crise convulsive	33
24. Crise d'asthme.....	34
25. Œdème de Quincke	34
26. Acidocétose diabétique.....	35
27. Hypoglycémie	35
28. Agitation aiguë	35
29. Purpura fulminans	35
30. Intoxication aiguë à des substances toxiques ou à des médicaments	36
31. Plaie à suturer	37
32. Glaucome aiguë par fermeture de l'angle	37
VII. MATERIELS ET METHODES	39
1.Outils.....	39
2.Population étudiée.....	40
a.Critères d'inclusion.....	40
b.Critères d'exclusion.....	40
3.Recueil des données.....	41
VIII. RESULTATS ET ANALYSE DE LA TROUSSE DE VISITE DES MEDECINS GENERALISTES PARISIENS DE L'ENQUETE	42
1.Les médecins généralistes de l'enquête	42
2.Les situations cliniques rencontrées par les médecins généralistes de l'enquête.....	47
a.Les motifs les plus fréquents des visites à domicile des médecins généralistes de l'enquête.....	48
b.Les situations urgentes rencontrées en visite à domicile par les médecins de l'enquête depuis le début de leur carrière	50

3. Le contenu des trousse de visite	51
a. Matériel administratif	52
b. Matériel médical	53
c. Matériel thérapeutique	55
4. Médicaments les plus utilisés par les médecins généralistes de l'enquête.....	58
5. Médicaments indispensables selon les médecins généralistes de l'enquête	59
IX. DISCUSSION.....	60
1. Le questionnaire : diffusion, population étudiée, recueil des données.	60
2. La pratique de la visite à domicile	61
3. Les motifs fréquents et situations urgentes rencontrées en visite à domicile	62
4. Le contenu des trousse de visite à domicile	63
5. La trousse de visite du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ?.....	66
X. ELABORATION DE LA TROUSSE DE VISITE DU MEDECIN GENERALISTE PARISIEN	67
XI. CONCLUSION.....	70
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES	73
Annexe 1 : Accord de bon usage des soins en Ile-de-France	73
Annexe 2 : Motifs de visite à domicile invoqués par les patients d'après les médecins interrogés	76
Annexe 3 : Motifs de visite à domicile pour lesquels le médecin accepte de se déplacer.....	76
Annexe 4 : Consultations et visites concernées par 30 diagnostics possibles	78

Annexe 5 : La satisfaction du contenu d'une visite à domicile	79
Annexe 6 : Opinion sur la visite à domicile en fonction de la pratique en %	79
Annexe 7 : Questionnaire	80
Annexe 8 : Courriel adressé aux enseignants cliniciens ambulatoires	87

ABBREVIATIONS UTILISEES

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades Urgents

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DAE : Défibrillateur Automatique Externe

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : ElectroCardioGramme

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FV : Fibrillation Ventriculaire

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

HNF : Héparine Non Fractionnée

IVD : Intra Vasculaire Direct

IVL : Intra Vasculaire Lent

IM : Intra Musculaire

IV : Intra Veineux

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

RCP : Réanimation Cardio-Respiratoire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SC : Sous Cutané

TV : Tachycardie Ventriculaire

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

I. INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le premier acteur de la prise en charge des urgences, comme le précise le décret 2005-328 du 7 avril 2005 sur la permanence des soins (1). L'obligation de moyen implique que le médecin puisse administrer les premiers soins, dans la limite de ses compétences, et dans l'attente des secours médicalisés (1). Le médecin généraliste doit donc pouvoir répondre aux urgences qu'il risque de rencontrer le plus fréquemment possible, ou celles qui par leur gravité nécessitent un traitement sans délai. Cependant, il n'y a pas d'obligation ni de règle concernant le contenu de la trousse d'urgence.

A Paris, en raison de la démographie médicale, les secours médicalisés interviennent rapidement et le généraliste parisien est peu confronté à l'urgence. Que possède-t-il alors dans sa trousse de visite à domicile ? Peut-il répondre aux urgences qu'il risque de rencontrer à domicile ?

II. OBJECTIF

Plusieurs thèses ont été réalisées sur le contenu de la trousse d'urgence du médecin généraliste, et ont permis d'établir des trousse « types » pour les milieux ruraux, semi ruraux et urbains (hormis Paris) (2, 3, 4, 5, 6, 7)

L'objectif de ma thèse est de savoir si la trousse de visite du médecin généraliste parisien est adaptée à sa pratique, par un questionnaire sur les situations (fréquentes et urgentes) qu'il est amené à prendre en charge à domicile, ainsi que sur le contenu de sa trousse.

Après mon stage ambulatoire de niveau I auprès de plusieurs médecins généralistes, j'ai constaté que les trousse de visite étaient peu fournies en matériel médical et en médicaments. Elles ne m'auraient pas permis de répondre à certaines situations urgentes, et donc leur contenu me paraît ne pas être adapté.

Pour y répondre, j'ai fait un état des lieux sur :

- la démographie et le secteur d'activité (rural ou urbain) des médecins généralistes parisiens, ainsi que la répartition des structures d'accueil des urgences,
- la pratique de la visite à domicile des médecins généralistes parisiens,
- les motifs de consultation et les recours urgents ou non programmés en médecine générale.

Puis en fonction des situations cliniques (fréquentes et urgentes) rencontrées par les médecins généralistes d'après la littérature (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), j'ai répertorié le matériel médical et thérapeutique nécessaire pour y répondre.

A partir de ces données, j'ai réalisé un questionnaire adressé à des médecins généralistes de la région parisienne, pour connaître :

- leur pratique de la visite à domicile, et leur moyen de réponse aux situations cliniques urgentes,
- les motifs les plus fréquents de leur visite à domicile, et les situations cliniques urgentes qu'ils ont déjà rencontrées en visite à domicile,
- le contenu de leur trousse.

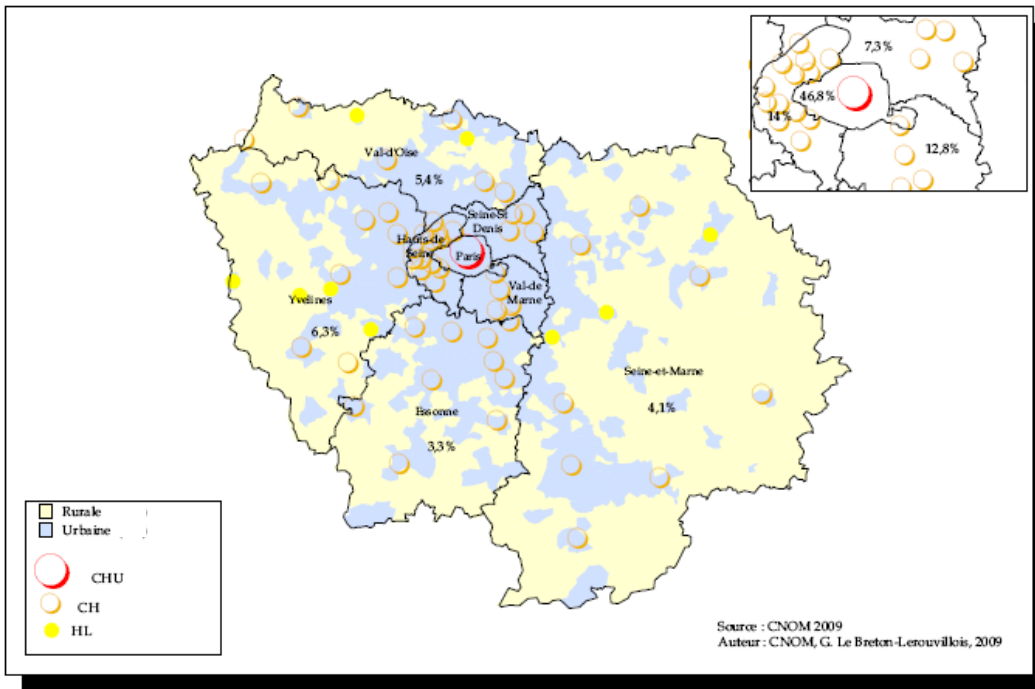
III. ETAT DES LIEUX SUR LA REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES ET DES STRUCTURES D'URGENCE EN REGION PARISIENNE

Pour mieux apprécier la problématique de la prise en charge des urgences médicales en Ile-de-France, j'ai fait un état des lieux sur la répartition et le secteur d'activité, rural ou urbain, des médecins généralistes libéraux et sur la répartition des services d'accueil des urgences.

DEPARTEMENT	DENSITE POUR 100 000 HABITANTS CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
ESSONNE	66.2
HAUTS-de-SEINE	63.3
ILE DE France	70.2
METROPOLE	90.7
PARIS	88.2
SEINE SAINT-DENIS	61.1
SEINE-et-MARNE	65.5
VAL D'OISE	64.1
VAL DE MARNE	68
YVELINES	73.9

Tableau 1 : Densité des médecins généralistes libéraux en Ile-de-France (11)

La densité pour 100 000 habitants chez les médecins généralistes libéraux est moindre en Ile de France qu'en métropole, 70,2 contre 90,7 (11). A noter que cette densité est plus forte dans la ville de Paris que dans les autres départements de la région Ile-de-France (11).



Carte 1 : Secteur d'activité urbain et rural des médecins généralistes parisiens et répartition des établissements de santé à l'échelle communale (11)

Les médecins généralistes parisiens, et de la proche banlieue parisienne, ont un exercice urbain (zone grisée sur la carte 1 (11)). Les structures médicales sont nombreuses autour de leur lieu d'exercice (centre hospitalier universitaire (CHU) dans la ville de Paris, et centre hospitalier (CH) en proche banlieue, qui possèdent pour chacun un service d'accueil des urgences).

IV. ETAT DES LIEUX SUR LA VISITE A DOMICILE EN REGION PARISIENNE SELON DES ETUDES ANTERIEURES

Les visites à domicile représentent 18 % de l'activité des médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France, contre 23 % en moyenne dans le reste de la France en 2004 (9). Elles représentent ainsi en moyenne un cinquième de l'activité du médecin et plusieurs points m'ont semblé nécessaires à préciser :

1. Dans quelle situation est-il justifié de faire une visite à domicile ?

Un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) (Annexe 1 (12)), relatif à la consultation hors cabinet, a été mis en place le 1^{er} octobre 2002 dans le but de recentrer la visite à domicile sur sa vocation première : soigner les patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet du médecin. Ainsi, en 2001, la visite représentait 23,5 % des actes en France et 15,9 % des actes en Ile-de-France et en 2003 respectivement 16,8 % et 12,8 % des actes (13). Cette réforme a été nécessaire en raison d'un grand nombre de visites à domicile dites pour « convenance personnelle ». Un accord national sur les visites fixe des critères (médicaux et environnementaux) de dépendance propre aux caractéristiques de chaque région, en dehors desquels le médecin est en droit de facturer une majoration de déplacement. En Ile-de-France, deux critères environnementaux ont été définis (12, 13) : âge supérieur à 80 ans, composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur les possibilités de déplacement.

2. Quels sont actuellement les motifs de visite à domicile du généraliste parisien ?

D'après une étude, « Exercice à domicile » de l'URML d'Ile-de-France en 2005 (13), 42,8 % des visites à domicile concernent des personnes non autonomes (toute personne ayant besoin d'une tierce personne pour effectuer les tâches quotidiennes). Les facteurs explicatifs les plus souvent invoqués de visites à domicile semblent correspondre aux critères de l'AcBUS et à la définition de la visite à domicile : pathologie lourde (79,5 %), manque d'autonomie (75,1 %), âge du patient (61,9 %), charge d'enfant en bas âge (67,3 %). Cependant, il reste beaucoup de demande de patients non justifiées (9 visites à domicile injustifiées en moyenne sur 2 semaines (13)) : attente trop longue au cabinet (39,3 %), obligations professionnelles (36,7 %) (Annexe 2) (13).

3. Quels sont les motifs justifiant une visite à domicile pour le généraliste parisien ?

Les motifs principaux pour lesquels le médecin accepte de se déplacer sont (13) : la pathologie lourde (92,5 %), le manque d'autonomie (80,7 %) et l'urgence nécessitant une hospitalisation (77,7 %) (Annexe 3). Ainsi peu de médecins acceptent de se déplacer pour des motifs ne correspondant pas aux critères de l'AcBUS, et de ce fait pour des visites non justifiées. Le médecin francilien privilégie les critères médico-sociaux aux critères de convenances personnelles.

4. Quelles sont les situations cliniques rencontrées par le généraliste parisien en visite à domicile ?

Une enquête, réalisée par la DREES en juin 2004 (9) sur les consultations et visites des médecins généralistes en France, répertorie la part des consultations et visites concernées par une liste de 30 diagnostics possibles (Annexe 4). En visite à domicile les « autres diagnostics » avec 29,2 %, l'hypertension artérielle avec 20,9 %, les examens systématiques et la prévention avec 11,2 % et l'anxiété/angoisse avec 12,2 % représentent la majorité des consultations (9).

5. Quelles sont la fréquence et durée des visites à domicile en région parisienne ?

En moyenne le médecin francilien effectue 16 visites (13) par semaine avec de légères différences selon le département, et le temps moyen d'une visite à domicile est de 40,37 minutes (13). Celle-ci peut se décomposer en 4 temps avec en moyenne dans cette étude : 4,5 min de préparation, 13 min de déplacement, 19,5 min auprès du patient, 3,75 min de mise à jour du dossier après la visite. A noter qu'une consultation en cabinet dure en moyenne 18 minutes (13).

6. Quelles sont les difficultés rencontrées par le généraliste parisien lors des visites à domicile ?

La visite à domicile n'est pas une consultation à domicile. Certains points deviennent pénalisants pour la bonne pratique de la médecine comme l'éclairage, l'espace, le manque de silence. D'autres restent satisfaisants comme le matériel (non précisé dans l'étude (13)) et la confidentialité des informations. 62,5 % des médecins estiment que l'examen clinique en visite est identique à l'examen clinique en consultation (Annexe 5).

7. Comment est perçue la visite à domicile par le généraliste parisien et comment voudrait-il la voir évoluer ?

La visite à domicile est perçue comme une contrainte dans 57 % des cas (13), puis comme une nécessité (49,2 %) et enfin comme un devoir dans 35 % des cas (13). L'obligation et l'habitude n'apparaissent pas comme des critères importants de la visite avec respectivement 16,4 et 17,8 % des cas (13). Les médecins considèrent en majorité, que la visite à domicile relève plus du social que du médical, mais qu'elle est cependant instructive (pour 84 % d'entre eux (13)) (Annexe 6). Enfin 86,4 % d'entre eux limitent les visites à domicile et 84,5 % estiment que la visite à domicile ne parait pas justement rémunérée (13).

Dans cette étude (13), il a été demandé aux médecins l'évolution qu'ils souhaitaient de la visite à domicile. Pour 72,2 % d'entre eux, ils désirent en limiter l'accès en :

- redéfinissant la visite justifiée (urgence, manque de mobilité, perte d'autonomie),
- revalorisant les actes vraiment justifiés,
- mettant une dissuasion financière pour les visites injustifiées, accompagnée d'une campagne d'information.

Il est à noter que bien qu'ils trouvent la visite à domicile contraignante et peu rentable, ils la trouvent instructive et ne veulent pas la supprimer, ceci afin de préserver l'accompagnement de leur patient au moment de la perte d'autonomie.

**V. ETATS DES LIEUX SUR LES MOTIFS DE CONSULTATIONS ET LES RECOURS URGENTS
OU NON PROGRAMMES (au cabinet et en visite) EN MEDECINE GENERALE SELON DES
ETUDES ANTERIEURES**

Le contenu d'une trousse de visite doit pouvoir répondre aux situations urgentes ou graves que le praticien risque de rencontrer à domicile. Pour savoir ce que doit posséder la trousse de visite en région Île-de-France j'ai fait, à partir de plusieurs études de la DREES (9, 10, 14), un état des lieux dans un premier temps sur les motifs de consultation au cabinet et en visite, puis sur les motifs urgents ou non programmés que le médecin généraliste peut être amené à rencontrer que se soit au cabinet ou à domicile.

1. Les consultations au cabinet et en visite du généraliste en France

Une enquête de la DREES menée en Juin 2004 (9) a établie une liste des diagnostics de consultation au cabinet et en visite en médecine générale.

Les motifs de recours au médecin généraliste peuvent se répartir ainsi :

- contrôle ou suivi d'une affection chronique stable (42 % des recours dans cette étude),
- affections aiguës (36 % des recours),
- autres recours (dont les recours administratifs, conseil, geste de prévention ou délivrance de certificat) (9 % des recours),
- déstabilisation d'une affection chronique (7 % des recours),
- affection en cours d'exploration (3 % des recours),
- premier diagnostic d'une affection chronique (2 % des recours).

Cette étude (9) a établi un essai de typologie de 8 grands types de recours aux médecins généralistes, en fonction de plusieurs caractéristiques dont le fait que la consultation se fasse au domicile du patient :

- Déplacement du médecin pour le suivi du patient avec multiples pathologies (28 % des visites),
- Contrôle ou suivi des affections chroniques stables (25 % des visites),
- Problèmes psychologiques ou psychiatriques (24 % des visites),
- Affection en cours d'exploration avec prescription d'actes (21% des visites),
- Problèmes rhumatologiques (19 % des visites),
- Affections aiguës, affections des voies respiratoires (18 % des visites),
- Diverses affections aiguës ou délivrance de certificats (17 % des visites),
- Actes effectués (9 % des visites).

La prise en charge de la personne âgée représente 7 % des séances de généralistes (consultation au cabinet et en visite confondues) avec comme principales pathologies (9): l'hypertension artérielle (33 % des cas), l'artériopathie (25 % des cas), les tumeurs malignes (16,6 % des cas) et le diabète (10 % des cas). Dans la moitié des cas, les séances ont eu lieu en dehors du cabinet (9).

Ainsi, en visite à domicile, le suivi des patients polypathologiques ou ayant des affections chroniques stables représente une part importante des motifs de consultation (9) et ne relève donc pas de l'urgence.

2. Les recours urgents ou non programmés

L'objectif de ma thèse est de savoir si la trousse de visite du médecin généraliste parisien lui permet de répondre aux urgences qu'il sera amené à rencontrer en visite à domicile.

