



## DOSSIER DE PRESSE

# Enquête Visite à Domicile en Ile-de-France

### SECTION GENERALISTES

Président : Dr Bernard ORTOLAN  
Vice-Président : Dr Régis MOURIES  
Secrétaire Général : Dr Michel DORE

### COMMISSION EXERCICE A DOMICILE

Président : Dr Michel DORE  
Vice-Président : Dr Pierre LEVY

**31 Janvier 2006**

#### Contacts presse :

**Union Régionale des Médecins Libéraux IDF**  
Dr Bernard ORTOLAN – Président  
Tél : 06 80 25 9614 – [b.ortolan@wanadoo.fr](mailto:b.ortolan@wanadoo.fr)  
Carole NACHBAUR, Chargée de Mission  
Tél. : 01 40 64 14 85 – [carole.nachbaur@urml-idf.org](mailto:carole.nachbaur@urml-idf.org)

**Capital Image**  
Stéphanie CHEVREL / Anne BELLION  
Tél. : 01 45 63 19 00  
[infopresse@capitalimage.net](mailto:infopresse@capitalimage.net)  
[www.capitalimage.net](http://www.capitalimage.net)

# SOMMAIRE

|   |      |
|---|------|
| Communiqué de Presse                    | p.3  |
| L'URML Ile-de-France                    | p.4  |
| La Section Généralistes                 | p.5  |
| Enquête Visite à Domicile               | p.7  |
| Propositions de la Section Généralistes | p.10 |
| Interviews                              | p.11 |

## **Conserver et améliorer la visite à domicile :**

### **une enquête de l'URML Ile de France auprès des médecins généralistes**

La Section Généralistes et la Commission « Exercice à domicile » de l'URML-IDF ont lancé en 2005 une **enquête sur la visite à domicile**. Cette enquête s'inscrit dans le prolongement de leur travail sur la coordination des soins, notamment des **personnes en perte d'autonomie et des personnes âgées**, afin d'améliorer leur prise en charge.

Quelle fréquence, pourquoi sollicite-t-on une visite à domicile, pourquoi le médecin se déplace-t-il, quel est le contenu de la visite, comment les médecins perçoivent-ils cet acte et quelles évolutions souhaiteraient-ils ? Les résultats de cette étude permettent à la Section Généralistes d'enrichir sa réflexion et de proposer des recommandations aux décideurs publics.

### **Préserver la visite à domicile en la limitant et en la revalorisant**

Parmi les 10 000 médecins contactés, 1 578 ont répondu aux questionnaires donnant une vision significative et représentative de la visite à domicile en Ile de France.

Les médecins effectuent **en moyenne 16 visites par semaine** ; le temps moyen qu'ils y consacrent est de **41 minutes**, en comparaison une consultation au cabinet dure 18 minutes. La principale clientèle correspond aux **personnes non-autonomes**.

L'opinion des médecins est majoritairement négative, pour 57% d'entre eux, c'est une contrainte, pour près de 50% une nécessité et 87, 5% en limitent le nombre.

Comme en témoigne le Dr Olivier Réverdy, médecin généraliste à L'Haÿ les Roses (94) : « *de manière générale, la visite à domicile ne permet pas de soigner les patients aussi bien qu'au cabinet médical..., mais cela permet parfois de mieux se rendre compte de l'environnement du patient ou de l'isolement des personnes âgées* ».

Face à des demandes non urgentes, le Dr Patrick Plottin, médecin généraliste à Chelles (77) pense que « *si on prend le temps d'expliquer nos contraintes, les patients comprennent bien* » et il a ainsi réussi à réduire le nombre de ses visites.

« *L'enquête démontre clairement que la visite à domicile, réduite et ciblée sur les personnes qui en ont réellement besoin, est un acte nécessaire sur le plan médical, social et économique. Les médecins ne veulent pas la supprimer mais souhaitent, en revanche, une meilleure valorisation tenant compte du temps passé et du contenu de la visite* » conclut le Dr Bernard Ortolan, Président de la Section Généralistes.

### **Améliorer la répartition des tâches et la coordination des soins**

La réflexion engagée par la Section Généralistes de l'URML-IDF sur la nécessaire coordination des soins va se poursuivre par de **nouvelles enquêtes prévue en 2006**, sur la prévention des chutes des personnes âgées, l'insomnie, la douleur et la **délégation des tâches**. Cette dernière enquête sera réalisée avec les infirmières et dans plusieurs régions françaises.

