

Visite à domicile par le médecin de famille: état des lieux en Europe et en Suisse

Drs AIKATERINI EFSTATHOPOULOU^a, STÉPHANE DAVID^a et LILLI HERZIG^a

Rev Med Suisse 2016; 12: 1874-8

Les visites à domicile (VAD) jouent un rôle primordial dans la promotion du maintien à domicile pour une population de plus en plus âgée; le médecin de famille est le chef d'orchestre parmi les intervenants dans cette prise en charge. Bien que la fréquence des VAD semble diminuer globalement ces dernières années, celles-ci vont rester essentielles aux soins ambulatoires étant donné les changements démographiques attendus. C'est pourquoi l'enseignement sur les VAD devrait être introduit dans la formation de nos étudiants dès les premières années d'études. D'autre part, notre connaissance sur le nombre optimal et la durée des VAD, ainsi que les groupes de patients les plus susceptibles d'en bénéficier vont demander le développement d'études ciblées à l'avenir.

Home visits by GPs – Considerations in Europe and in Switzerland

Home visits are essential for promoting the ability to remain at home and prevent nursing home admissions; general practitioners play a key role in the development of this specific ambulatory care. Although the frequency of home visits seems to be overall decreasing in recent years, they remain essential, given the expected demographic changes. This is why education on home visits should be introduced in the training of our students during early years. However, there is a gap in literature regarding the optimal number and length of home visits, as well as the kind of groups most likely to benefit from them and thus more research is needed to enlighten these aspects of home visits.

INTRODUCTION

Dans les activités variées du médecin de famille (MF) la visite à domicile (VAD) joue un rôle primordial tant pour le praticien que pour le patient et son entourage familial. Le souhait de la population de rester le plus longtemps possible à domicile met l'accent sur les soins ambulatoires dont le MF reste un des acteurs clés. Avec le vieillissement annoncé de la population, on peut s'attendre à une augmentation de la demande en VAD. En parallèle, nous assistons à une pénurie des médecins de famille et l'on peut se demander comment ces VAD pourront être assumées dans le futur. Ainsi, le sujet des VAD connaît un intérêt croissant, avec nombre de questions ouvertes.

Qui sont les médecins pratiquant les VAD, dans quelles conditions et dans quels buts? En fait-on moins que naguère? Est-ce que cet aspect de la pratique médicale est apprécié de nos patients, des MF? Quel est le bénéfice attendu en termes de

maintien à domicile, de santé de la population, et de rentabilité pour la société? Quelle est la place de la collaboration interdisciplinaire dans ce type d'activité et comment la pratiquer? Faut-il créer un enseignement prégradué et postgradué pour les futurs praticiens? Faut-il créer un enseignement spécifique pour les étudiants et les médecins en formation?

Au travers d'une revue de la littérature, nous réalisons une mise au point de questions centrées sur les VAD en Suisse et à l'étranger. Nous abordons l'interprofessionnalité comme un des aspects indispensables pour un bon suivi des patients ne pouvant plus se déplacer.

ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

La VAD est définie dans la littérature comme une visite effectuée par un MF au domicile d'un patient, généralement en contact face à face avec le patient, moins fréquemment entre le médecin et la famille du patient. La VAD est l'un des services médicaux offerts par le MF.

Avant la deuxième guerre mondiale, la VAD représentait la part la plus importante des soins primaires. Après la deuxième guerre mondiale, on constate une diminution progressive des VAD, de 40 à 10% des consultations en 1950.¹ En outre, des enquêtes nationales plus récentes aux Etats-Unis, en Europe et en Australie suggèrent que la VAD constitue actuellement moins de 1% de ces consultations, bien qu'au cours des 20 dernières années il y ait eu un regain d'intérêt, surtout aux Etats-Unis.²

Concrètement, au nord de l'Europe, les études montrent des résultats plutôt homogènes: aux Pays-Bas, en 1987 les contacts VAD étaient de l'ordre de 17% de toutes les consultations tandis qu'en 2001, ils n'étaient plus que 9%.³ De même, ces dernières années, la fréquence des VAD a diminué en Allemagne⁴ et en Angleterre.⁵ En Europe de l'Est, les données sont concordantes bien que de manière générale le taux de VAD est plus important que dans d'autres pays.⁶⁻⁸ Quant à la Suisse, on ne possède pas d'information sur l'évolution des VAD dans le temps.