La problématique est de définir la notion d'urgence.

Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance, heure ou demi-journée, de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne (15). Dans d'autres pays on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient. Cette notion élargie de l'urgence, plus ressentie que réelle, gagne du terrain en France.

Au niveau somatique, la classification clinique des malades urgents (C.C.M.U) peut être utilisée (16) :

- 1a : Pas de geste, ni prescription thérapeutique ou diagnostique
- 1b : Pas de geste sur place mais prescription à visée thérapeutique ou diagnostique
- 2 : Anomalie d'une fonction vitale devant être traitée mais pas de transfert
- 3 : Mise en place d'un traitement nécessitant une surveillance, décision de transfert dépendant de la thérapeutique
- 4 : Pronostic vital en jeu, nécessité d'une hospitalisation
- 5 : Urgence nécessitant l'intervention d'une équipe médicale

Aussi, la situation d'urgence est une situation vécue par le patient ou son entourage comme nécessitant une intervention médicale immédiate, et du point de vue du patient elle peut se décliner en quatre catégories (17):

- Urgence vitale : mettant en jeu le pronostic vital
- Urgence vraie : n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides
- Urgence ressentie : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave
- Urgence de confort : majoration des symptômes par le patient pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée

Ainsi les recours urgents ou non programmés le sont le plus souvent à partir du ressenti du patient, et peuvent aller de l'urgence de confort à celle engageant le pronostic vital. La trousse de visite peut donc posséder des thérapeutiques allant de l'urgence de confort à l'urgence vitale.

a. Les recours urgents ou non programmés en France métropolitaine

Les recours pour affections aiguës motivent 80 % des urgences en médecine générale (10) que se soit en consultation au cabinet ou en visite à domicile. Les recours pour affection chronique augmentent avec l'âge du patient (33 % des recours urgents pour les plus de 70 ans (10)).

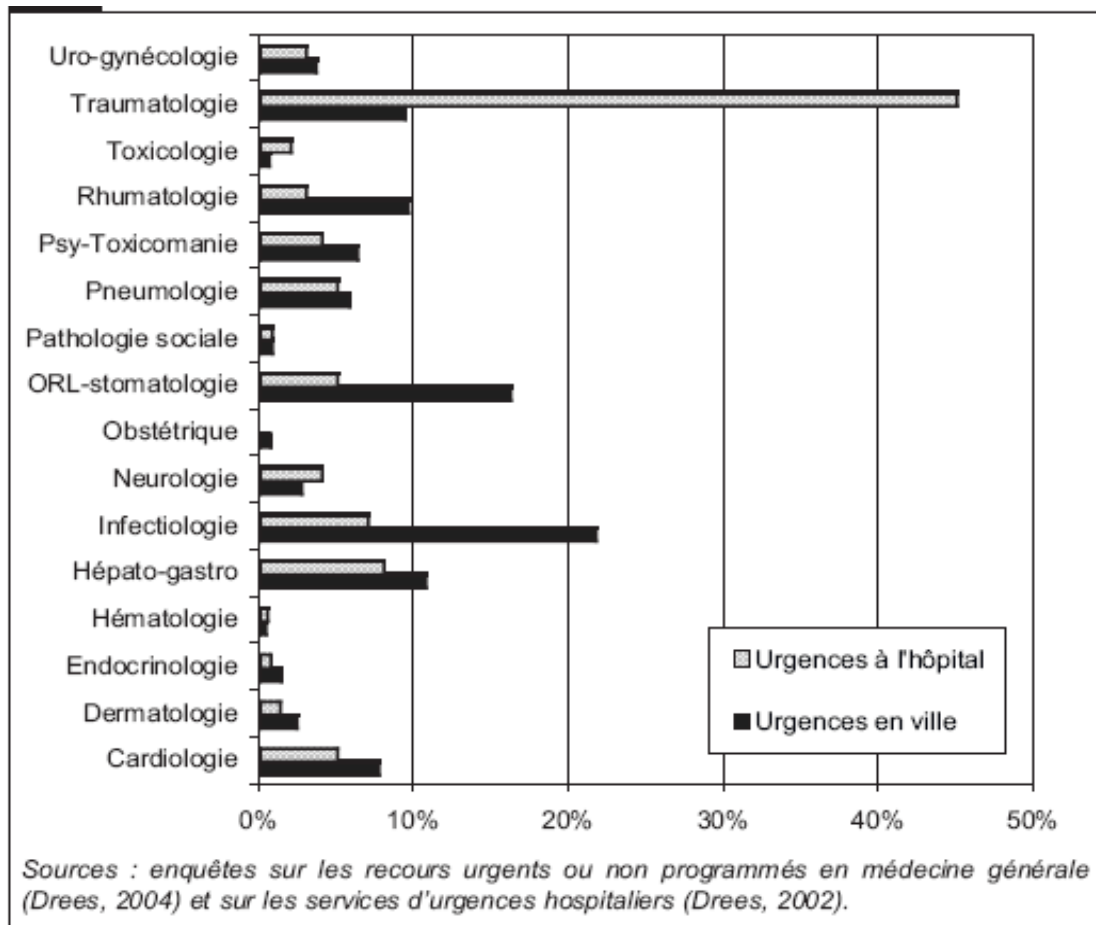


Diagramme 1 : Répartition des recours urgents ou non programmés, selon le diagnostic principal, en médecine de ville et à l'hôpital (10)

En médecine de ville, l'infectiologie, les affections ORL-stomatologique et l'hépatogastroentérologie représentent les motifs les plus fréquents de recours urgents ou non programmés (cf. diagramme 1 (10)).

Parmi les différents symptômes ou motifs de recours, il faut noter qu'une douleur à soulager est signalée dans presque 80 % des cas en médecine générale (10).

Les gestes thérapeutiques effectués représentent une part faible des motifs de recours urgents ou non programmés : environ 14 % (ECG, injection, pansement, petite chirurgie, immobilisation) (10).

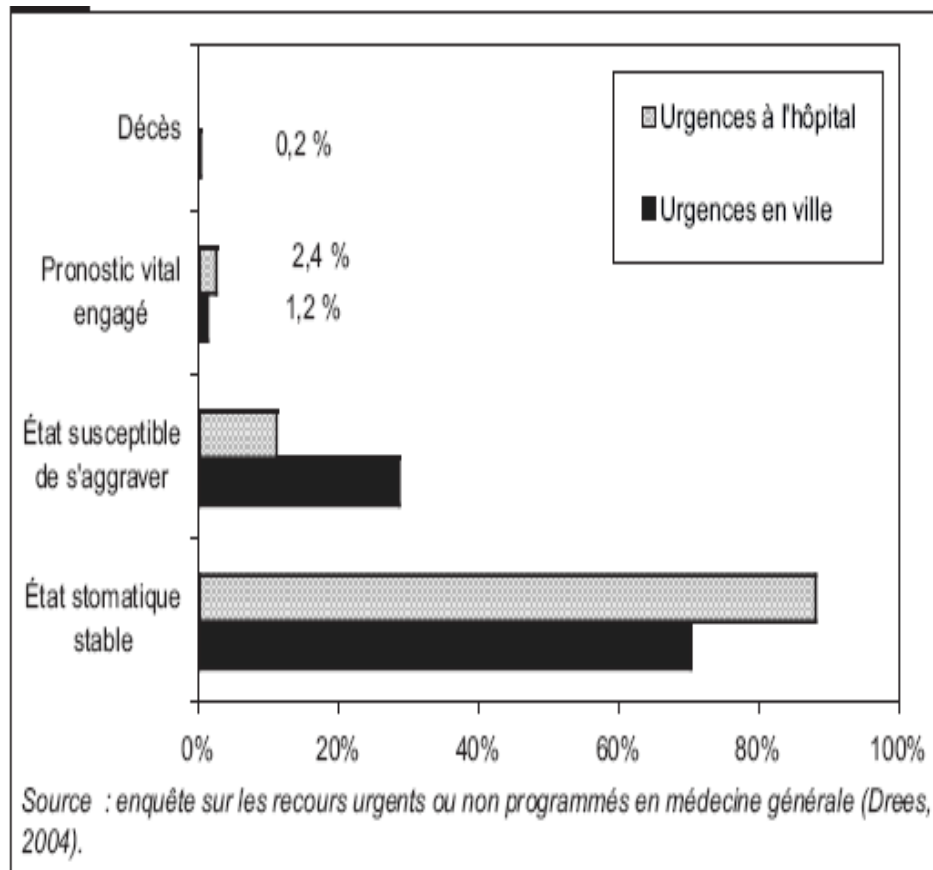


Diagramme 2 : Répartition des recours urgents ou non programmés, selon leur degré d'urgence somatique (10)

Une étude a analysé la répartition des recours urgents ou non programmés selon leur degré d'urgence somatique (cf. diagramme 2 (10)). Le plus souvent, dans 70 à 85 % des cas, l'état clinique est jugé stable et dans seulement 1 à 2,5 % des cas, le pronostic vital est engagé (10).

Au bout du compte, 20% des cas sont jugés comme étant des urgences médicales avérées (8) cependant dans près de 9 cas sur 10, le médecin estime que le recours du patient était justifié.

Une étude de la DRESS (14) en 2007 a permis de cerner les comportements à l'œuvre et de mieux appréhender la genèse des recours urgents ou non programmés par une typologie en sept groupes. Ainsi, la douleur, la gêne, la fièvre et les vomissements représentent environ 45 % des recours urgents à la médecine de ville.

b. Les recours urgents ou non programmés en Ile-de-France

Les recours urgents ou non programmés représentent 13 % de l'activité totale des médecins généralistes libéraux franciliens (11 % en moyenne métropolitaine (8)). Dans 81 % des cas, le recours urgent a lieu au cabinet, sauf pour le patient âgé de plus de 70 ans, où il a lieu à domicile dans 55 % des cas.

Une étude, menée par l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France en 2007, a permis de faire un état des lieux de ces recours urgents ou non programmés et de comparer les résultats de la région aux résultats nationaux (8) avec notamment :

- Moins de patients réguliers (64% contre 70%) en région parisienne,
- Une proportion plus élevée d'urgences médicales avérées (20% contre 15%),
- La répartition de la nature des recours (affection aiguë, maladie chronique ou autre) et des motifs (somatiques, traumatiques, ou autre) en Ile-de-France est comparable à celle de la France. Les diagnostics diffèrent peu entre ceux observés en Ile-de-France et ceux observés au niveau national,
- Plus d'états susceptibles de s'aggraver ou de pronostics vitaux engagés en Ile-de-France, mais aucun décès n'est constaté sur la durée de l'enquête,
- Une proportion de patients ayant une douleur à soulager légèrement inférieure (35% contre 39%),

- Moins d'hospitalisations en Ile-de-France à la suite d'un recours urgent (2% contre 5%) et un suivi dans les deux semaines à venir moins souvent envisagé (27% contre 33%).

Selon cette enquête de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France de 2007 (8), il y aurait plus d'urgences médicales avérées et plus d'états susceptibles de s'aggraver ou de pronostics vitaux engagés en région Ile-de-France, par rapport au reste de la France. Cependant il y a moins d'hospitalisation en Ile-de-France à la suite de recours urgents ce qui paraît contradictoire dans cette étude.

VI. SITUATIONS CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE

Pour élaborer mon questionnaire j'ai répertorié, d'après la littérature (9, 10, 14), les diverses situations cliniques auxquelles le médecin généraliste peut être confronté en visite à domicile. Puis j'ai fait une sélection en retenant :

- **les situations cliniques fréquentes relevant d'une action immédiate (classification 2 de la C.C.M.U (16))** : douleur aigue, migraine, fièvre, douleur abdominale/gastroentérite, colique néphrétique, cystite/pyélonéphrite, lombalgie/sciatalgie, urticaire, angoisse, malaise, hypertension artérielle, diabète, cancer, démence, certificat médical.
- **les situations cliniques urgentes (classification 3 à 5 de la C.C.M.U (16))** : arrêt cardio-respiratoire, état de choc, insuffisance coronarienne, œdème aigue du poumon, poussée hypertensive, phlébite/embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, crise convulsive, crise d'asthme, œdème de Quincke, acidocétose diabétique, hypoglycémie, agitation aigue, purpuras fulminans, intoxication aigue médicamenteuse, plaie à suturer, glaucome aigue par fermeture de l'angle.

Pour chaque situation j'ai effectué une recherche dans la littérature pour savoir ce dont avait besoin le médecin généraliste pour :

- compléter utilement l'examen clinique par des investigations, simples et réalisables au domicile (18),
- prendre la bonne décision quant à une éventuelle hospitalisation, à ses modalités (orientation, mode de transport) (18),
- entreprendre si besoin un traitement immédiat (18),

- avoir le matériel et les médicaments nécessaires pour débiter sur place un traitement en attendant une prise en charge par une équipe de SMUR (18).

1. Douleur aigue

L'intensité de la douleur et le type de pathologie à l'origine de celle-ci orientent le médecin sur la classe d'antalgique à utiliser. Il y a 3 paliers d'antalgique (17). Palier I en première intention le plus souvent, puis par palier et dosage (pour le chlorhydrate de morphine) progressif jusqu'à sédation de la douleur :

- Niveau 1 : paracétamol, AINS, aspirine (17)
- Niveau 2 : morphinique faible : tramadol et codéine (17)
- Niveau 3 : morphinique fort : chlorhydrate de morphine (17)

2. Migraine

En période de crise de migraine, 4 classes de médicament peuvent être utilisées (17, 19):

- Antalgique,
- Anti-inflammatoire,
- Triptans : sumatriptan, zolmitriptan.
- Ergots de seigle : ergotamine, dihydroergotamine. Cependant l'ergot de seigle présente de nombreuses contre-indications médicamenteuses et il est préférable d'utiliser une des deux classes précédentes (17, 19).

3. Fièvre

Le paracétamol est à préférer à l'aspirine et aux AINS pour lutter contre la fièvre car il présente moins d'effets secondaires (19).

4. Douleur abdominale, gastroentérite

Pour soulager des douleurs abdominales, le paracétamol et les antispasmodique (phloroglucinol, trimébutine) sont d'utilisation courante, les anti-émétiques tel que le dompéridon, métoclopramide, métopimazine soulagent les nausées et vomissements.

5. Colique néphrétique

En cas de colique néphrétique simple typique, l'hospitalisation n'est habituellement pas nécessaire (19). La douleur peut être traitée à domicile ; les examens complémentaires prescrits peuvent être effectués en ambulatoire de façon légèrement différée (24-48 h). Pour faire céder la douleur rapidement les AINS tel que le kétoprofène (100 mg IM ou IV) est le meilleur traitement antalgique en urgence (19). Si les AINS sont contre-indiqués les morphiniques (par exemple : chlorhydrate de morphine : 1 ampoule (10 mg) en SC) peuvent être utilisés (19).

6. Cystite, pyélonéphrite

Le diagnostic peut être clinique devant des signes fonctionnels urinaires (pollakiurie, brûlure mictionnelle, hématurie macroscopique (17)) accompagnés plus ou moins de fièvre et douleur lombaire. Cependant une bandelette urinaire (19) (recherche de leucocytes, nitrites, hématies) ainsi qu'un thermomètre sont préférables avant de mettre en œuvre une antibiothérapie. Le traitement antibiotique des cystites non compliquées peut se faire par un antibiotique en monodose type fosfomycine-trométamol (19). Les cystites compliquées ou la pyélonéphrite peuvent être traitées par exemple par l'ofloxacine (19).

7. Lombalgie, sciatalgie

Les lombalgies aiguës peuvent être soulagées par des antalgiques de palier I, II ou III selon l'intensité de celles-ci. S'il existe une composante musculaire, un myorelaxant ou une benzodiazépine peuvent être prescrits (19) (thiocolchicoside, tétrazépam). Un anti-inflammatoire peut être administré en cas de composante inflammatoire (19) (type kétoprofène per os ou IM).

8. Urticaire

En cas de crise d'urticaire aiguë, un anti-histaminique (19) peut être administré par voie intraveineuse, sous-cutané ou intramusculaire (dexchlorphéniramine). Une dose de corticoïdes en per os ou intramusculaire peut y être ajoutée en cas de présence de signe de gravité (19) (méthylprednisolone, bétaméthasone).

9. Angoisse

Un anti-histaminique ou une benzodiazépine (19) peuvent être administrés en cas de crise d'anxiété aiguë selon son degré d'intensité (dexchlorphéniramine, diazépam).

10. Malaise

Devant un malaise, un lecteur de glycémie capillaire, un brassard à tension et un électrocardiogramme peuvent aider au diagnostic (18). Le traitement dépendra de l'étiologie du malaise.

11. Hypertension artérielle

La poussée hypertensive (TA>180/110 mm Hg) asymptomatique (ou crise hypertensive sans atteinte des organes cibles) ou avec symptômes mineurs (acouphènes, sensations vertigineuses, céphalées banales) nécessite du repos, de ne pas donner de traitement en urgence et de revoir le traitement de fond chez l'hypertendu connu (19).

12. Diabète

La prise en charge d'un patient diabétique connu peut nécessiter la réalisation d'une glycémie capillaire et d'une bandelette urinaire et conduire ainsi à l'administration d'insuline d'action rapide (humalog, actrapid) en SC.

13. Cancer

Le patient ayant un cancer peut avoir recours à une visite à domicile en cas de douleur aiguë et il peut être utile de posséder dans sa trousse de visite un antalgique de chaque palier afin de le soulager le plus rapidement.

14. Démence

Le patient atteint de démence peut présenter des épisodes d'agitation et/ou d'agressivité et il peut être nécessaire d'utiliser une sédation médicamenteuse : benzodiazépine ou neuroleptique d'action rapide (18).

15. Certificat médical

Certains patients ne pouvant se déplacer pour des raisons diverses peuvent nécessiter une visite à domicile pour la réalisation d'un certificat médical ou autres papiers administratifs : arrêt de travail, certificat de transport, certificat de décès qui doit être réalisé sur le lieu du décès pour que le corps soit transportable.