Constatant la **désaffection grandissante des internes pour la médecine générale** (971 postes de généralistes n'ont pas été pourvus lors du dernier concours d'internat), l'URML alerte sur les problèmes de démographie médicale. Les prévisions annoncent une baisse des médecins d'ici 2025 de 15, 6% pour 100 000 habitants et font redouter un véritable problème d'offre de soins primaire et une désertification accrue.

Cette enquête sur la délégation des tâches devrait permettre de revaloriser les métiers de santé et de créer de nouveaux métiers.

#### **Contacts presse :**

##### **Union Régionale des Médecins Libéraux IDF**

Dr Bernard ORTOLAN – Président

Tél : 06 80 25 9614 – [b.ortolan@wanadoo.fr](mailto:b.ortolan@wanadoo.fr)

Carole NACHBAUR, Chargée de Mission

Tél. : 01 40 64 14 85 – [carole.nachbaur@urml-idf.org](mailto:carole.nachbaur@urml-idf.org)

##### **Capital Image**

Stéphanie CHEVREL / Anne BELLION

Tél. : 01 45 63 19 00

[infopresse@capitalimage.net](mailto:infopresse@capitalimage.net)

[www.capitalimage.net](http://www.capitalimage.net)

# L'URML ILE-DE-FRANCE

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) ont été créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Elles contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles participent notamment aux actions suivantes :

- Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, exercice libéral de la médecine, épidémiologie, évaluation des besoins médicaux
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins
- Organisation et régulation du système de santé
- Prévention et actions de santé publique
- Coordination avec les autres professionnels de santé
- Information et formation des médecins des usagers

Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.

## LA SECTION GENERALISTES

La Section Généralistes contribue à l'organisation du système de santé en médecine générale. Elle a pour mission d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins dans ce domaine. Elle couvre les champs d'activité primordiaux, doit agir, préserver et également valoriser l'identité et la spécificité de cette discipline.

La Section Généralistes de l'URML-IDF a appuyé une partie de son travail sur la coordination des soins, notamment des **personnes dépendantes**, en **perte d'autonomie** et des **personnes âgées**, afin d'améliorer leur prise en charge.

En 2001, une journée « Devenir Centenaire chez soi » organisé par la Section Généralistes a permis de lancer une réflexion sur la coordination des soins et la prise en charge des personnes âgées. Pour améliorer la coordination et la diffusion de l'information auprès des professionnels et du grand public, un site Internet « Personnes âgées : Qui fait quoi »<sup>1</sup> a été mis en place avec la DRASSIF et l'URCAMIF. Ce site regroupe des informations réglementaires, épidémiologiques, et les actions de la région francilienne et de ses départements.

Une enquête sur la perte d'autonomie accompagnée d'une journée de réflexion a été organisée en 2004. La journée a permis de regrouper l'ensemble des coordinateurs de soins : infirmières, médecins, kinésithérapeutes, associations, aide à domicile, institution, et hôpital<sup>2</sup>. Ce travail a mis en avant un manque de connaissance des institutions ou des organismes du domaine de la perte d'autonomie de la part des médecins, un manque de structures et un manque de personnels d'accompagnement à domicile, d'auxiliaires de vie ou d'aides-soignantes. La prévention, le soutien, l'accompagnement et les soins sont des points importants dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et des personnes âgées. Le social et le médical ne sont pas opposés mais complémentaires.

Cette journée et la réflexion quotidienne des membres de l'Union ont permis de **lancer en 2005 une enquête sur la visite à domicile** qui est en premier lieu un service de soins destiné aux **personnes non-autonomes et aux personnes âgées**. Le but est d'effectuer une photographie de la visite à domicile pour améliorer la prise en charge médicale des personnes. Cette enquête a été élaborée et suivie par la **Section Généralistes et la Commission « Exercice à Domicile »** de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France.

Les conclusions de ces enquêtes corroborent la réflexion de la section Généralistes sur la coordination des soins. Ainsi en 2006, elle orientera ses travaux sur **la prévention des chutes des personnes âgées, l'insomnie, la douleur et la délégation de tâches**. Cette dernière enquête sur la délégation de tâches permettra de revaloriser les métiers de santé et de créer de nouveaux métiers. Elle sera réalisée avec les infirmières et dans plusieurs régions françaises.