VISITE À DOMICILE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE COURANTE

Pour acquérir une connaissance plus approfondie concernant les VAD, il faut apprécier les motifs médico-sociaux qui inci-

^a Institut universitaire médecine de famille IUMF, Bugnon 44, 1011 Lausanne ekathyki@hotmail.com | stephane.david@svmed.ch | lilli.herzig@hin.ch

TABLEAU 1 Principaux types de visites à domicile			
Maladies	Soins palliatifs	Evaluation	Suivi posthospitalisation
<ul style="list-style-type: none"> • Urgence • Maladie aiguë • Maladie chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de fin de vie • Constat de décès • Soutien psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymorbidité • Placement en EMS • Isolement, négligence 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes somatiques • Postchirurgie • Post-partum

tent les MF à se déplacer (**tableau 1**).⁹ Nous allons chez nos patients principalement pour l'évaluation d'une pathologie, que ce soit une urgence (par exemple, chute), une affection d'apparition aiguë (par exemple, pneumonie acquise en communauté) ou le suivi d'une maladie chronique (par exemple, diabète). Nous intervenons également à domicile pour accompagner des patients atteints de maladies incurables ou en fin de vie et offrir un soutien à leur proches dans le cadre des soins palliatifs. Les VAD englobent aussi les évaluations du maintien à domicile et la nécessité d'un placement en milieu protégé, ceci fréquemment en collaboration avec les infirmiers(-ères) du CMS ou les indépendant(e)s et les familles. Enfin, dès la sortie d'hôpital, le médecin traitant est responsable du suivi clinique posthospitalisation pour les patients dont le déplacement est précaire durant cette étape.

Il existe donc une patientèle chez laquelle le médecin traitant se rend systématiquement en raison de l'âge ou de difficultés chroniques de mobilisation ainsi qu'une patientèle pour laquelle les VAD sont faites de manière temporaire en raison d'une pathologie passagère.

FACTEURS INFLUENÇANT LES DISPONIBILITÉS DES MÉDECINS DE FAMILLE D'EFFECTUER DES VAD

Dans le suivi à domicile, le MF est le chef d'orchestre et doit jouer un rôle clé. Différents facteurs influencent les «tendances» de VAD et peuvent être classés en variables liées aux MF, aux patients et aux conditions organisationnelles (**tableau 2**).

Un des buts d'une étude transversale européenne à large échelle,¹⁰ menée en 2000, a été de décrire et comparer cette question dans 18 pays européens, dont la Suisse. Ses résultats suggèrent que les médecins hommes plutôt âgés, en pratique en solo et à la campagne, font le plus de VAD et que ce sont les patients polymorbides, fragiles, socialement précaires qui en bénéficient le plus.

En Suisse et notamment dans le canton de Genève, un sondage effectué en septembre 2015¹¹ auprès de 200 MF illustre que les MF effectuent des VAD seulement chez leurs propres patients, surtout chez ceux atteints de maladies incurables, et plutôt si la distance est courte entre le cabinet et le domicile.

Mentionnons tout de même une autre étude allemande,¹² limitant le recours aux VAD par les MF, car elle montre qu'ils peuvent se trouver dans des situations désagréables ou parfois même dangereuses. Certains médecins ne pratiquent donc les VAD qu'à condition de pouvoir assurer leur sécurité personnelle.

TABLEAU 2 Facteurs influençant les «tendances» des visites à domicile ¹⁰⁻¹²	
Variables liées au médecin de famille (MF)	
<ul style="list-style-type: none"> • Age (plus de visites par les médecins plus âgés) • Sexe (plus de visites par les médecins masculins) • Préférences personnelles (MF indépendant > MF salarié) • Pourcentage de travail (plus de visites par les pourcentages > 50%) 	
Variables liées au patient	
<ul style="list-style-type: none"> • Polymorbidité • Age (plus de visites pour les patients âgés) • Environnement psychosocial (vivant seul, centres médico-sociaux, etc.) • Aggressivité-influence des toxiques et alcool 	
Variables organisationnelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Emplacement du cabinet (milieu urbain, semi-urbain, rural) • Type de pratique (solo versus cabinet de groupe) • Aspects financiers • Sécurité (transportation, conditions climatiques) • Support technique 	

SATISFACTION POUR MÉDECINS ET PATIENTS: MÊME POINT DE VUE?