16. Arrêt cardio-respiratoire

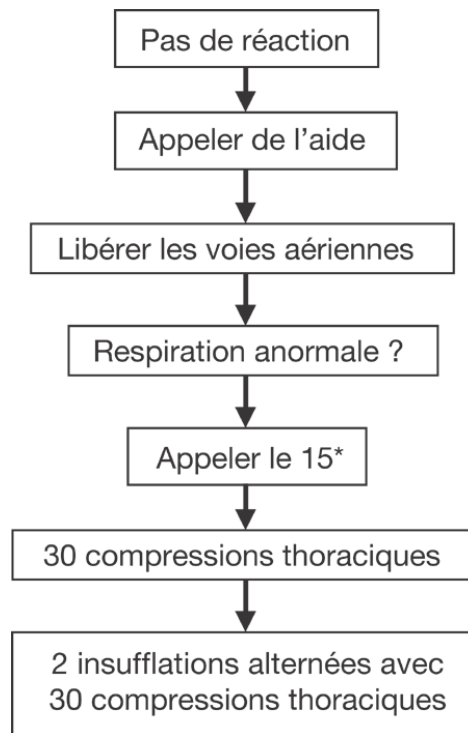


Diagramme 3 : Algorithme de la réanimation cardio-respiratoire avant l'arrivée du SMUR (18)

L'arrêt cardiorespiratoire nécessite la mise en œuvre d'une réanimation cardio-respiratoire selon l'algorithme de la chaîne de survie (cf. diagramme 3 (18)). Le massage cardiaque externe est prioritaire sur la ventilation.

17. Etat de choc

Relève peu du médecin généraliste sauf si la cause est anaphylactique : remplissage rapide et important, administration d'adrénaline (0.5 mg en bolus IV ou IM ou 1 mg en intratrachéal (18)), éviction de l'allergène, antiallergique tel que corticoïde ou antihistaminique. Dans tous les cas, quelque soit l'étiologie, l'oxygénothérapie est primordiale (18). En cas de choc septique un antibiotique large spectre tel que la ceftriaxone peut être administré (18).

18. Insuffisance coronarienne

Le diagnostic peut être suspecté sur un tableau clinique typique et la réalisation d'un électrocardiogramme peut aider le clinicien à mettre en œuvre le traitement le plus rapidement possible. L'administration précoce d'aspirine (160 à 324 mg en dehors des contre-indications (18)) permet de réduire la mortalité ou la survenue précoce d'un infarctus de 50 % (14). Il en est de même pour l'administration précoce d'héparine en IV (HNF ou HBPM (enoxaparine)) Les dérivés nitrés par voie sublinguale sont à prescrire en cas de douleur persistante au moment de la prise en charge (18).

19. Œdème aigue du poumon

Traitement possible au domicile du patient : position demi assise, si possible pose d'une voie veineuse avec du sérum glucosé, oxygénothérapie par voie nasale si l'on en dispose (6 L/min), furosémide 2 à 4 ampoules à 20 mg en IVD ou en IM, dérivés nitrés par voie sublinguale : 2 à 4 bouffées à 0.4 mg si la pression artérielle systolique est supérieure à 100 mmHg (19).

20. Poussée hypertensive

L'urgence hypertensive avec atteintes des organes cibles (rein, cerveau, rétine, cœur) ou hypertension artérielle maligne (1% des patients consultants aux urgences à Paris (20)) nécessite une hospitalisation. La prise en charge consiste en du repos en unité de soins intensifs avec contrôle tensionnel automatique rapproché et continu, un traitement antihypertenseur oral ou parentéral (inhibiteur calcique type nicardipine). La nifédipine orale ou sublinguale n'est pas indiquée car elle peut provoquer des accès hypotensifs brutaux et provoquer des accidents vasculaires cérébraux (19).

21. Suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire

Quand le diagnostic de phlébite est confirmé objectivement, il est recommandé un traitement de courte durée par HBPM sous-cutané (19). Le traitement anticoagulant de l'embolie pulmonaire vise avant tout à prévenir les récurrences. Il est donc indispensable dans les formes graves et doit être

administré dès la suspicion clinique d'embolie pulmonaire grave. Les héparines de bas poids moléculaires n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché pour les embolies pulmonaires graves (18).

22. Accident vasculaire cérébral

A la phase aiguë le traitement symptomatique vise à combattre tous les facteurs d'agression cérébrale par : l'oxygénothérapie, le traitement d'une hypertension supérieure à 220/120 mmHg, le remplissage vasculaire en cas d'hypotension, le contrôle des glycémies capillaires inférieure à 10 mmol/L et des antipyrétiques en cas de fièvre supérieure à 37,5° (18). Le traitement antiagrégant plaquettaire ne se conçoit qu'après la réalisation d'un scanner cérébral éliminant un AVC hémorragique (19) et n'est donc pas à administrer en urgence au domicile.

23. Crise convulsive

Le traitement de la crise convulsive repose le plus souvent sur la protection du patient (risque de traumatisme et inhalation) : position latérale de sécurité, libération des voies aériennes supérieures (aspiration, canule de Guédel). Le traitement anti-convulsivant dépend du contexte :

- Prise en charge dans les 5 à 30 minutes après le début des convulsions : benzodiazépine : clonazépam 1 mg ou diazépam 10 mg en IVL ou IM, renouvelable 5 min plus tard (19) si le patient convulse toujours avec adjonction d'un antiépileptique d'action prolongée (phénitoïne, phénobarbital ou fosphénytoïne),
- Prise en charge 30 minutes après le début des convulsions : d'emblée une benzodiazépine et un antiépileptique d'action prolongée. En cas de persistance des convulsions 5 min après : répéter même dose de benzodiazépine. Si la crise persiste au-delà de 20 min après du phénobarbital (ou 30 min après de la phénitoïne ou fosphenitoïne) : anti-épileptique d'action prolongée qui n'a pas été utilisé en première intention ou recourir à du thiopental ou midazolam ou propofol (18).

24. Crise d'asthme

Plusieurs critères aident le médecin à évaluer le degré de sévérité de la crise (18):

- sévérité et instabilité de l'asthme au cours de ces derniers jours ou semaines,
- signes spécifiques de détresse respiratoire et leur intensité : dyspnée, sibilants, utilisation des muscles respiratoires accessoires, fréquence respiratoire et pouls paradoxal,
- la mesure du DEP (Débit Expiratoire de Pointe), élément d'évaluation primordial qui permet de chiffrer la gravité de la crise et l'évolution sous traitement, sauf au moment extrême de la dyspnée où il peut être dangereux.

Le traitement de la crise repose en première intention sur les bêtamimétiques de courte durée d'action (salbutamol) en spray : 2 bouffées répétées 4 fois à 1 minute d'intervalle, séquence qui peut être répétée 3 fois en 1 heure (18). Si pas d'amélioration : injection sous-cutanée de terbutaline (1 ampoule de 0,5 mg) et/ou salbutamol (18). La corticothérapie (prednisolone) peut être administrée en présence de signe de gravité en IV ou IM ou au décours d'une crise aiguë pour stabiliser le patient et éviter les récurrences (même délai d'action et même efficacité de la voie per os et parentérale (18)). Dans tous les cas, en présence de signe de gravité, le patient doit être hospitalisé en réanimation (18).

25. Œdème de Quincke

C'est une urgence thérapeutique : asseoir le patient, pose d'une voie veineuse, injection d'une ampoule de méthylprednisolone 20 mg en IVD ou IM(19), à renouveler; puis en cas d'amélioration, relais par prednisone (0,5 mg/kg/j (19)) et décroissance rapide sur une semaine. Les antihistaminiques H1 sont un bon traitement d'appoint, initialement en IV ou IM, puis relais per os pour 10 j (19). En cas d'échec ou de signe de détresse respiratoire ou état de choc : adrénaline IM 0,5 à 1 mg. Dans tous les cas il faut organiser un transfert médicalisé par le SAMU vers un service de réanimation pour une surveillance de 24-48h car une nouvelle aggravation est toujours possible (18).

26. Acidocétose diabétique

Pour aider au diagnostic le médecin peut utiliser un lecteur de glycémie capillaire (> 20 mmol/L) et une bandelette urinaire : présence simultanée d'une glycosurie (2 à 4 croix) et d'une cétonurie. Le traitement repose sur l'administration d'insuline d'action rapide (insuline humaine recombinante à 10 unités par heure (18)), réhydratation et apport potassique en fonction de la kaliémie ; ainsi que le traitement de la cause déclenchante (infection...).

27. Hypoglycémie

A évoquer devant tout trouble de la conscience, surtout accompagné de tachycardie (à la différence du malaise vagal). Si le patient est conscient : l'absorption immédiate de boisson sucrée ou plusieurs morceaux de sucre est suffisante. Si le patient est inconscient : 30 à 50 ml de glucose 30% en IV et si l'abord veineux n'est pas possible : une injection sous-cutané ou intra musculaire de glucagon (ampoule de 1 mg) puis prise de sucre per os dès le retour à l'état de conscience car effet fugace du glucagon (18).

28. Agitation aigue

Dans les formes mineures d'agitation on utilise les benzodiazépines par voie orale ou injectable (diazépam 10 mg en IM). Dans les formes incoercibles et graves on utilise les neuroleptiques d'action rapide : loxapine, 400 à 600 mg/jour per os (non disponible en IM en ville (19), halopéridol, 5 à 200 mg/jour IM ou per os (14). En cas d'agitation chez le sujet âgé, le tiapride peut être utilisé.

29. Purpura fulminans

En cas de lésions purpuriques s'étendant rapidement en taille et en nombre avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de 3 mm de diamètre (suspicion de purpura fulminans) il faut réaliser une injection intraveineuse ou IM de β -lactamine (ceftriaxone, cefotaxime ou à défaut amoxicilline) au domicile du patient car cette attitude permet de réduire significativement la mortalité

(60 % de mortalité chez l'adulte et 20 à 30 % chez l'enfant (18)). Puis le patient doit être transféré en urgence dans un hôpital disposant d'une réanimation. L'intervention d'une équipe médicalisée expérimentée (SMUR) est justifiée sous réserve que son délai d'intervention soit inférieur à 20 minutes (21).

30. Intoxication aiguë à des substances toxiques ou à des médicaments

Pour faire face à une intoxication aiguë médicamenteuse à domicile dans l'attente des secours le médecin peut avoir besoin de :

- Acétylcystéine solution per os : antidote du paracétamol (22),
- Atropine injectable IV ou IM : traitement des bradycardies sévères pouvant être dues au para sympathicomimétique (insecticides organophosphorés) (22),
- Charbon activé suspension buvable : pour absorber certains toxiques pris par voie orale. Contre indiqué en cas d'intoxication avec des produits caustiques et en cas de trouble de la vigilance ou de risque de fausse route (19) (22),
- Naloxone ampoule en IV, IM ou SC : traitement des dépressions respiratoires liées aux intoxications par opioïde (sauf pour la buprenorphine) (18) (22),
- Flumazenil : antidote des intoxications aux benzodiazépines mais qu'il est préférable d'administrer en milieu hospitalier (18),

Pour l'aider dans sa prise en charge, le médecin peut joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 le centre antipoison au 01 40 05 48 48 pour Paris (22).

31. Plaie à suturer

Suturer une plaie nécessite un important matériel : gants stériles, désinfectant, compresses stériles, anesthésique local type xylocaïne, seringue, aiguille, fil de suture, kit de suture, container à aiguille. De ce fait, seules les plaies pouvant être soignées par des dispositifs tel que STERI-STRIP® peuvent être prises en charge au domicile. Dans les autres cas, il est préférable et plus « pratique » d'adresser le patient aux urgences.

32. Glaucome aiguë par fermeture de l'angle

La crise de glaucome aigu est une urgence majeure en ophtalmologie. Elle réalise un tableau bruyant. Son diagnostic doit être fait sur quelques symptômes faciles à reconnaître et doit conduire à un traitement dont la précocité seule évitera la perte complète et définitive de l'œil. Devant un œil rouge avec cercle périkératique, associé à des douleurs oculaires et péri-oculaires, une baisse d'acuité visuelle, une pupille en semi-mydriase aréflexique, souvent des nausées et des vomissements et un œil dur comme une bille de bois à la palpation, le diagnostic de glaucome aigu doit être absolument suspecté de façon à adresser le patient de toute urgence en unité de soins ophtalmologiques. L'évolution non traitée de cette crise conduit rapidement à la cécité par atrophie optique. Trop de crises de glaucome aigu sont encore étiquetées conjonctivites sans examen ophtalmologique ; lorsque le diagnostic est enfin fait quelques jours plus tard, le pronostic fonctionnel est catastrophique.

Le traitement général repose sur les antiglaucomateux par voie générale (19) :

- Acétazolamide : injection de 1 ampoule de 500 mg en IV lente (5 min) puis relais par 1 comprimé à 250 mg x 3/j + potassium, 1 gélule x 3/j,
- mannitol : une perfusion de 250 mL en 30 min.

Le traitement local repose sur (19):

- dans l'œil atteint : instillation de collyres myotiques (pilocarpine) dès que la tension oculaire a diminué de moitié, à raison d'une goutte par quart d'heure jusqu'à obtention du myosis, puis une goutte 3 fois par jour; iridotomie au laser Yag ou iridectomie chirurgicale dans les 24 h dès que la cornée s'est éclaircie,
- dans l'œil adelphe : collyres myotiques.

VII. MATERIELS ET METHODES

1. Outils

J'ai réalisé un questionnaire (cf. annexe 7) pour connaître les situations fréquentes et urgentes rencontrées à domicile par le médecin généraliste parisien et le contenu de sa trousse de visite. De plus des données générales (âge, sexe, mode d'activité) et des questions sur leur pratique de la visite à domicile leurs ont été demandées.

Pour réaliser ce questionnaire je me suis appuyée sur une enquête de l'U.R.M.L d'Ile-de-France (13), sur des études de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques) (9, 10, 14), sur des livres traitants des urgences médicales (17, 18, 19 ,20 ,22), et sur des thèses déjà réalisées sur le même sujet (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Il m'a semblé adéquat de diffuser le questionnaire par Internet car la plupart des médecins enseignants cliniciens ambulatoires possèdent un ordinateur avec un accès internet, lien avec leur faculté, et selon une enquête belge, 91,6% des médecins généralistes (belges) possèdent un ordinateur (23).

Le questionnaire a été réalisé à partir du site Google-Gmail (annexe 7) et diffusé sur une période de 3 semaines avec une clôture de l'accès au questionnaire au terme des ces 3 semaines. Un courriel (annexe 8) a été envoyé aux enseignants cliniciens ambulatoires de la région parisienne par le biais des secrétariats des départements de médecine générale. Le lien du questionnaire leur est envoyé par ce courriel, permettant de répondre anonymement. Puis, à partir des réponses, le logiciel fourni par Gmail a établi des statistiques.

Le questionnaire a été évalué par 3 médecins avant sa diffusion. Des modifications ont été apportées au questionnaire à partir de leurs remarques et leur réponse n'a pu être comptabilisée dans les résultats de l'enquête pour ne pas fausser les résultats.

2. Population étudiée

Dans un premier temps, je pensais diffuser mon questionnaire par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris ce qui aurait couvert tous les médecins parisiens possédant une adresse mail et l'ayant communiqué au conseil de l'Ordre. Mais l'Ordre n'a pu donner une réponse positive à ma demande en raison de la loi sur les libertés informatiques (CNIL).

J'ai donc décidé de demander aux 7 départements de médecine générale de Paris s'il leur était possible de diffuser mon questionnaire à leurs enseignants cliniciens ambulatoires, sachant qu'ils possèdent pour la plupart un accès internet pour être en lien avec leur faculté.

Seule la faculté de Paris Diderot a participé à l'enquête avec un recrutement de 146 médecins généralistes (les autres facultés ont soit répondu par la négative, soit n'ont donné aucune réponse, soit avait donné leur accord mais n'ont pas fait suivre mon mail). Cela couvre Paris et les secteurs Nord et Est de la région.

a. Critères d'inclusion

Le but de l'enquête est d'analyser la trousse de visite des médecins ayant une activité de médecine générale en secteur urbain. Ainsi les critères d'inclusion sont:

- une activité principale de médecine générale,
- un secteur d'exercice urbain.

b. Critères d'exclusion

Les médecins n'ayant pas pour activité principale la médecine générale et exerçant en milieu rural sont exclus de l'enquête. La non-pratique de la visite à domicile n'est pas un critère d'exclusion, et les médecins ne pratiquant pas la visite à domicile doivent remplir les 9 premières questions (cf annexe 7).

3. Recueil des données

Le questionnaire a été rempli par les médecins eux-mêmes et le contenu des trousseaux n'a pas été vérifié.

Les réponses aux questions sur « les motifs les plus fréquents et les situations cliniques urgentes rencontrées en visite à domicile » concernent la pratique du médecin en générale et ne couvrent pas uniquement la période de l'enquête. Aussi, ces réponses sont subjectives et il n'a pas été demandé aux médecins de les chiffrer en termes de pourcentage de leur activité en visite à domicile. Le médecin devait donc évaluer de manière globale et subjective les motifs les plus fréquents de ses visites et se remémorer les situations cliniques urgentes auxquelles il avait déjà été confronté en visite à domicile.

VIII. RESULTATS ET ANALYSE DE LA TROUSSE DE VISITE DES MEDECINS GENERALISTES

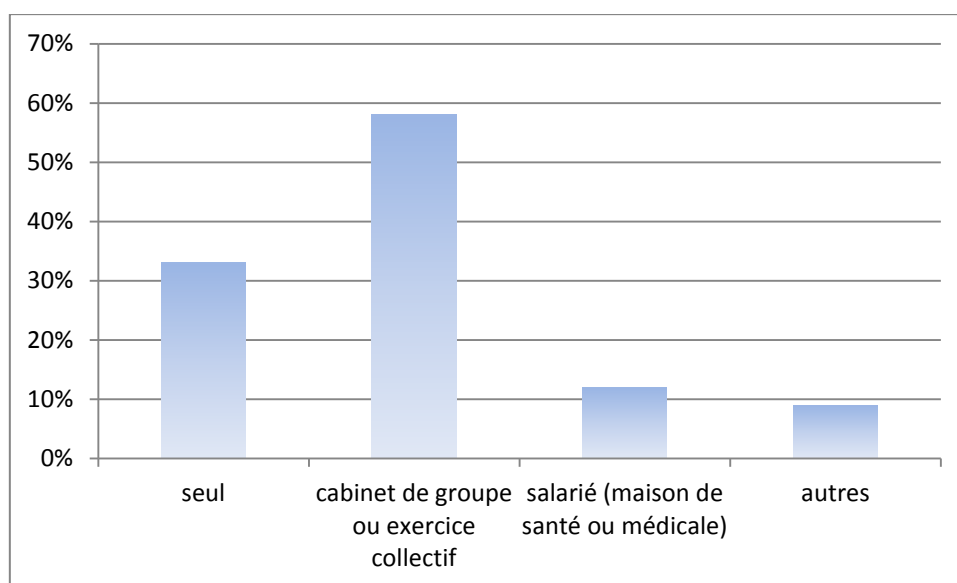
PARISIENS DE L'ENQUETE

Le questionnaire a été diffusé du 21/09/2010 au 17/10 2010 à 146 médecins généralistes et il y a eu 33 répondants soit un taux de réponse de 22,6 %. Tous les répondants ont une activité principale de médecine générale et exercent en secteur urbain, ainsi ils ont tous été inclus dans l'analyse des résultats.

1. Les médecins généralistes de l'enquête

Les caractéristiques de la population des médecins généralistes de l'enquête :

- Age moyen de 47.8 ans, médiane de 52 ans et âges extrêmes 31 et 64 ans,
- Sexe : 52 % des répondants sont des femmes,
- Modes d'exercice :

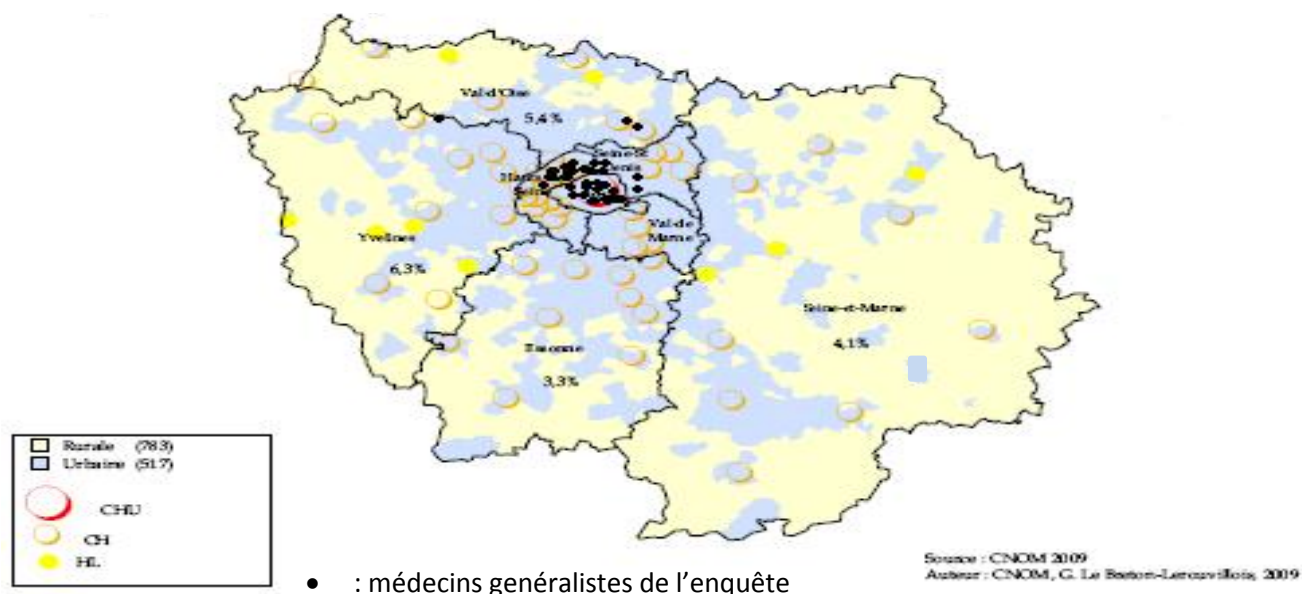


Seul	11	33%
cabinet de groupe ou exercice collectif	19	58%
salarié (dans une maison de santé ou médicale)	4	12%
Autres = médecin de crèche, centre municipal de santé et vacation à l'hôpital	3	9%

Diagramme 4 : Mode d'exercice des médecins de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Les divers modes d'exercice sont représentés avec une part moindre (33%) de l'exercice isolé du médecin généraliste parisien par rapport au pourcentage national de 53 % (24) (diagramme 4).

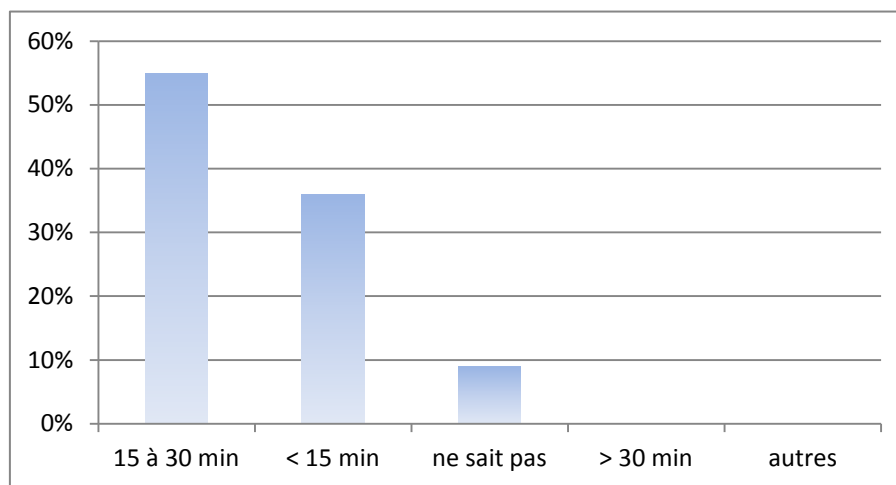
- Localisation et secteur d'exercice :



Carte 2 : Localisation géographique des médecins généralistes de l'enquête et répartition des établissements de santé à l'échelle communale

39.3% des médecins exercent à Paris. Les autres villes représentées sont : Gennevilliers : 2 médecins, Nanterre : 1 médecin, Saint-Denis : 4 médecins, Louvres : 1 médecin, Villeneuve-la-Garenne : 3 médecins, Saint-Ouen : 1 médecin, Vauréal : 1 médecin, Noisy le Grand : 1 médecin, Montmagny : 1 médecin, Soissy : 1 médecin, Colombes : 3 médecins, Asnières : 1 médecin. Ainsi tous les médecins ayant participé à l'enquête exercent en zone urbaine (cf. carte 2) : les médecins de l'enquête étant représentés par des points noirs.

- Temps d'intervention des secours médicalisés dans le lieu d'exercice :

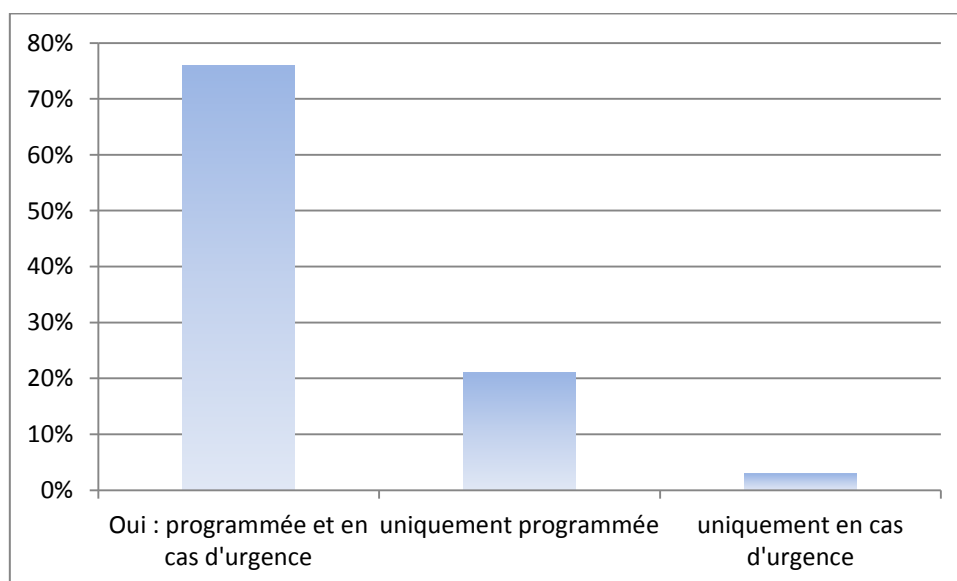


< 15 minutes	12	36%
15 à 30 minutes	18	55%
> 30 minutes	0	0%
ne sait pas	3	9%
Autres	0	0%

Diagramme 5 : Temps d'intervention des secours médicalisés dans le lieu d'exercice des médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Le secteur géographique d'activité des médecins de l'enquête est accessible en moins de 30 minutes par les secours médicalisés (cf. diagramme 5).

- Pratique de la visite à domicile :

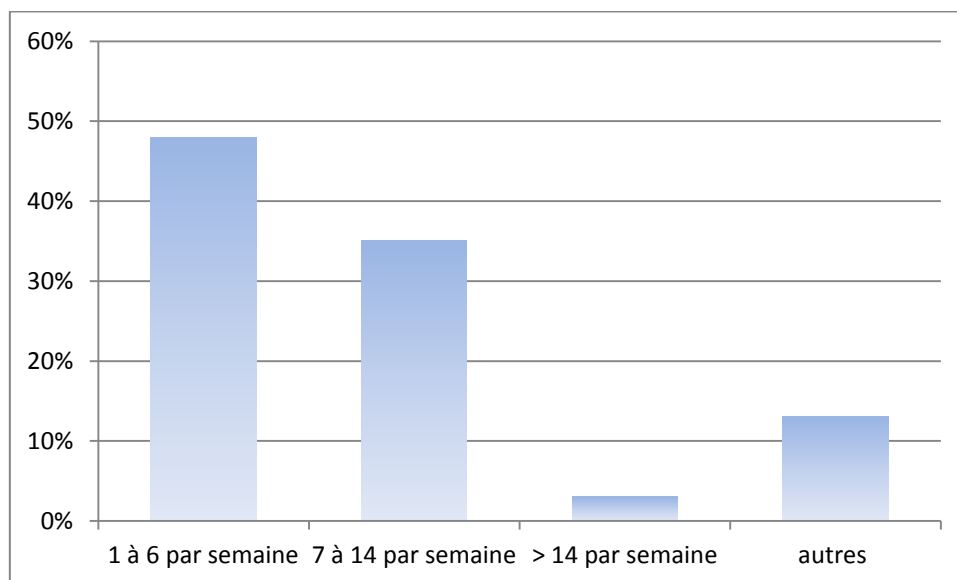


Oui : programmée et en cas d'urgence	25	76%
uniquement programmée	7	21%
uniquement en cas d'urgence	1	3%
jamais : merci de répondre aux trois questions suivantes et d'arrêter le questionnaire (question 7, 8 et 9)	0	0%

Diagramme 6 : Pratique de la visite à domicile chez les médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Tous les médecins de l'enquête font des visites à domicile. A noter que 21 % ne font jamais de visite en cas d'urgence (cf. diagramme 6)

- Fréquence des visites à domicile :

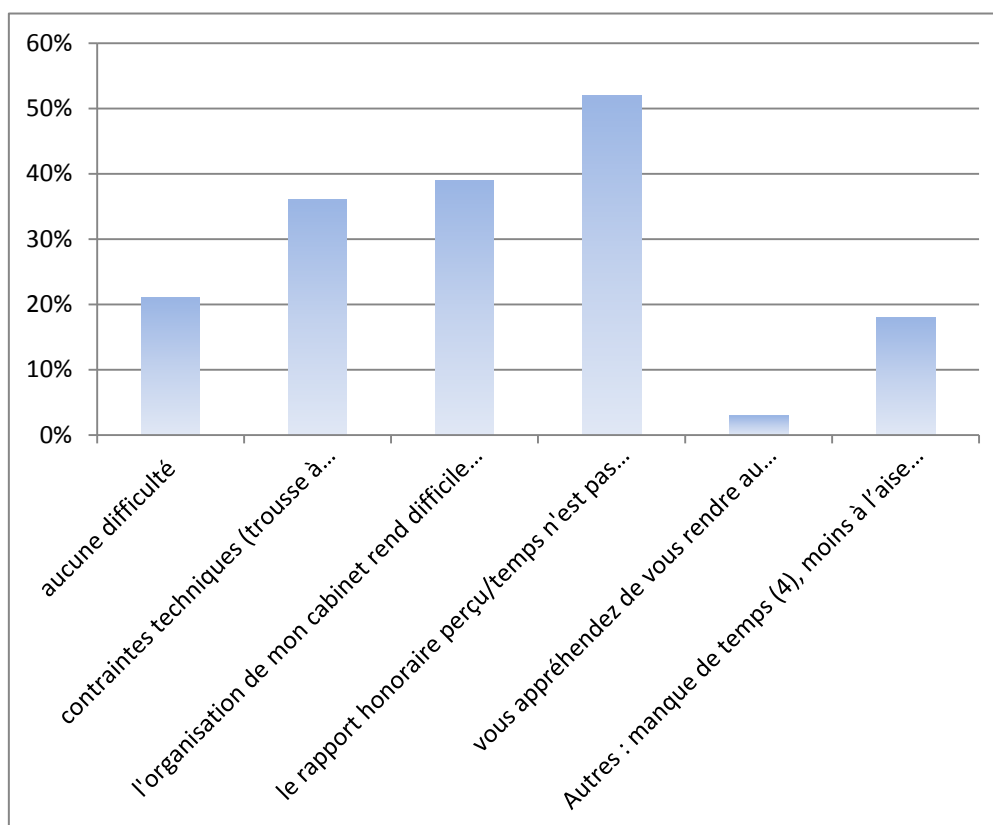


1 à 6 par semaine	15	48%
7 à 14 par semaine	11	35%
> 14 par semaine	1	3%
Autres	4	13%

Diagramme 7 : Nombre de visite par semaine des médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

En moyenne dans cette étude les médecins parisiens effectuent 1 à 6 visites par semaines, et pour un tiers d'entre eux 7 à 14 visites par semaine (cf. diagramme 7).

- Difficultés rencontrées lors des visites à domicile :

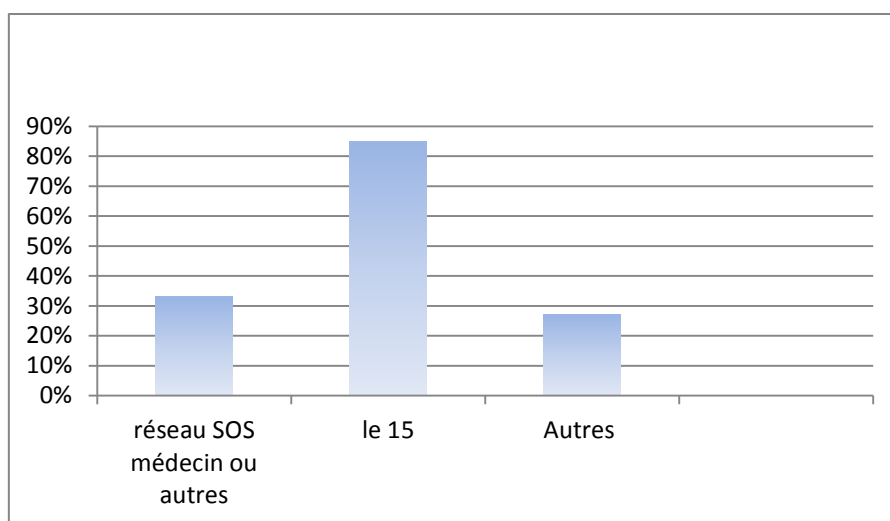


aucune difficulté	7 21%
contraintes techniques (trousse à confectionner, à porter, mode et temps de déplacement...)	12 36%
l'organisation de mon cabinet rend difficile les visites à domicile	13 39%
le rapport honoraire perçu/temps n'est pas avantageux	17 52%
vous appréhendez de vous rendre au domicile des patients (quartier difficile)	1 3%
Autres : manque de temps (4), moins à l'aise au domicile (1), stationnement (1)	6 18%

Diagramme 8 : Difficultés rencontrées lors des visites à domicile par les médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

79 % des médecins éprouvent des difficultés à faire des visites à domicile. En effet la visite apparaît comme une contrainte pour 57 % des médecins libéraux en France (13). Dans notre étude les facteurs limitants sont principalement : les honoraires perçus non avantageux par rapport au temps passé, les contraintes techniques (trousse à confectionner, à porter, mode et temps de déplacement...), l'organisation des cabinets qui rend difficile les visites et pour 3 % d'entre eux l'appréhension à se rendre dans un quartier difficile (cf. diagramme 8).