Le souhait explicite de la population est de pouvoir rester le plus longtemps possible à domicile.¹³ Mais est-ce que l'expérience des VAD est aussi satisfaisante pour tous les intervenants (médecin, patient, entourage)?

La littérature montre que les patients sont très satisfaits des VAD effectuées, même au-delà des attentes initiales. En effet, les aînés trouvent que le MF qui fait des VAD effectue une meilleure prise en charge, les prend au sérieux, et ils lui accordent leur confiance.

De plus, selon une enquête épidémiologique menée en Belgique, les familles proches des patients atteints de cancer perçoivent les soins palliatifs à domicile fournis par les MF comme de très bonne qualité.¹⁴ De l'autre côté, la disponibilité du MF est un facteur primordial pour la relation entre patient-médecin. Cependant, seuls 36% des patients vaudois pensent que leur médecin fera des VAD chez eux.¹⁵

Quant aux médecins ils se sentent très satisfaits et valorisés par les VAD.¹⁶ Une étude qualitative aux Pays-Bas¹⁷ a révélé que les MF considèrent les VAD comme très enrichissantes et constituant un aspect important des soins primaires. Cependant, ils estiment que leurs efforts devraient être financièrement honorés et reconnus. Le mécontentement financier est souvent retrouvé dans les diverses études faisant de la rémunération un chapitre décisif dans la prise en charge des patients à domicile.¹⁸

EFFICACITÉ DES VISITES À DOMICILE ET RÉFLEXIONS FINANCIÈRES

La littérature est contradictoire par rapport aux bénéfices apportés par les VAD. D'un côté, les VAD permettent une diminution de l'utilisation inappropriée des ressources communautaires, une baisse de réadmission hospitalière¹⁹ et de transfert en EMS. En outre, elles améliorent la gestion des médicaments, et ralentissent la progression du handicap.²⁰

Une revue systématique par l'OMS en 2004²¹ a étudié cette question en détail: l'efficacité la plus significative porte sur le déclin fonctionnel. On note aussi une tendance à la réduction de la mortalité de toute cause confondue.

Malgré le manque de preuves au niveau macro-économique, les VAD sont à nos yeux essentielles au développement des soins à domicile mais d'autres études sont nécessaires pour déterminer les interventions les plus bénéfiques en nombre et en durée optimale.

PLACER LES VISITES À DOMICILE AU CŒUR DE L'ENSEIGNEMENT?

On peut se demander si l'intégration des VAD dans le cursus des futurs médecins n'est pas une opportunité unique pour permettre de leur apprendre des compétences polyvalentes indispensables pour la médecine de premier recours. En effet, les capacités de communication, d'éthique et de réflexion, de l'examen clinique dans des conditions parfois précaires, de connaissances approfondies des maladies chroniques, des syndromes gériatriques, des compétences en soins palliatifs, et une collaboration appropriée avec les équipes interdisciplinaires constituent une occasion exceptionnelle pour approfondir toutes ces habilités, dans un cadre intégré.

Des cours pour sensibiliser les étudiants aux soins à domicile pendant la formation prégraduée ont été développés et testés: une étude en Croatie a démontré que le suivi des patients à domicile par des étudiants au début de formation renforce leur motivation à poursuivre leurs études et demeure un cours très apprécié.²² Aux Etats-Unis, les étudiants, dans la plupart des universités de médecine, font des VAD pour les personnes âgées dans le cadre des stages obligatoires: les analyses quantitatives et qualitatives révèlent régulièrement des réactions favorables à ces expériences.²³ Non seulement elles augmentent les compétences des étudiants mais aussi l'envie des futurs praticiens pour effectuer des VAD à long terme.^{24,25}

Si l'introduction des VAD est le plus souvent associée à un impact positif pour les étudiants, on sait qu'elle est fréquemment accompagnée de bénéfices en termes aussi de santé publique: dans une étude randomisée en Allemagne, les VAD préventives effectuées par des équipes d'étudiants ont diminué significativement de 20% la mortalité toute cause confondue et de 22% l'admission en EMS.²⁶ De même, dans une étude américaine, les VAD effectuées par des étudiants se sont avérées un moyen efficace pour la mise en place de mesures préventives aux soins de premier recours.²⁷ Nous n'avons pas ces chiffres en Suisse, où les étudiants prégradués ne sont pas affiliés aux VAD. Mais nous imaginons des résultats similaires si l'on introduit les VAD dans le postgradué.