- Orientation des urgences médicales auxquelles ils ne peuvent répondre :



réseau SOS médecin	11	33%
le 15	28	85%
Autres = pompiers, confrère, autres réseau de permanence des soins	9	27%

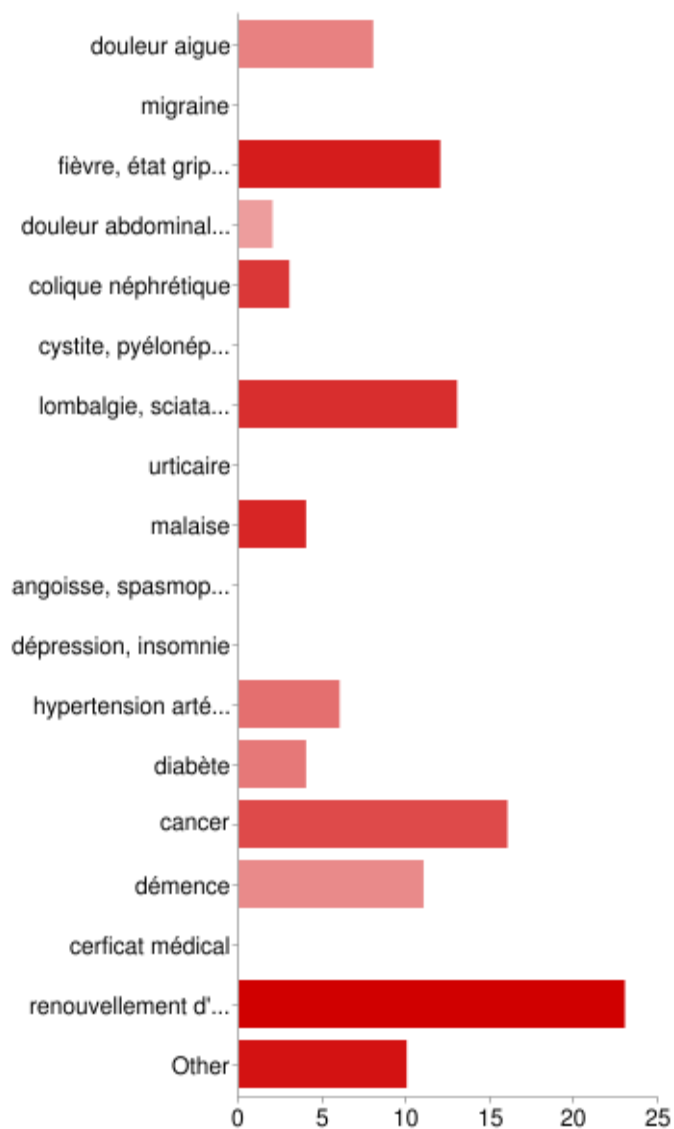
Diagramme 9 : Orientations des patients par les médecins généralistes de l'enquête lors d'une urgence médicale à laquelle ils ne peuvent répondre (en valeur absolue et en pourcentage)

Pour répondre aux urgences médicales, la plupart d'entre eux utilisent le 15 (centre de régulation du SAMU) en cas d'impossibilité de prise en charge (cf. diagramme 9).

2. Les situations cliniques rencontrées par les médecins généralistes de l'enquête

Le questionnaire était subdivisé en deux parties :

a. Les motifs les plus fréquents des visites à domicile des médecins généralistes de l'enquête



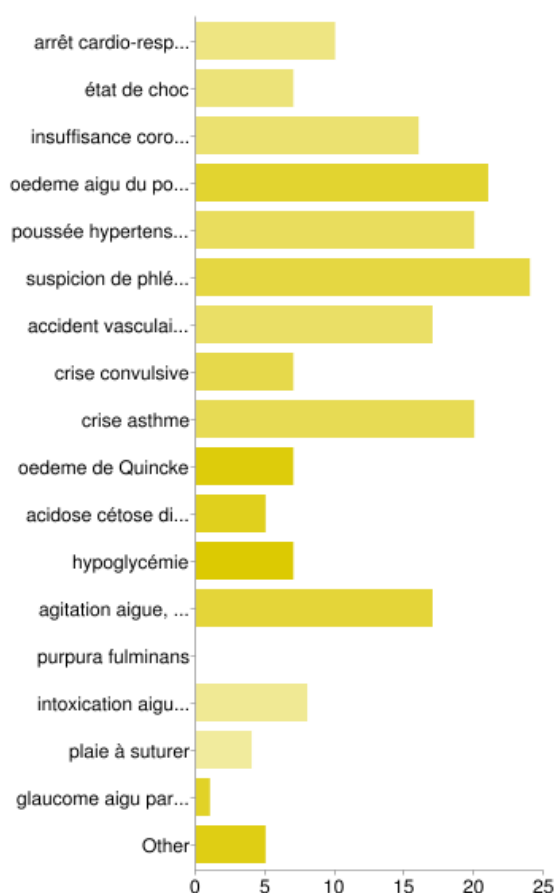
douleur aiguë	8	24%
migraine	0	0%
fièvre, état grippeux, affection ORL ou pulmonaire	12	36%
douleur abdominale, colopathie; gastroentérite	2	6%
colique néphrétique	3	9%
cystite, pyélonéphrite	0	0%
lombalgie, sciatalgie, arthrose	13	39%
Urticaire	0	0%
Malaise	4	12%
angoisse, spasmophilie	0	0%
dépression, insomnie	0	0%
hypertension artérielle	6	18%

Diabète	4	12%
Cancer	16	48%
démence	11	33%
certificat médical	0	0%
renouvellement d'ordonnance	23	70%
Autres = personnes âgées, handicapées, isolement Social, soutien moral, problèmes sociaux, vertiges	10	30%

Diagramme 10 : Les motifs les plus fréquents des visites à domicile des médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Le renouvellement d'ordonnance est un des motifs fréquents de visite à domicile pour 70% des médecins de l'enquête. Viennent ensuite le cancer, les lombalgies/sciatalgies, les états grippaux/affections ORL ou pulmonaire et la démence comme motifs fréquents de visite à domicile pour plus de 36% des médecins de l'enquête. La douleur aiguë, elle, est un des motifs fréquents de visite à domicile pour 24% des médecins de l'enquête. (cf. diagramme 10).

b. Les situations urgentes rencontrées en visite à domicile par les médecins de l'enquête depuis le début de leur carrière



arrêt cardio-respiratoire	10	31%
état de choc	7	22%
insuffisance coronarienne	16	50%
oedeme aigu du poumon	21	66%
poussée hypertensive (TA>18/11)	20	63%
suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire	24	75%
accident vasculaire cérébral	17	53%
crise convulsive	7	22%
crise asthme	20	63%
oedeme de Quinke	7	22%
acidose cétose diabétique	5	16%
Hypoglycémie	7	22%
agitation aigue, trouble du comportement	17	53%
purpura fulminans	0	0%
intoxication aigue due à des médicaments ou à des substances toxiques	8	25%
plaie à suturer	4	13%

glaucome aigu par fermeture de l'angle	1	3%
Autres = insuffisance respiratoire, plaie à suturer, douleur cancéreuse, Soins palliatifs, tentative de suicide, fausse couche	5	16%

Diagramme 11 : Les situations urgentes rencontrées en visite à domicile par les médecins de l'enquête depuis le début de leur carrière (en valeur absolue et en pourcentage)

Parmi les situations urgentes rencontrées au domicile, la suspicion d'embolie pulmonaire ou phlébite arrive en tête avec 75 % des médecins qui y ont été confrontés. Lors de leurs visites à domicile, ils ont déjà été confrontés pour plus de la moitié d'entre eux à : un œdème aiguë pulmonaire, une poussée hypertensive, une crise d'asthme, un accident vasculaire cérébral, un état d'agitation aiguë, une insuffisance coronarienne (cf. diagramme 11).

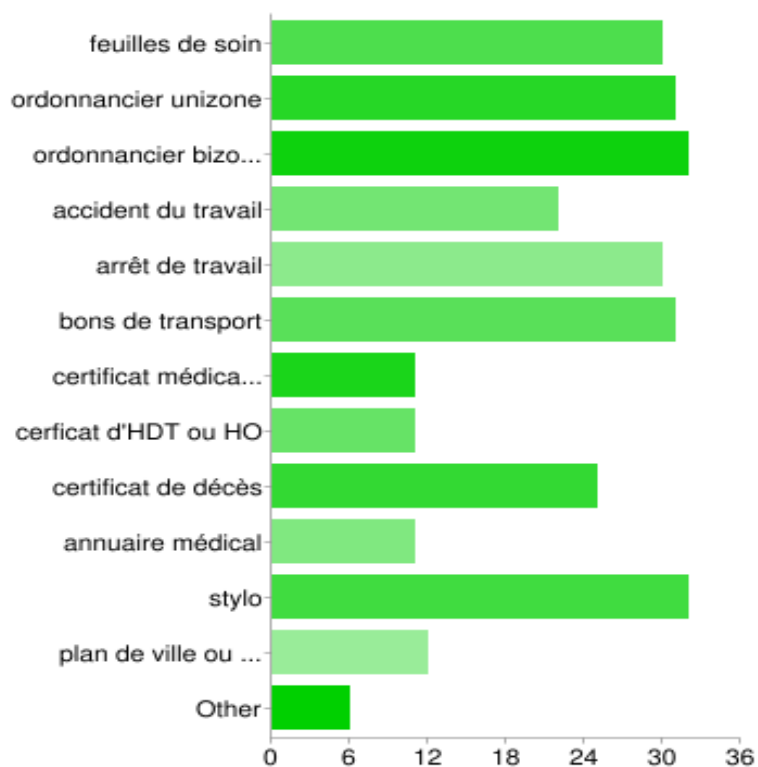
Un cinquième des médecins a du gérer une crise convulsive, un œdème de Quincke, un état de choc, une intoxication aiguë, une hypoglycémie.

Aucun n'a été confronté à un purpura fulminans et seulement 3% à une crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle (cf. diagramme 11).

3. Le contenu des trousse de visite

Le contenu était subdivisé en plusieurs catégories :

a. Matériel administratif

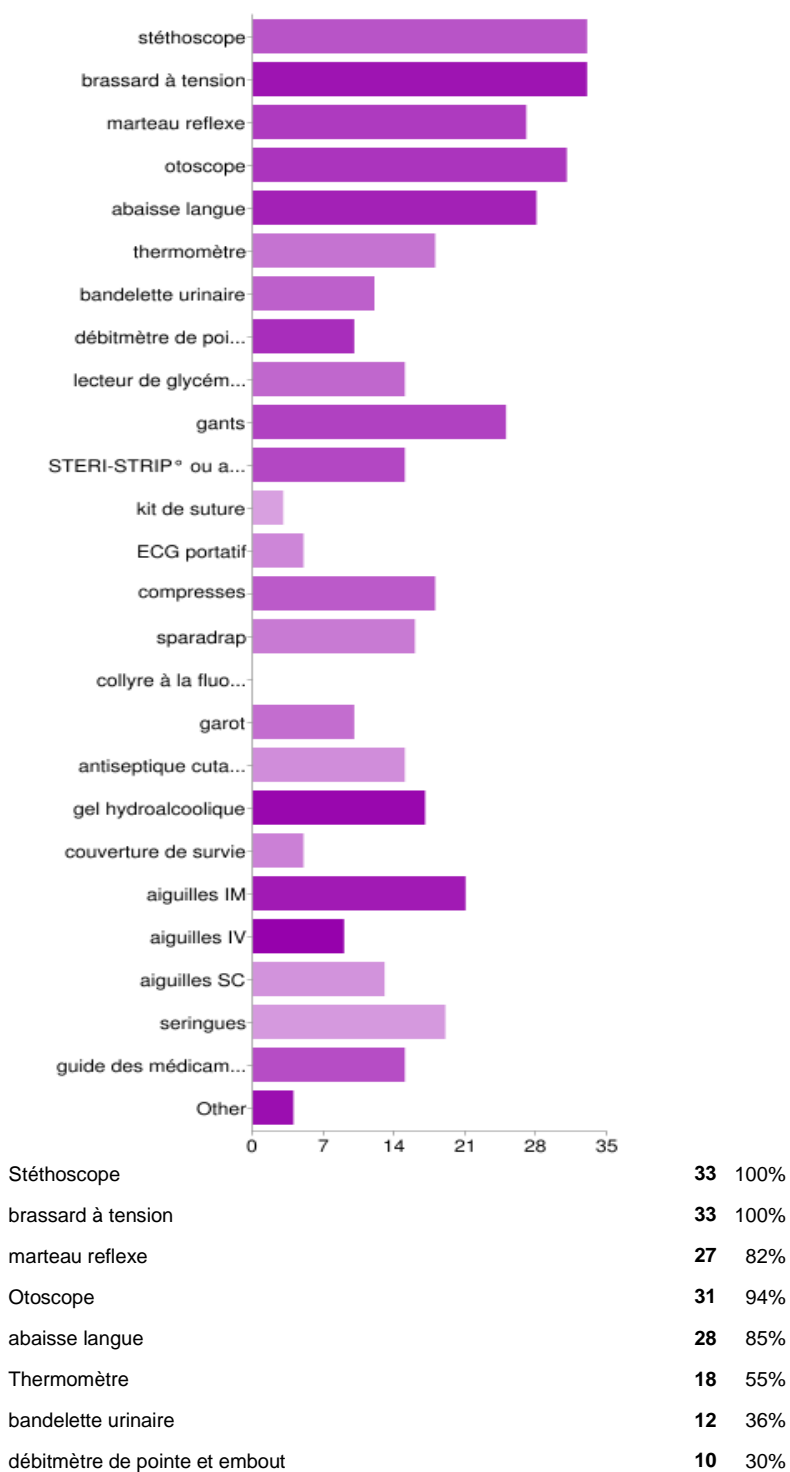


feuilles de soin	30	94%
ordonnancier unizone	31	97%
ordonnancier bizone (100%)	32	100%
accident du travail	22	69%
arrêt de travail	30	94%
bons de transport	31	97%
certificat médical descriptif	11	34%
certificat d'HDT ou HO	11	34%
certificat de décès	25	78%
annuaire médical	11	34%
stylo	32	100%
plan de ville ou de quartier	12	38%
Autres = dossier médical, ordonnance d'exception, tampon, Vidal, test de mémoire	6	19%

Diagramme 12 : Matériel administratif contenu dans les trousse de visite des médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Le matériel administratif est assez complet dans les trousse de visite mis à part les certificats médicaux descriptifs et d'hospitalisation d'office et à la demande d'un tiers que seulement un tiers des médecins possèdent (cf. diagramme 12).

b. Matériel médical

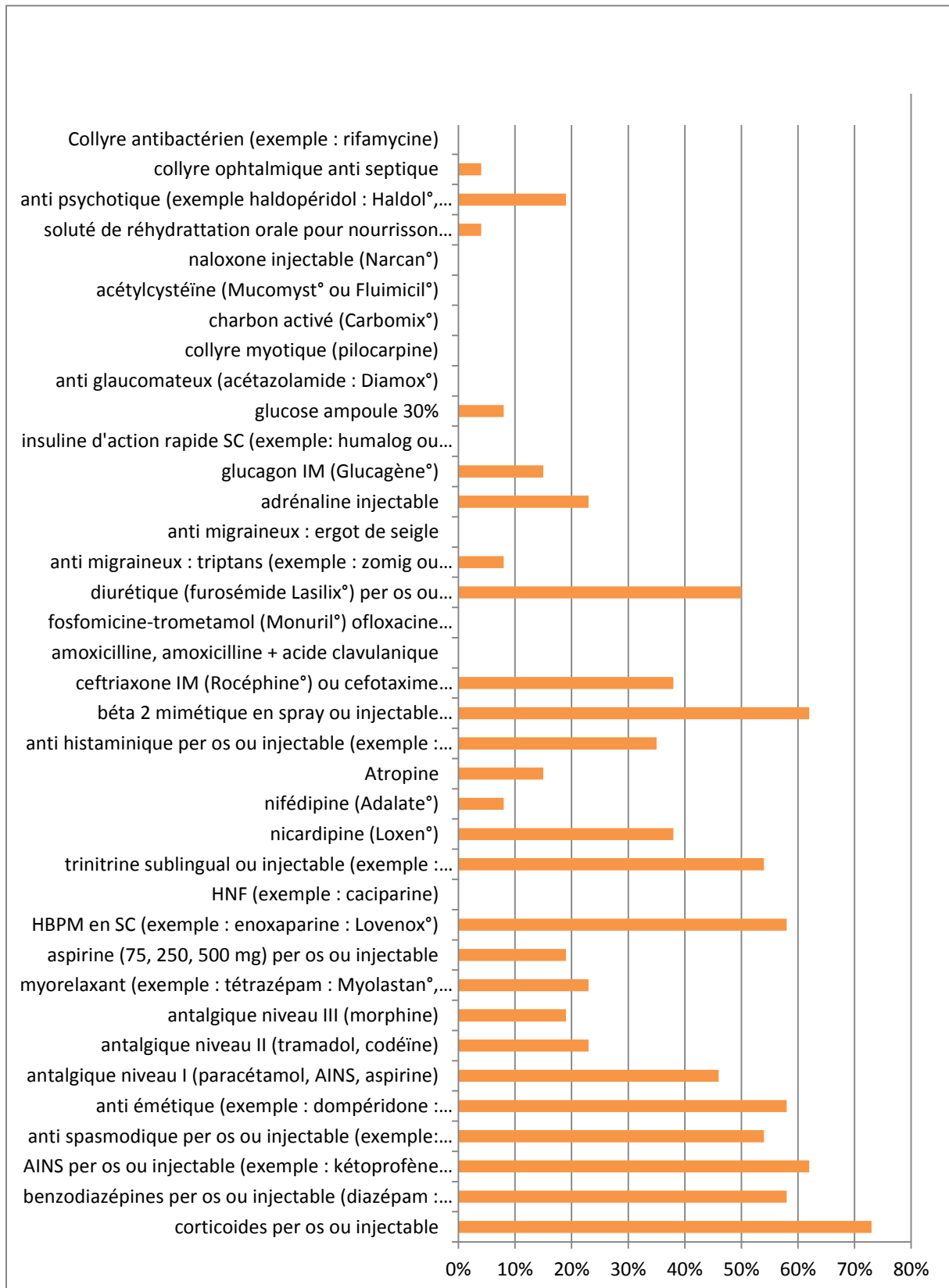


lecteur de glycémie capillaire et bandelette	15	45%
Gants	25	76%
STERI-STRIP® ou assimilé	15	45%
kit de suture	3	9%
ECG portable	5	15%
Compresses	18	55%
Sparadrap	16	48%
collyre à la fluoresceine	0	0%
Garot	10	30%
antiseptique cutané (bétadine..)	15	45%
gel hydroalcoolique	17	52%
couverture de survie	5	15%
aiguilles IM	21	64%
aiguilles IV	9	27%
aiguilles SC	13	39%
Seringues	19	58%
guide des médicaments	15	45%
Autres = doigtier (1), lame de bistouri(1), masque(1), <u>saturomètre (1)</u>	4	12%

Diagramme 13 : Matériel médical contenu dans les trousse de visite des médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Les trousse de visite sont assez bien fournies en matériel médical cependant un tiers à la moitié ne possèdent pas de thermomètre, de bandelette urinaire, de débitmètre de pointe ni de lecteur glycémique. Très peu possèdent un électrocardiogramme portable (15 %) et un kit de suture (9 %). Aucun n'a de collyre à la fluorescéine pour faire le diagnostic d'effraction de la cornée par un corps étranger. Et seulement un seul possède un saturomètre (cf. diagramme 13).

c. Matériel thérapeutique



corticoïdes per os ou injectable	19 73%
benzodiazépines per os ou injectable (diazépam : Valium° ou clonazépam : Rivotril°)	15 58%
AINS per os ou injectable (exemple : kétoprofène : Profénid°)	16 62%
anti spasmodique per os ou injectable (exemple: phloroglucinol : Spasfon°, trimébutine : Débridat°)	14 54%
anti émétique (exemple : dompéridone : Motilium°, métopimazine : Vogalène°)	15 58%
antalgique niveau I (paracétamol, AINS, aspirine)	12 46%
antalgique niveau II (tramadol, codéïne)	6 23%
antalgique niveau III (morphine)	5 19%
myorelaxant (exemple : tétrazépam : Myolastan°, thiocolchicoside : Miorel° et Coltramyl°)	6 23%
aspirine (75, 250, 500 mg) per os ou injectable	5 19%
HBPM en SC (exemple : enoxaparine : Lovenox°)	15 58%
HNF (exemple : caciparine)	0 0%
trinitrine sublingual ou injectable (exemple : Natispray°)	14 54%
nicardipine (Loxen°)	10 38%
nifédipine (Adalate°)	2 8%
atropine	4 15%
anti histaminique per os ou injectable (exemple : dexchlorpheniramine : Polaramine°)	9 35%
béta 2 mimétique en spray ou injectable (exemple : salbutamol : Ventoline° ou terbutaline : Bricanyl°)	16 62%
ceftriaxone IM (Rocéphine°) ou cefotaxime (Claforan°)	10 38%
amoxicilline, amoxicilline + acide clavulanique	0 0%
fosfomicine-trometamol (Monuril°) ofloxacine (Oflocet°) ciprofloxacine (Ciflox°)	0 0%
diurétique (furosémide Lasilix°) per os ou injectable	13 50%
anti migraineux : triptans (exemple : zomig ou imigrane)	2 8%
anti migraineux : ergot de seigle	0 0%
adrénaline injectable	6 23%
glucagon IM (Glucagène°)	4 15%
insuline d'action rapide SC (exemple: humalog ou actrapid)	0 0%
glucose ampoule 30%	2 8%
anti glaucomeux (acétazolamide : Diamox°)	0 0%
collyre myotique (pilocarpine)	0 0%
charbon activé (Carbomix°)	0 0%
acétylcystéïne (Mucomyst° ou Fluimicil°)	0 0%
naloxone injectable (Narcan°)	0 0%
soluté de réhydratation orale pour nourrisson (Adiaril°)	1 4%
anti psychotique (exemple haldopéridol : Haldol°, loxapine : Loxapac°, tiapride : Tiapridal°)	5 19%
collyre ophtalmique anti septique	1 4%
Collyre antibactérien (exemple : rifamycine)	0 0%

Diagramme 14 : Matériel thérapeutique contenu dans les trousse de visite des médecins généralistes de l'enquête (en valeur absolue et en pourcentage)

Concernant les médicaments, les corticoïdes sont les plus fréquemment retrouvés dans les trousse (73 %). Plus de 35 % des médecins possèdent dans leur trousse : des diurétiques, de la ceftriaxone, des bêtamimétique, des antihistaminiques, de la nicardipine, de la trinitrine, des héparines de bas poids moléculaire (HBPM), des antalgiques de niveau I, des antiémétiques, antispasmodiques, AINS et des benzodiazépines. La nifédipine est possédée par 2 des médecins alors qu'elle est non-indiquée dans la crise aigue hypertensive. Certains médicaments ne sont présents dans aucune des trousse : collyre antibactérien, naloxone, acétylcystéine, charbon activé, collyre myotique, anti glaucomateux, insuline d'action rapide, ergot de seigle, fosfomycine, ciprofloxacine, ofloxacine, amoxicilline, héparine non fractionnée (cf. diagramme 14).

A noter que 21 % des médecins de l'enquête ne possèdent aucun médicament dans leur trousse.

4. Médicaments les plus utilisés par les médecins généralistes de l'enquête

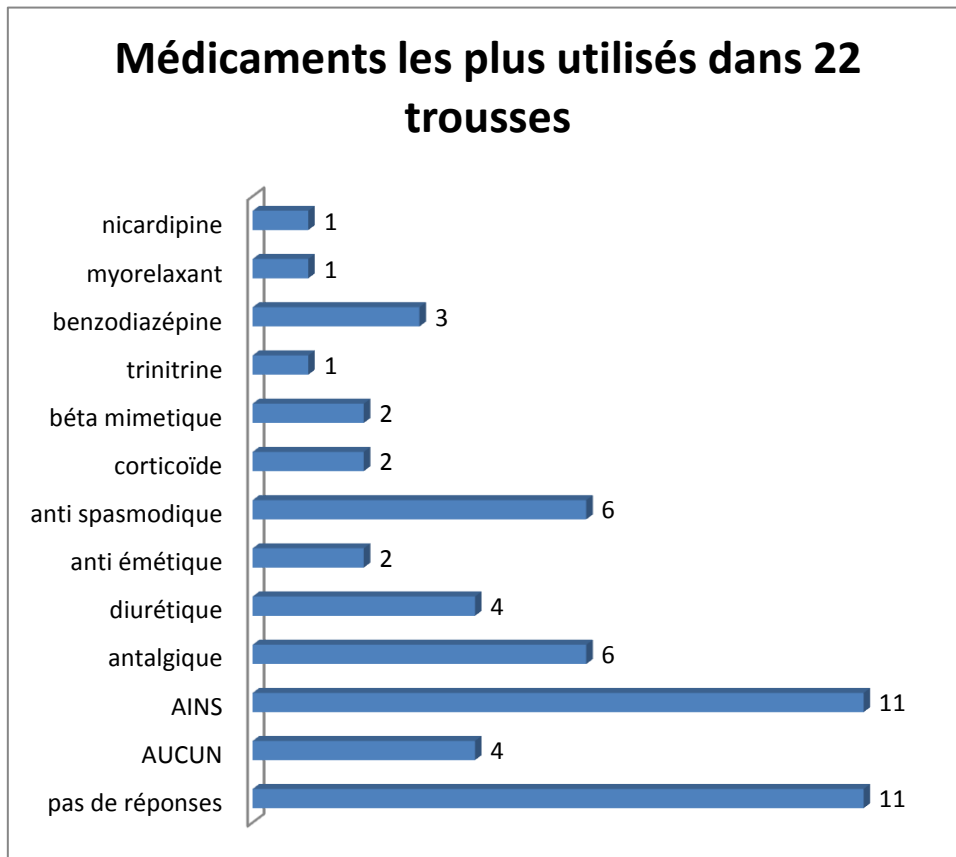


Diagramme 15 : Médicaments les plus utilisés par les médecins généralistes de l'enquête (avec pour chaque médicament, le nombre de médecins de l'enquête en valeur absolue qui l'utilise le plus, parmi les 5 médicaments les plus utilisés pendant leur visite à domicile)

Les AINS sont les médicaments les plus utilisés puis viennent les anti spasmodiques et les antalgiques. A noter que 4 des médecins de l'enquête n'utilisent aucun médicament et que 11 des médecins de l'enquête n'ont pas répondu à cette question (diagramme 15). Parmi ces 11 médecins, 6 d'entre eux n'ont pas de médicaments dans leur trousse de visite.

5. Médicaments indispensables selon les médecins généralistes de l'enquête

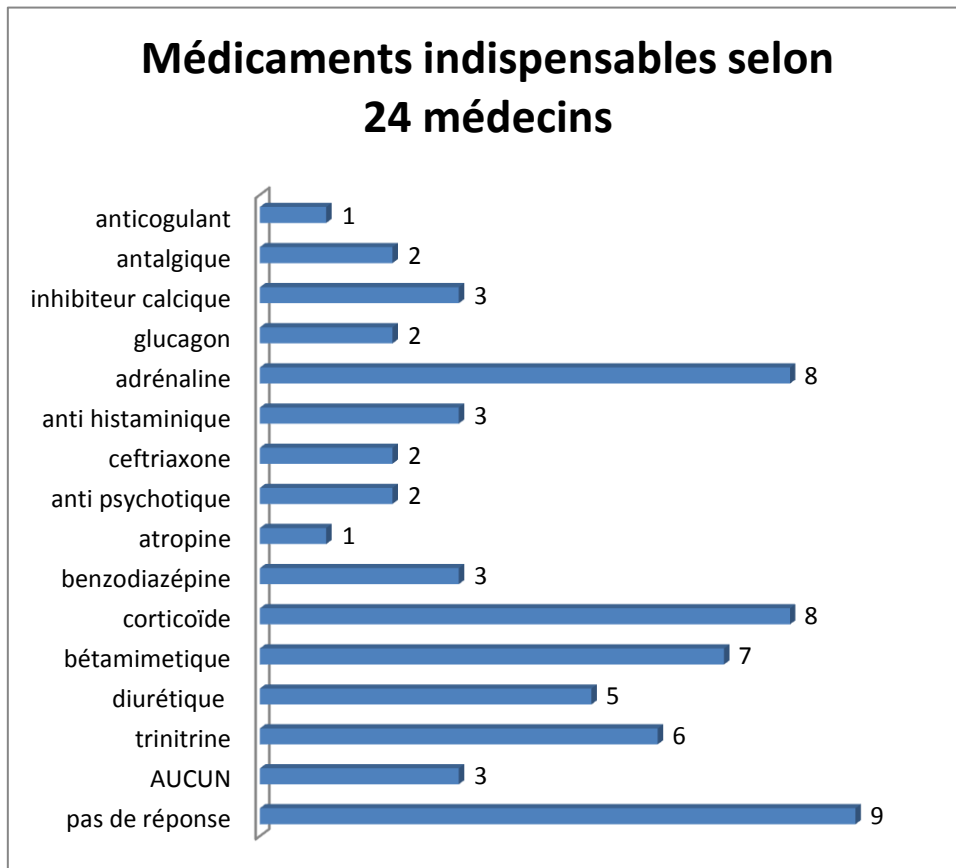


Diagramme 16 : Médicaments jugés indispensables par les médecins généralistes de l'enquête (avec pour chaque médicament, le nombre de médecin de l'enquête en valeur absolue qui le juge indispensable, parmi les 3 médicaments qu'ils jugent les plus indispensables)

Les corticoïdes, l'adrénaline, les bêtamimétiques, la trinitrine et les diurétiques sont les 5 principaux médicaments indispensables selon plus de 15 % les médecins de l'enquête. A noter que 3 des médecins pensent qu'aucun médicament n'est indispensable, et que 9 des médecins de l'enquête n'ont pas répondu à cette question (diagramme 16). Parmi ces 9 médecins, 4 d'entre eux ne possèdent pas de médicament dans leur trousse d'urgence.

IX. DISCUSSION

1. Le questionnaire : diffusion, population étudiée, recueil des données.

Le questionnaire a été adressé par courriel pour plusieurs raisons : le coût d'envoi est nul, la lettre ne se perd pas parmi tous les courriers reçus, le médecin n'a pas à poster la réponse. Ainsi le taux de réponse a été de 22,6 %. Cependant, l'enquête a étudié 33 trousse de visite de la région Ile-de-France, majoritairement dans la ville de Paris (39,3 % des répondants). 17 576 médecins généralistes étaient inscrits au tableau de l'Ordre de la région (11) dont 5 230 dans la ville de Paris en 2009. Mon étude représente ainsi, 0,18 % des médecins à l'échelle régionale et 0,63 % des médecins parisiens. Elle n'est donc qu'un aperçu de ce que peut contenir la trousse de visite du généraliste parisien.

Parmi la population des médecins généralistes de mon enquête :

- la moitié sont des femmes alors qu'elles représentent un tiers des médecins généralistes à l'échelle de la région (8),
- la moyenne d'âge est, elle, à peu près similaire, 47,8 ans pour 51 ans dans la région (8),
- les différents types d'exercice sont représentés dans mon enquête, mais il est à noter que seulement 33 % des médecins généralistes de mon enquête ont un exercice isolé alors qu'il représente 53 % du mode d'exercice des médecins généralistes en France (24),
- l'enquête avait pour but d'étudier un secteur urbain avec une forte densité en structure d'urgence : 39 % des médecins de mon enquête exercent à Paris et pour les autres en banlieue parisienne en milieu urbain (cf. carte 2 (11)),

- aussi, le questionnaire n'a été adressé qu'à des enseignants cliniciens ambulatoires ce qui a pu entraîner des biais : la présence d'un médecin en formation et leurs rôles dans sa formation a peut être incité les médecins généralistes à modifier le contenu de leurs trousse.

L'inventaire des trousse s'est fait par le médecin généraliste lui-même, il y a donc pu y avoir des biais de réponse : sur ou sous estimation, non réponses, mauvaise compréhension des questions, erreur de remplissage du questionnaire.

2. La pratique de la visite à domicile

Les médecins de mon enquête font peu de visites à domicile : 1 à 6 par semaine pour 49 % d'entre eux et 7 à 14 par semaine pour 35 % d'entre eux, en comparaison aux généralistes de la région Ile-de-France qui effectuaient en moyenne 16 visites par semaine en 2004 (24). Dans mon enquête je n'ai pas demandé aux médecins quel pourcentage de leur activité représentait la visite à domicile. Je ne peux donc pas savoir si elle est proche des 18 % de l'activité des médecins généralistes parisiens (en 2004 (9)).

36 % des médecins de mon enquête rencontrent des difficultés techniques (confection de la trousse, mode et temps de déplacement) et 39 % des difficultés organisationnelles à faire des visites à domicile. En région parisienne la visite est perçue comme une contrainte par 57 % des médecins (13). A posteriori il aurait été intéressant de développer cette question en faisant préciser les difficultés rencontrées : le choix des médicaments, leur mode de conditionnement, la gestion des dates de péremption, le coût, le poids et le volume. Aussi 52 % des médecins généralistes de mon enquête et 84,5 % des médecins généralistes de la région Ile-de-France (13) estiment que la visite à domicile n'est pas justement rémunérée.

3. Les motifs fréquents et situations urgentes rencontrées en visite à domicile

Le questionnaire devait être rempli en moins de 5 minutes pour assurer un bon taux de réponse. Ainsi, il n'est pas exhaustif concernant les situations cliniques, mais il était toutefois possible de mettre une réponse libre en cochant la case « autres ».

Il était demandé les motifs les plus fréquents rencontrés en visite à domicile, mais la notion de « fréquent » n'a pas été explicitée ce qui a pu entraîner un biais. Aussi je n'ai pas demandé de précision sur la part de chaque motif en termes de pourcentage d'activité de la visite à domicile et je ne peux donc pas faire de comparaison par rapport aux données régionales (9). On peut noter cependant, d'après mon enquête, que :

- 70 % des médecins généralistes ont comme un de leurs motifs les plus fréquents de visite à domicile le renouvellement d'ordonnance, pour 48 % le suivi de malade atteint de cancer, pour 33 % la prise en charge de patient atteint de démence, et pour 18 % l'hypertension artérielle, en sachant que le suivi de patient polyopathologique et le suivi des affections chroniques stables représentent respectivement 28 % et 25 % des visites du médecin généraliste parisien (9),
- 39% des médecins généralistes ont comme un de leurs motifs les plus fréquents de visite à domicile les lombalgies/sciatalgie/arthrose, en sachant que les problèmes rhumatologiques représentent 19% des visites du médecin généraliste parisien (9),
- 36 % des médecins généralistes ont comme un de leurs motifs les plus fréquents de visite à domicile la fièvre et états grippaux/ORL, en sachant que les affections aiguës et des voies respiratoires représentent 18% des visites du médecin généraliste parisien (9).

Pour les situations urgentes déjà rencontrées en visite à domicile, cela sous entendait « depuis le début de votre carrière ». Sachant que l'âge moyen de la population des médecins généralistes de

mon enquête est de 47, 8 ans et celui des médecins généralistes de la région Ile-de-France de 51 ans (8), la durée de leurs carrières est donc presque similaire. Ainsi, d'après mon enquête :

- 36 % des médecins généralistes ont comme un de leurs motifs les plus fréquents de visite à domicile la fièvre et les affections ORL/pulmonaire, 24% la douleur aiguë, 6 % les douleurs abdominales/gastroentérites, en sachant que ces mêmes motifs (douleur, gêne, fièvre et vomissement) représentent 45 % des recours urgents à la médecine de ville (au cabinet ou en visite) (14),
- Plus d'un médecin sur deux de mon enquête a déjà été confronté à : une insuffisance coronarienne, un œdème aigu du poumon, une poussée hypertensive (> 18/11), une suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire, un accident vasculaire cérébral, une crise d'asthme et un état d'agitation aiguë. Mais il faut souligner que le plus souvent, dans 70 à 85 % des cas, l'état clinique est jugé stable et dans seulement 1 à 2,5 % des cas, le pronostic vital est engagé (9).

4. Le contenu des trousse de visite à domicile

Comme pour les motifs fréquents et situations urgentes rencontrées en visite à domicile, le questionnaire n'est pas exhaustif concernant le contenu en matériel administratif, médical et thérapeutique de la trousse, mais il était toutefois possible de rajouter des éléments en cochant « Autres ». Ainsi, les médecins généralistes de mon enquête possèdent dans leur trousse de visite :

- Pour 46% d'entre eux des antalgiques de palier I et 19% d'entre eux de la morphine (24% ont la douleur comme un des motifs fréquents de visite à domicile).
- Pour 8% d'entre eux des triptans, alors qu'aucun ne l'a comme un des motifs fréquents de visite à domicile.