VISITE À DOMICILE ET INTERDISCIPLINARITÉ

La VAD fait partie intégrante de la filière des soins des patients perdant leur autonomie et le MF est l'un des acteurs incontournables dans cette prise en charge, en collaboration avec un réseau, notamment avec le personnel multidisciplinaire des soins à domicile. Ce réseau est constitué de différents professionnels

de santé: infirmières, diététiciennes, assistantes sociales, ergothérapeutes et physiothérapeutes, et constitue ainsi une opportunité à développer l'interdisciplinarité.

Les renseignements issus du personnel de soins à domicile permettent aux médecins de travailler avec plus d'efficacité et soutiennent la prévention primaire: les infirmiers à domicile ont également un rôle d'alerte grâce à une observation régulière des signes physiques signalant une détérioration aiguë ou subaiguë des patients. De plus, l'implémentation d'un programme des soins à domicile adapté aux aînés, par des équipes multidisciplinaires (MF, gériatre, travailleur social), diminue le recours aux soins spécialisés, et aux services d'urgence alors que la satisfaction globale augmente.²⁸

Mais c'est surtout à la sortie de l'hôpital que la collaboration interprofessionnelle se montre efficace: des études randomisées montrent la réduction du risque de réadmission d'autant plus si elle est associée également à une intervention nutritionnelle.²⁹

S'il existe des preuves solides que ces programmes pluridisciplinaires sont efficaces, ceux-ci sont parfois complexes à mettre en œuvre en raison d'obstacles organisationnels, y compris la coordination entre les différents intervenants. Dans ce cadre, la motivation des participants jouent un rôle important et doit être prise en compte dans les programmes de collaboration à venir afin d'en exploiter les avantages potentiels pour la santé publique.³⁰

CONCLUSION

La fréquence des VAD a globalement baissé ces dernières années, en Europe comme en Suisse probablement, mais cette tendance pourrait bientôt s'inverser avec le vieillissement de la population. Les VAD sont essentielles aux soins ambulatoires compte tenu des changements démographiques et du nombre croissant des patients fragiles et dépendants. Elles peuvent se révéler ainsi aussi précieuses et enrichissantes qu'une prise en charge en milieu hospitalier pour les étudiants et jeunes médecins. Un programme de formation pré et post-graduée de nos jeunes et futurs praticiens à la prise en charge interdisciplinaire à domicile devrait donc être développé. Notre plus grand défi reste cependant le manque de données d'efficacité financière, concernant le nombre optimal et la durée des VAD, ainsi que les groupes de patients les plus susceptibles d'en bénéficier au sein de chaque système de santé.

Conflit d'intérêt: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

STRATÉGIES DE RECHERCHE

Les données utilisées pour cette revue de la littérature ont été identifiées par une recherche Pubmed des articles publiés en anglais et en français, sans limite de date avec également inclusion des références pertinentes citées dans ces articles. Les mots clés retenus pour cette recherche étaient «house call», «home visit» et «home practice», chacun en association avec «Physicians» et «General Practitioner».