- Pour 62% d'entre eux des AINS, leur permettant de prendre en charge : des coliques néphrétiques (9% l'ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile), des lombalgies/sciatiques (39% l'ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile).
- Pour 36% d'entre eux des bandelettes urinaires leur permettant le diagnostic des infections urinaires (aucun ne l'a comme un des motifs fréquents de visite à domicile) et des acidocétoses diabétiques (16% l'ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile).
- Pour 35% d'entre eux des antihistaminiques, 73% d'entre eux des corticoïdes et 23 % d'entre eux de l'adrénaline pour la prise en charge des urticaires, de l'œdème de Quincke et des états de choc (avec respectivement 0%, 22% et 22% des médecins qui les ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile). A noter que l'adrénaline est le médicament (à égalité avec les corticoïdes) jugé le plus indispensable par les médecins de l'enquête mais qu'elle n'est possédée que par 23% d'entre eux. On peut se demander alors qu'elle en est la raison : manque de pratique dans son indication et/ou son administration ?
- Pour 45% d'entre eux un lecteur de glycémie capillaire et 15 % d'entre eux un ECG portatif en sachant que 12% d'entre eux ont déjà été confrontés à des malaises et 50% à des insuffisances coronariennes. Il est à noter que 19% d'entre eux possèdent de l'aspirine, 38% une HBPM et 54% des dérivés nitrés.
- Pour 50% d'entre eux des diurétiques et 54% d'entre eux de la trinitrine (66 % qui ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile des œdèmes aigus pulmonaires).
- Pour 38% d'entre eux de la nifédipine (63% qui ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile des poussées hypertensives). Il est à noter que 8% ont de la nifédipine alors qu'elle est non indiquée (19).
- Pour 58% d'entre eux des HBPM (75% qui ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile des suspicions de phlébite ou embolie pulmonaire).

- Pour 58% d'entre eux des benzodiazépines (22% qui ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile des crises convulsives).
- Pour 30% d'entre eux un débitmètre de pointe, pour 62% d'entre eux des bêtamimétiques de courte durée d'action et pour un seul d'entre eux un saturomètre (63% qui ont comme un des motifs fréquents de visite à domicile des crises d'asthme).
- Pour 38% d'entre eux de la ceftriaxone alors qu'aucun médecin de l'enquête n'a été confronté à un purpura fulminans.
- Pour 15% d'entre eux de l'atropine et 0% d'entre eux des antidotes (acétylcystéine, charbon activé, naloxone). Effectivement, bien que 25% ont déjà été confronté à une intoxication aiguë à des substances toxiques ou à des médicaments, leurs prises en charge relèvent plus d'un milieu hospitalier.

Il faut souligner à nouveau que le plus souvent, dans 70 à 85 % des cas, l'état clinique est jugé stable et dans seulement 1 à 2,5 % des cas, le pronostic vital est engagé (9). Ainsi, il aurait été intéressant de demander si le médecin ajuste le contenu de sa trousse en fonction de la situation clinique comprise au téléphone.

La question du support du dossier médical en visite n'a pas été abordée : support papier amené par le médecin ou laissé au domicile du patient, ordinateur de poche, mini ordinateur, mémoire du médecin. Il serait intéressant de compléter l'étude du contenu de la trousse de visite du généraliste parisien par un volet sur le support du dossier médical.

Il aurait été utile de connaître le mode de déplacement du médecin pour se rendre à ses visites à domicile car 36 % rencontrent des contraintes techniques, dont le mode de déplacement. Celui-ci influe sur le contenu de la trousse en terme de poids et volume, et l'élaboration de ma trousse de visite aurait du prendre en compte ce facteur.

5. La trousse de visite du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ?

Les médecins généralistes de la région parisienne de mon enquête ont limité le contenu de leur trousse. En effet, mis à part le matériel administratif, le matériel médical et thérapeutique n'est pas adapté pour répondre aux situations cliniques qu'ils disent avoir déjà rencontrées. Ils ne peuvent assurer leur rôle de premier acteur dans la prise en charge des urgences et répondre à leur obligation de moyen. Leur trousse n'est donc pas adaptée à leur pratique.

Une étude sur un échantillon plus important de trousse de visite serait plus significative. Chaque département de l'Ordre des médecins pourrait élaborer une trousse de visite « type » correspondant aux caractéristiques propres de chacun. Cette trousse de visite « type » et une revalorisation de la visite en terme d'honoraire, pourraient inciter le médecin généraliste à assurer son rôle de premier acteur dans la prise en charge des urgences et dans le maintien à domicile des personnes non autonomes.

X. ELABORATION DE LA TROUSSE DE VISITE DU MEDECIN GENERALISTE PARISIEN

76 % des médecins généralistes parisiens de mon enquête font des visites à domicile programmées et en cas d'urgence. Sa trousse de visite doit donc répondre à la fois aux situations fréquentes, et aux situations urgentes. Il doit prendre en compte son mode de déplacement pour ajuster le poids et le volume de sa trousse (point qui n'a pas été éclairci dans mon étude). La trousse que j'ai élaborée est donc transportable à pied, étant donné qu'en région parisienne le stationnement n'est pas forcément à proximité du domicile du patient, et que certains médecins s'y rendent à pied.

Dans la prise en charge des situations fréquentes, le médecin, par choix, peut décider de posséder quelques médicaments pour le confort de ses patients. J'ai retenu parmi les situations les plus fréquentes celles qui sont les plus inconfortables pour le patient : douleur aiguë, lombalgie/sciatique, colique néphrétique. Pour les autres situations (ou toutes les situations) le médecin peut considérer que c'est au patient de se procurer les thérapeutiques.

Parmi les situations urgentes que le médecin peut être amené à rencontrer j'ai retenu les plus fréquentes (plus de 50 % des médecins de l'enquête déjà confrontés à ces situations) : insuffisance coronarienne, œdème aiguë pulmonaire, poussée hypertensive, suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébral, crise d'asthme, agitation aiguë ; et celles engageant le pronostic vital et/ou dont le pronostic sera considérablement amélioré par une intervention médicale immédiate : purpura fulminans, œdème de Quincke.

Je propose une trousse « idéale » pour la pratique du médecin généraliste parisien, qui comporte du matériel administratif (cf. tableau 1), du matériel médical (cf. tableau 2) et des médicaments (cf. tableau 3). Tous les médicaments de ma trousse se conservent soit à l'abri de la lumière soit à une température ne dépassant pas les 25°C.

Feuilles de soin
Ordonnancier uni et bizona
Arrêt de travail
Certificat de transport
Certificat de décès
Stylo
Annuaire, plan de quartier

Tableau 1 : matériel administratif

Stéthoscope
Brassard à tension
Marteau réflexe
Otoscope et spéculums jetables
Abaisse langue jetables
Thermomètre
Bandelette urinaire
Débit mètre de pointe et embouts jetables
Lecteur de glycémie capillaire et bandelettes
Gel hydroalcoolique, gants
Aiguille IM et IV, seringues de 2 et 20 ml, garrot

Tableau 2 : matériel médical

Adrénaline ampoule (IM ou IV)
AINS per os ou ampoule (IM)
Antalgique niveau I per os
Antipsychotique ampoule (IM)
Aspirine per os
Benzodiazépine per os ou en ampoule (intrarectal ou IM)
Bêtamimétique en spray
Ceftriaxone flacon (IM)
Corticoïdes per os ou ampoule (IM)
Diurétique per os et ampoule (IM)
Héparine de bas poids moléculaire (SC) (aiguille incluse dans le dispositif)
Nicardipine per os
Trinitrine en spray sublingual

Tableau 3 : médicaments

XI. CONCLUSION

La trousse de visite du médecin généraliste parisien est-elle adaptée à sa pratique ? A-t-il limité le contenu de sa trousse ? Peut-il encore assurer son rôle de premier acteur dans la prise en charge des urgences et répondre à son obligation de moyen ? Telles étaient les questions motivant mon enquête.

Le renouvellement d'ordonnance est un des motifs fréquents de visite pour 70% des médecins de mon enquête. Plus d'un médecin sur deux de mon enquête a déjà été confronté à : une insuffisance coronarienne, un œdème aigu du poumon, une poussée hypertensive ($> 18/11$), une suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire, un accident vasculaire cérébral, une crise d'asthme et un état d'agitation aiguë. Mais il faut souligner que le plus souvent, dans 70 à 85 % des cas, l'état clinique est jugé stable et dans seulement 1 à 2,5 % des cas, le pronostic vital est engagé (9).

Le contenu des trousse en matériel administratif est adapté. Le contenu en matériels médical et thérapeutique est à compléter pour la plupart des médecins de l'enquête pour pouvoir entreprendre un traitement si besoin, et avoir le matériel et les médicaments nécessaires pour débiter sur place un traitement en attendant une prise en charge par une équipe du SMUR si la situation clinique le nécessite. En effet, plus de la moitié des trousse possèdent des corticoïdes, des AINS, des HBPM, des bêtamimétique, des benzodiazépines, de la trinitrine et des diurétiques. Mais 21% des trousse de visite ne possèdent aucun médicament et moins de la moitié possèdent de la nicardipine, de l'aspirine, des antipsychotiques, un lecteur de glycémie capillaire, des bandelettes urinaires, un débitmètre de pointe.

Ainsi, les médecins généralistes de la région parisienne de mon enquête ont limité le contenu de leur trousse. Ils ne peuvent assurer leur rôle de premier acteur dans la prise en charge des urgences et répondre à leur obligation de moyen. Leur trousse n'est donc pas adaptée à leur pratique. Cependant, mon enquête ne représente que 0,63% des médecins parisiens, et une étude serait à mener sur un échantillon plus important pour être représentative.

BIBLIOGRAPHIE

- 1** Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. *Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)*. Journal officiel de la République française. 2005 : texte 14 sur 92
- 2** Brillat F. *Audit de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Limousin*. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université de Limoges. 2001
- 3** Gilles-Cau V. *La trousse d'urgence du médecin généraliste : Enquête auprès de 100 médecins généralistes exerçant dans les Bouches du Rhône*. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université de la Méditerranée faculté de médecine de Marseille. 2004
- 4** Kalis A. Freysz M. *La trousse d'urgence du médecin généraliste. Quel contenu pour l'urgence vitale ?* La Presse médicale. Masson, Paris, 2003. 32 : 1450-4
- 5** Leroux T. *La trousse d'urgence du médecin généraliste : à propos de 30 mallettes dans les Pyrénées orientales*. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université Montpellier. 2005
- 6** Peltier C. *La trousse d'urgence du médecin généraliste/ Enquête réalisée par courrier électronique dans le département Nord*. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université Lille. 2005
- 7** Rodriguez. D. *La trousse d'urgence du médecin généraliste doit rester simple mais efficace : Quoi de neuf en 2008 ?* Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université Montpellier I U.F.R de Médecine. 2008
- 8** Praznocy-Pepin C. *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Juin 2007. 978-2-7371-1609-4
- 9** Labarthe G. *Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie*. DREES : Etudes et Résultats, 2004, N°315
- 10** Labarthe G. Gouyon M. *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats*. DREES : Etudes et Résultats, 2006, N°471
- 11** Le Breton-Lerouvillois G. *Conseil National de l'Ordre des Médecins* [En ligne]. Paris : CNOM, 2009 [consulté le 12 juillet 2010]. Mise à jour en janvier 2009. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/IDF.pdf>
- 12** Accord de bon usage des soins région Ile-de-France. Bulletin Officiel n°2003-12
- 13** Ortolan B. Mouries R. Dore M. et al. *Enquête visite à domicile : La visite à domicile chez les médecins franciliens*. Section Généralistes et Commission exercice à domicile. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France [En ligne]. Paris : 2005 [consulté le 23 août 2010]. Mise à jour en 2005. Disponible sur http://www.urml-idf.org/urml/V_dom/rap_V_dom_060206.pdf
- 14** Collet M. Gouyon M. *Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale*. DREES : Etudes et Résultats, 2007, N°607

15 Chabrol A. *Un terrain à déminer d'urgence*. Magazine de l'Ordre des Médecins [En ligne]. Paris : Conseil National des Médecins, 2008 [consulté le 12/07/2010]. Mise à jour en juillet 2008. Disponible sur http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php?id_article=176

16 Classification cliniques des malades urgents. Encyclopédie en ligne. Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/CCMU> , consulté le 23 janvier 2011, dernière modification le 19 janvier 2010

17 Collège National des Généralistes Enseignants. *Médecine Générale* 2ème édition. Paris : Masson, 2009, 454. 978-2-294-06768-6 br

18 Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale. *Réanimation et Urgences*. 3ème édition. Paris : Masson, 2009.617. 978-2-294-70320-1 br

19 Perlemuter L, Perlemuter G. *Guide de thérapeutique*. 5ème édition. Paris : Masson, 2008. 978-2-294-70517-5

20 Orlando-Oriaknine B. Baud M. Pourriat JL. *Accès hypertensif aux urgences. Conférence d'actualisation 2002* Paris : Edition scientifique et médicales. Elsevier et SFAR, 2002, 669-682

21 Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France. Section maladies transmissibles. *Relatif à la conduite à tenir immédiate en cas de suspicion clinique de purpura fulminans*. Ministère de la sante et des solidarités direction générale de la sante. 2006

22 La rédaction Prescrire. *Intoxication médicamenteuses : les premiers soins*. La revue Prescrire, Mai 2010, tome 30, n°319

23 RDQ, Service des Soins de Santé, INAMI. *Enquête informatisation Médecins généralistes*. Médicomut. 2007

24 Audric S. *L'exercice en groupe des médecins libéraux*. DRES : Etudes et résultats, 2004, N°314

ANNEXES**Annexe 1 : Accord de bon usage des soins en Ile-de-France**

Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2003/03-12/a0120926.htm>

Direction de la sécurité sociale

Bureau 1B

Accord de bon usage des soins région Ile-de-France

SS 1 134

926

NOR : SANS0330111X

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Sont réputés approuvés, en application de l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, l'accord régional de bon usage des soins et son annexe publiés ci-dessous et conclus le 27 septembre 2002 entre, d'une part, l'union régionale des caisses d'assurance maladie de la région Ile-de-France et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes MG-France de la région Ile-de-France.
supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

Accord régional de bon usage des soins

Entre, d'une part :

M. François PrevotEAU du Clary, représentant mandaté de la Fédération française des médecins généralistes MG France,

Et, d'autre part :

M. William Gardey, président du conseil d'administration de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France,

Considérant :

- l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale qui définit les Acbus ;
- l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale qui précise que « les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état » ;
- l'article n° 3 de l'arrêté n° 10 à la Convention nationale des médecins généralistes qui prévoit la signature d'un Acbus ;
- l'arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins ;
- l'accord de bon usage des soins signé le 1er juillet 2002 entre d'une part, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes ;

Considérant l'article 3-2 dudit accord qui stipule que « des Acbus déclinant au niveau de chaque région les acteurs et les moyens mis en oeuvre afin de permettre l'objectif national cité à l'article précédent » ;

Considérant la diminution effective du tarif unitaire de la visite médicalement justifiée en Ile-de-France et se réservant la possibilité d'en tenir compte dans des accords régionaux spécifiques ultérieurs de bon usage des soins,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er

Le nombre de visites en Ile-de-France, tout en considérant le ratio relativement modéré de visites pour 1000 habitants et la proportion également relativement limitée des visites dans le total C + V en 2000, par son volume (7,5 millions), justifie que la région s'inscrive pleinement dans l'objectif médicalisé d'évolution des pratiques visant à diminuer nationalement de 5 % le nombre de soins hors cabinet. Les signataires de l'accord national, ayant estimé que 30 % des soins hors cabinet étaient justifiés, ce qui représente en Ile-de-France 2 250 000 déplacements, les partenaires régionaux considèrent donc que l'effort de réduction doit porter sur un volume global de 5 250 000 déplacements.

Article 2

Les parties estiment que la situation régionale ne permet pas la définition de zones particulières, étant observé qu'il n'y a pas de zonage arrêté dans le cadre de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. En conséquence, pendant la période transitoire définie à l'article 5 du présent accord, les partenaires régionaux décident de l'application de la majoration pour critère d'environnement à l'ensemble de la région.

Article 3

Les situations personnelles retenues pour ouvrir droit à la facturation par le médecin de la MD pour les soins non programmés tiendront compte notamment de l'âge des patients et de la composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

Article 4

Les parties signataires soulignent l'importance d'une communication visant à soutenir l'effort de réduction du nombre de visites non justifiées. Sans attendre le plan de communication national visé à l'article 6 de l'Acbus national, ils arrêtent le principe d'une communication régionale. Celle-ci doit se faire auprès des assurés, par la diffusion d'un message unique pour la région, à mettre en oeuvre dans chaque département par les caisses d'assurance maladie. Ce message annexé au présent accord sera également diffusé sur les différents supports et vers les relais locaux jugés les plus cohérents avec l'objet du message. Par ailleurs, les signataires estiment devoir soutenir l'engagement des professionnels en mettant à leur disposition, pour affichage dans les cabinets, une affichette destinée aux patients insistant sur les avantages de la consultation au cabinet. En outre, un aide-mémoire pour le médecin généraliste listera de manière synthétique les seuls motifs susceptibles de justifier le remboursement par l'assurance maladie de la majoration de déplacement. Pour marquer l'engagement régional, les supports de communication devront notamment reproduire le logo de l'URCAM.

Article 5

Les parties conviennent d'une période d'observation de la mise en oeuvre des principes du présent accord pour en mesurer la réalisation. Au terme de cette période et au vu des résultats d'évolution tant du volume des visites que de la proportion de celles ayant donné lieu à majoration de déplacement (MD), les partenaires peuvent convenir des adaptations qu'ils jugeraient nécessaires à l'atteinte des résultats attendus. La période d'observation ci-dessus est fixée de la date d'application du présent accord au 30 mars 2003. Cette période pourra éventuellement être prolongée ou renouvelée. Les parties signataires se réunissent sur convocation du président de l'URCAM dans le meilleur délai compatible avec la disposition des résultats au 30 mars 2003. Les partenaires s'engagent durant cette période à se rencontrer régulièrement pour définir les critères pertinents de suivi.

Article 6

Au-delà du suivi de l'accord par l'instance régionale visée à l'article 7 de l'Acbus national, les parties signataires conviennent de l'intérêt d'assurer un suivi par les instances paritaires conventionnelles de la mise en oeuvre de l'accord dans chaque département.

Article 7

L'accord peut être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- violation grave et répétée des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois. Fait à Paris, le 27 septembre 2002.