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les visites à domicile (VAD) sont essentielles pour permettre le maintien à domicile d'une population vieillissante et le médecin de famille joue un rôle central dans cette prise en charge
- La fréquence des VAD avait fortement diminué dans la 2^e moitié du XX^e siècle, mais on assiste à un regain d'intérêt pour cette forme de suivi indispensable dans les soins ambulatoires dans une population vieillissante et multimorbide
- L'enseignement des VAD devrait être introduit dans la formation de nos étudiants dès les premières années d'études
- Plus de recherche est nécessaire afin de définir le nombre optimal et la durée des VAD, ainsi que les groupes de patients les plus susceptibles d'en bénéficier

1 Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly--a vanishing practice among physicians. *New Engl J Med* 1997;337:1815-20.
 2 Sairenji T. GR16 Characteristics of Family Physicians who Provide Home Visits. 2015.
 3 van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: An analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract* 2006;7:58.
 4 Snijder EA, Kersting M, Theile G, et al. Home visits in German general practice: Findings from routinely collected computer data of 158,000 patients. *Gesundheitswesen* 2007;69:679-85.
 5 Whewell J, Marsh GN, McNay RA. Changing patterns of home visiting in the north of England. *Br Med J* 1983;286:1259-61.
 6 Kravos ISA. Factors influencing home visits in Slovenian general practice. *Fam Pract* 2003;20:58-60.
 7 Javoric H, Topolovec-Nizetic V, Pavlekov G. Home visits in Croatian

family practice: A longitudinal study: 1995-2012. *Coll Antropol* 2014;38 (Suppl. 2):55-9.
 8 Marcinowicz L, Chlabicz S, Gugnowski Z. Home visits by family physicians in Poland: Patients' perspective. *Eur J Gen Pract* 2007;13: 237-8.
 9 Cauthen B. The house call in current medical practice. *J Fam Pract* 1981;13:209-13.
 10 ** Wienke GW Boerma PPG. GP home visiting in 18 European countries. *Eur J Gen Pract* 2001;7:132-7.
 11 * Genève AdMdcd. Disponibilités des médecins de MFGe pour les visites à domicile (VAD). La lettre de l'AMG 2015;7:7.
 12 Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2011;12:24.
 13 Van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, et al. Home visits for frail older people: A qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers.

Br J Gen Pract 2012;62:e554-60.
 14 Pivodic L, Harding R, Calanzani N, et al. Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. *Palliat Med* 2015;30:64-74.
 15 * Sauter M, Santos-Eggimann B, Spagnoli J. Older persons' perceptions of general practitioner or specialist primary care physicians: Same point of view? *Swiss Med Wkly* 2015;145:w14085.
 16 Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 1992;152:2025-32.
 17 Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, van Eijk JT. Good end-of-life care according to patients and their GPs. *Br J Gen Pract* 2006;56:20-6.
 18 Huber CA, Rosemann T, Zoller M, Eichler K, Senn O. Out-of-hours demand in primary care: Frequency, mode of contact and reasons for encounter in Switzerland. *J Eval Clin Pract* 2011;17:174-9.
 19 Lykkegaard J, Larsen PV, Paulsen MS, Sondergaard J. General practitioners' home visit tendency and readmission-free survival after COPD hospitalisation: A Danish nationwide cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014;24:14100.
 20 Hayashi JL, Phillips KA, Arbaje A, et al. A curriculum to teach internal medicine residents to perform house calls for older adults. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1287-94.
 21 ** Elkan R KD. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004.
 22 Pavlicevic I. Early patient contact - the split model. *Acta Med Croatica* 2013;67:19-24.
 23 LoFaso VM, Breckman R, Capello

CF, Demopoulos B, Adelman RD. Combining the creative arts and the house call to teach medical students about chronic illness care. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:346-51.
 24 Hayashi J, Christmas C, Durso SC. Educational outcomes from a novel house call curriculum for internal medicine residents: Report of a 3-year experience. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1340-9.
 25 Muir F. Placing the patient at the core of teaching. *Med Teacher* 2007;29:258-60.
 26 * Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality - a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55:639-44.
 27 Rock JA, Acuna JM, Lozano JM, et al. Impact of an academic-community partnership in medical education on community health: Evaluation of a novel student-based home visitation program. *South Med J* 2014;107:203-11.
 28 Beck RA, Arizmendi A, Purnell C, Fultz BA, Callahan CM. House calls for seniors: Building and sustaining a model of care for homebound seniors. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1103-9.
 29 Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K. Study protocol: Follow-up home visits with nutrition: A randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2011;11:90.
 30 Hjelmar U, Hendriksen C, Hansen K. Motivation to take part in integrated care-an assessment of follow-up home visits to elderly persons. *Int J Integr Care* 2011;11:e122.

* à lire
 ** à lire absolument