La fédération française
des médecins généralistes MG France

L'union régionale des caisses
d'assurance maladie d'Ile-de-France

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

ANNEXE ACBUS RÉGIONAL
COMMUNICATION RELATIVE À L'ACCORD RÉGIONAL
DE BON USAGE DES SOINS
Article 1er

En application de l'article 4 de l'Acbus, la communication portera sur les messages ci-après :

a) Une affichette de format 40 x 60 avec le logo de l'URCAM sera mise à disposition des généralistes. Le message sera ainsi rédigé :

« Vous avez besoin de votre médecin ?

« Rendez-lui visite à son cabinet

« Il est plus disponible

« Il dispose des meilleurs moyens pour vous soigner

« et...

« vous serez mieux remboursés. »

b) Un document aide-mémoire de format 10 x 15 au logo de l'URCAM sera adressé par les caisses aux médecins généralistes de leur circonscription. Il rappellera de manière synthétique les motifs justifiant le remboursement du déplacement au domicile.

Rappel des critères médicaux des visites justifiées

Patients âgés de 75 et plus exonérés du TM pour :

- accident vasculaire cérébral invalidant, aplasie médullaire, artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques, bilharziose compliquée, cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave, maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH, diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime, formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie) épilepsie grave, hémoglobino-pathie homozygote, hémophilie, hypertension artérielle sévère ;
- infarctus du myocarde datant de moins de six mois, insuffisance respiratoire chronique grave, lèpre, maladie de Parkinson, maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé, mucoviscidose, néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif, paraplégie, périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive, polyarthrite rhumatoïde évolutive grave, psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale, rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives, sclérose en plaques invalidante, scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne, spondylarthrite ankylosante grave, suites de transplantation d'organe, tuberculose active, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Patients âgés de 75 ans et + reconnus par le contrôle médical atteints d'une affection non visée ci-dessus et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Les bénéficiaires de l'allocation tierce-personne (invalides incapables d'exercer une profession, pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail, incapacité permanente totale, handicapé adulte) :

- les titulaires de l'APA ;
- les patients ayant subi une intervention chirurgicale de + KCC150 (dans les 10 jours suivant l'intervention) ;
- les patients en HAD.

Patients quel que soit l'âge exonéré du TM pour : accident vasculaire cérébral invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie), maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques.

Attention : dans tous les cas précités, la personne doit être dans l'incapacité de se déplacer au titre du référentiel médical, c'est-à-dire en cas d'incapacité à la locomotion, d'état de dépendance psychique avec incapacité de communication, état sénile, soins palliatifs ou état grabataire, période postopératoire immédiate contre-indiquant le déplacement.

En outre, à titre exceptionnel, le médecin appréciera l'incapacité en fonction de la situation personnelle du patient (âge et environnement familial).

c) Un message régional unique à diffuser, à l'appréciation des organismes d'assurance maladie, avec le logo de l'URCAM. Il est rédigé comme suit :

« L'assurance maladie rembourse les consultations.

« Lorsqu'elles ont lieu à domicile, elles entraînent

« des frais supplémentaires de déplacement.

« Ceux-ci ne seront remboursés que si votre état

« de santé le justifie. »

Annexe 2 : Motifs de visite à domicile invoqués par les patients d'après les médecins interrogés

(13)

	Motifs invoqués (en %)
Pathologie lourde : la maladie ne permet pas de se déplacer	79,5%
Symptômes aigus (fièvre, douleurs...)	73,8%
"Visites dites « d'urgence »	61,4%
Manque d'autonomie : le patient ne conduit pas ou a des difficultés à conduire	64,5%
Manque d'autonomie : le patient est non motorisé	56,8%
Manque d'autonomie : le patient a des difficultés à se déplacer	75,1%
Manque d'autonomie : le lieu d'habitation est mal desservi par les transports	37,6%
Manque d'autonomie : le cabinet est trop éloigné du domicile du patient pour un déplacement à pied	39,4%
Charge d'enfant en bas âge	67,3%
Obligations professionnelles	36,7%
Age du malade	61,9%
Attente trop longue au cabinet	39,3%
Prix payé : on paie le médecin, donc il peut se déplacer	24,9%
Tiers payant : on ne paie pas le médecin, donc on peut le faire se déplacer	29,5%
Renouvellement d'ordonnance	29,8%
Raisons sociales	23,9%
Résolution d'un problème aigu	46,1%
Urgence nécessitant une hospitalisation	65,4%

Annexe 3 : Motifs de visite à domicile pour lesquels le médecin accepte de se déplacer

(13)

	Motifs invoqués (en %)
Pathologie lourde : la maladie ne permet pas de se déplacer	92,5%
Symptômes aigus (fièvre, douleurs...)	37,9%
"Visites dites « d'urgence »	53,4%
Manque d'autonomie : le patient ne conduit pas ou a des difficultés à conduire	53,1%
Manque d'autonomie : le patient est non motorisé	32,6%
Manque d'autonomie : le patient a des difficultés à se déplacer	80,7%
Manque d'autonomie : le lieu d'habitation est mal desservi par les transports	23,1%
Manque d'autonomie : le cabinet est trop éloigné du domicile du patient pour un déplacement à pied	25,1%

Charge d'enfant en bas âge	43,4%
Obligations professionnelles	6,5%
Age du malade	60,9%
Attente trop longue au cabinet	2,1%
Prix payé : on paie le médecin, donc il peut se déplacer	1,4%
Tiers payant : on ne paie pas le médecin, donc on peut le faire se déplacer	0,9%
Renouvellement d'ordonnance	7,9%
Raisons sociales	14,2%
Résolution d'un problème aigu	41,0%
Urgence nécessitant une hospitalisation	77,7%

Annexe 4 : Consultations et visites concernées par 30 diagnostics possibles

	part des consultations et visites concernées par chacun des 30 diagnostics possibles						
	Part des consultations par le diagnostic...	Patients hommes	Patientes	0 à 12 ans	70 ans ou plus	Consultations à cabinet	Visites (hors cabinet)
Autres diagnostics	31,0	31,0	30,5	26,8	27,4	31,6	29,2
Hypertension artérielle	16,6	16,4	17,0	0,0	33,6	15,4	20,9
Examen systématique, prévention	8,2	8,2	8,3	5,3	13,9	7,3	11,2
Anxiété aiguë	7,9	6,3	9,2	0,9	9,0	6,7	12,2
Rhinopharyngite	5,5	5,7	5,4	19,8	1,1	6,0	3,8
Dépression	4,9	3,7	6,1	0,3	5,8	4,0	8,2
Lombalgie	4,8	4,9	4,6	0,1	4,2	4,4	6,1
Hyperlipidémie	4,7	4,9	4,5	0,0	7,4	4,7	4,7
Arthrose	4,7	3,2	5,9	0,0	10,4	3,8	7,9
Diabète	4,4	5,1	3,9	0,0	8,2	3,1	8,6
Angine	3,9	3,9	3,8	9,9	1,0	3,8	4,1
Asthénie fatigable	3,9	3,1	4,6	0,4	5,6	2,9	7,1
Douleur abdominale	3,8	3,9	3,6	4,1	3,3	3,4	5,0
Bronchite	3,4	3,8	3,2	8,1	2,9	3,0	5,0
Arthropathie	3,1	2,9	3,4	0,1	3,9	3,1	3,4
Toux	3,0	3,4	2,9	7,4	1,4	3,2	2,4
Éta fébrile	3,0	3,4	2,7	8,4	1,6	2,7	4,0
Jambes lourdes	2,9	1,3	4,4	0,0	5,5	2,3	5,4
Vaccination	2,8	2,7	2,8	8,4	2,3	3,1	1,7
Plaies ou douleurs non classées	2,7	2,6	2,9	0,6	4,1	2,0	5,3
Rhume rhinite	2,7	2,7	2,6	5,4	0,4	3,0	1,3
Insomnie	2,6	2,1	3,0	0,0	4,3	2,1	4,1
Dermatose	2,5	2,6	2,5	4,3	1,7	2,7	1,9
Insuffisance coronarienne	2,2	2,8	1,7	0,0	5,4	1,6	4,1
Vertiges	2,1	1,6	2,6	0,0	3,8	1,4	4,5
Insuffisance cardiaque	2,1	2,3	2,0	0,0	6,6	1,0	5,9
Vices	1,4	0,8	1,9	0,0	3,0	1,1	2,6
Otite	1,4	1,4	1,4	7,5	0,2	1,5	1,0
Constipation	1,3	0,8	1,7	1,0	2,3	1,0	2,3
Contraception	1,0	0,1	1,8	0,0	0,2	1,2	0,4

Lecture : l'hypertension artérielle a été diagnostiquée au cours de 16,6 % des séances des médecins généralistes ; les chiffres en gras indiquent que la sur-représentation ou sous-représentation mise en évidence est significative : les visites sont sur-représentées parmi l'ensemble des séances où l'hypertension artérielle a été diagnostiquée.

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

Annexe 5 : La satisfaction du contenu d'une visite à domicile

Lors de la visite à domicile disposez-vous ?	OUI (en %)	NON (en %)	Total (en %)
Matériel	68,1	31,9	100
Temps	53,8	46,2	100
Eclairage	31,4	68,6	100
Espace	37,6	62,4	100
Silence	42,1	57,9	100
Dossier Médical	38,1	61,8	100
Dossier de Coordination	31,9	68,1	100
Confidentialité des informations	71,5	28,5	100
Examen clinique identique à celui d'une consultation	62,5	37,5	100

Annexe 6 : Opinion sur la visite à domicile en fonction de la pratique en %

Visite à Domicile = OUI	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas d'accord du tout,
Vous aimez faire des visites	8,9	20,3	39,8	31,0
Les déplacements permettent de se détendre	6,0	19,6	28,7	45,7
Les visites font perdre du temps	61,3	26,5	8,8	3,4
Les visites sont très fatigantes	24,2	38,8	27,3	9,6
Les visites multiplient les risques d'agression	16,1	28,7	38,4	16,8
Voir comment vivent les patients est instructif	34,0	50,4	12,2	3,4
Globalement la visite relève plus du social que du médical	18,2	41,0	28,7	12,2
Accepter les visites vous pénalise financièrement	28,5	38,2	25,9	7,4
La visite systématique dévalorise le métier de médecin	42,5	21,9	20,7	14,9

Annexe 7 : Questionnaire**LA TROUSSE DE VISITE DU MEDECIN GENERALISTE PARISIEN EST-ELLE ADAPTEE A SA PRATIQUE ?**

Cochez les réponses.

Si vous répondez "Autres" merci de cocher la case puis de répondre.

*Obligatoire

Question 1 : Vous êtes ? *

- un homme
- une femme

Question 2 : Votre âge ? ***Question 3 : Votre activité principale ? ***

- médecine générale
- Autre :

Question 4 : La ville où vous exercez ? * **Question 5 : Votre mode d'exercice ? (plusieurs réponses possibles) ***

- seul
- cabinet de groupe ou exercice collectif
- salarié dans maison médicale ou maison de santé
- Autre :

Question 6 : Vous faites des visites à domicile ? *

- Oui : programmée et en cas d'urgence
- uniquement programmée
- uniquement en cas d'urgence
- jamais : merci de répondre aux trois questions suivantes et d'arrêter le questionnaire

Question 7 : Quelles difficultés rencontrez-vous à faire des visites à domicile ? (plusieurs réponses possibles) *

- aucune difficulté
- contraintes techniques (trousse à confectionner, à porter, mode et temps de déplacement...)
- l'organisation de mon cabinet rend difficile les visites à domicile
- le rapport honoraire perçu/temps n'est pas avantageux
- vous appréhendez de vous rendre au domicile des patients (quartier difficile)
- Autre :

Question 8 : Comment gérez-vous une urgence si vous ne pouvez vous déplacer au domicile du patient ? (plusieurs réponses possibles) *

- réseau SOS médecin
- le 15
- Autre :

Question 9 : Le temps d'intervention des secours médicalisé (SAMU/SMUR) dans votre secteur d'exercice ? *

- < 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- > 30 minutes
- ne sait pas
- Autre :

Question 10 : Fréquence de vos visites à domicile (urgente ou non) si vous en faites :

- 1 à 6 par semaine
- 7 à 14 par semaine
- > 14 par semaine
- Autre :

Question 11 : Quelles sont les motifs les plus fréquents de vos visites à domicile (programmées et urgentes) ? (plusieurs réponses possibles)

- douleur aigue
- migraine
- fièvre, état grippal, affection ORL ou pulmonaire

- douleur abdominale, colopathie, gastro entérite
- colique néphrétique
- cystite pyélonéphrite
- lombalgie, sciatalgie arthrose
- urticaire
- malaise
- angoisse spasmophilie
- dépression insomnie
- hypertension artérielle
- diabète
- cancer
- démence
- certificat médical
- renouvellement d'ordonnance
- Autre :

Question 12 : Lors de vos visites à domicile, urgentes ou non, en dehors des horaires de garde, quelles situations urgentes avez-vous déjà rencontrées parmi les suivantes (suspicion ou diagnostic certain) :

- arrêt cardio-respiratoire
- état de choc
- insuffisance coronarienne
- oedeme aigu du poumon
- poussée hypertensive (TA>18/11)
- suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire
- accident vasculaire cérébral
- crise convulsive
- crise asthme

- oedeme de Quincke
- acidose cétose diabétique
- hypoglycémie
- agitation aigue, trouble du comportement
- purpura fulminans
- intoxication aigue due à des médicaments ou à des substances toxiques
- plaie à suturer
- glaucome aigu par fermeture de l'angle
- Autre :

Question 13 : Dans votre trousse vous avez comme matériel médical : cochez ce que vous possédez.

- stéthoscope
- brassard à tension
- marteau reflexe
- otoscope
- abaisse langue
- thermomètre
- bandelette urinaire
- débitmètre de pointe et embout
- lecteur de glycémie capillaire et bandelette
- gants
- kit de suture
 - Stéri-strip®
- gel hydroalcoolique
- ECG portatif
- collyre à la fluoréscéine

- compresses
- sparadrap
- garot
- antiseptique cutané (bétadine ...)
- Gel hydroalcoolique
- Couverture de survie
- aiguilles IM
- aiguilles IV
- aiguilles SC
- seringues
- guide des médicaments
- Autre :

Question 14 : Dans votre trousse vous avez comme matériel administratif (cochez ce que vous possédez) :

- feuilles de soin
- ordonnancier unizone
- ordonnancier bizone (100%)
- accident du travail
- arrêt de travail
- certificat de décès
- bons de transport
- certificat médical descriptif
- certificat d'HDT et HO
- annuaire médical
- stylo
- plan de ville ou de quartier
- Autre :

Question 15 : Dans votre trousse vous avez comme médicament (cochez ce que vous possédez) :

- corticoïdes per os ou injectable
- benzodiazépines per os ou injectable (exemple : diazépam : Valium° ou clonazépam : Rivotril®)
- AINS per os ou injectable (exemple : kétoprofène : Profénid®)
- anti spasmodique per os ou injectable (exemple : phloroglucinol : Spasfon° ou trimébutine ; Débridat®)
- anti émétique (exemple : dompéridone : Motilium® ou métopimazine Vogalène®)
- antalgique niveau I (paracétamol, AINS, aspirine)
- antalgique niveau II (tramadol, codéïne)
- antalgique niveau III (morphine)
- myorelaxant (exemple : tétrazépam : Myolastan®, thiocolchicoside : Miorel® ou Coltramyl®)
- aspirine (75, 250, 500 mg) per os ou injectable
- HBPM en SC (exemple : enoxaparine ; Lovenox®)
- HNF (exemple : calciparine)
- trinitrine sublingual ou injectable (exemple : Natispray®)
- nicardipine (Loxen°)
- nifédipine (Adalate°)
- atropine
- anti histaminique per os (exemple : dexchlorpheniramine : Polaramine°)
- béta 2 mimétique en spray ou injectable (exemple : salbutamol : Ventoline° ou terbutaline : Bricanyl®)
- ceftriaxone IM (Rocéphine°) ou cefotaxime (Claforan®)
- fosfomycine-trometamol (Monuril®) Ciprofloxacine (Ciflox®) ofloxacine (Oflocet®)
- amoxicilline, amoxicilline + acide clavulanique
- diurétique (furosémide Lasilix°) per os ou injectable
- anti migraineux : triptans (exemple : zomig ou imigrane°)
- Anti migraineux : ergot de seigle
- adrénaline injectable
- glucagon IM (Glucagène®)

- insuline d'action rapide SC (exemple : humalog ou actrapid)
- glucose ampoule 30%
- anti glaucomateux (acétazolamide : Diamox°)
- collyre antibactérien Rifamycine°
- collyre myotique (pilocarpine)
- charbon activé (Carbomix®)
- Acétylcystéine (Mucomyst® ou Fluimucil®)
- naloxone injectable Narcan°
- soluté de réhydratation orale pour nourrisson (Adiaril°)
- anti psychotique (exemple : halopéridol ou loxapine ou tiapride)
- collyre ophtalmique anti septique
- Autre :

Question 16 : Quel(s) est ou sont le ou les médicament(s) (max 5) que vous utilisez le plus ?

Question 17 : Quel(s) est ou sont le ou les médicaments (max 3) qui vous semble(nt) indispensable(s) dans votre trousse même si vous l' (les) utilisez peu ou pas ?

Envoyer

Annexe 8 : Courriel adressé aux enseignants cliniciens ambulatoires

Bonjour,

Actuellement interne en médecine générale, j'ai réalisé mon stage chez le praticien cet été et je réalise ma thèse sur la trousse de visite à domicile.

A cette fin, je fais une enquête auprès des médecins généralistes Parisiens, afin de connaître le contenu de leurs troussees et les motifs de leurs visites à domicile.

Votre avis sur le sujet m'est indispensable, c'est pourquoi je vous invite à répondre à ce questionnaire, qui ne vous prendra que 5 minutes de votre temps.

Vous pouvez le compléter en ligne jusqu'au en cliquant sur le [lien suivant](#).

Je vous remercie d'avance de votre participation et reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Si vous le souhaitez, je pourrais vous envoyer les résultats de cette enquête, pour cela n'hésitez pas à me contacter.

Emilie Dontenville

06 XX XX XX XX

emilieXXXXXXXX@XXXXXX.fr