---

<sup>1</sup> Site Internet [http://www.urml-idf.org/Site\\_PA/index.htm](http://www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm)

<sup>2</sup> Enquête Perte d'autonomie et Acte de la Journée perte d'Autonomie sur le site [www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)

Elle répond également à une inquiétude de la médecine générale qui connaît actuellement une désaffection grandissante des internes. Les prévisions démographiques annoncent effectivement une baisse des médecins d'ici 2 025 de 15,6% pour 100 000 habitants et font redouter un véritable problème d'offre de soins primaire et une désertification accrue. Nombreux sont les étudiants qui renoncent à la médecine générale pour sa pénibilité, privilégiant leurs futures conditions de vie dans le choix de leur internat. Une meilleure délégation de tâches devrait encourager les étudiants à s'investir davantage dans une discipline centrée sur le patient avec un temps médical clairement dédié à la qualité des soins.

### **Bureau de la Section Généraliste**

Président : Dr Bernard ORTOLAN

Vice-Président : Dr Régis MOURIES

Secrétaire Général : Dr Michel DORE

### **Membres de la Commission Exercice à Domicile**

Dr Christian BOURHIS

Dr Eric CHARDIN

Dr Michel DORE (Président)

Dr Bernard FARCILLI

Dr Annick FEUGERE ENGEL

Dr Armand GOZLAN

Dr Jean GRUNBERG

Dr Dominique LANTY

Dr Pierre LEVY (Vice-Président)

Dr René LUIGI

Dr Manuel MAINDENBERG

Dr Claude MARTINEAUX

Dr Bernard ORTOLAN

Dr Michel ROUEFF

Dr Roger RUA

Dr Georges SIAVELLIS

Dr Jean Manuel TETAU

# ENQUETE VISITE A DOMICILE

## LES OBJECTIFS

L'accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) relatif à la consultation hors cabinet a contribué à recentrer la visite à domicile vers les personnes en perte d'autonomie et dépendantes. Entre 2001 et 2003, on a pu constater en Ile-de-France une baisse de 25% des visites à domicile. Trois ans après sa mise en œuvre, il semblait nécessaire d'apporter un complément d'information et de réflexion sur cet acte qui fait partie intégrante du système de soins français et reste incontournable pour la médecine générale.

C'est pourquoi la Commission Exercice à Domicile de l'Union Régionale d'Ile-de-France a réalisé une vaste enquête sur la Visite à domicile en se demandant :

- Quelle est la justification de la visite à domicile aujourd'hui ?
- Comment est-elle considérée par le médecin ?
- De quelle manière la visite à domicile peut-elle évoluer ?

Ses objectifs étaient d'effectuer un véritable état des lieux de la visite afin de connaître son contenu, ses spécificités, ses limites et d'identifier ses évolutions.

## LA METHODOLOGIE

Un questionnaire a été envoyé en mars 2005 aux 10 084 médecins généralistes, pédiatres et MEP (médecins à exercice particulier) exclusifs d'Ile-de-France présents dans la base de données de l'URML-IDF.

Le questionnaire comportait des questions sur le profil du médecin interrogé, les spécificités de la visite à domicile (VàD), la population concernée, les motifs invoqués, la perception du praticien, le contenu des visites et les évolutions pressenties ou souhaitées.

1 578 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 15,6%.

## LES RESULTATS

### La visite à domicile aujourd'hui

- En moyenne les médecins effectuent 33 VàD en deux semaines.
- Le nombre moyen de visites injustifiées serait de 9 en deux semaines.
- Le temps moyen d'une visite à domicile est de 41 minutes (préparation de la visite, déplacement, auscultation du patient et mise à jour du dossier) soit 23 minutes de plus qu'une consultation au cabinet.
- 42,7% des visites à domicile concernent les personnes non autonomes.
- Le tarif moyen appliqué par les médecins franciliens est de 34 euros, mais plus de la moitié (56%) pratique un tarif de 30 euros.

### **Pourquoi sollicite-t-on une visite à domicile ?**

Les facteurs les plus souvent cités correspondent aux critères de l'AcBUS et à la définition des soins à domicile :

- Pathologie lourde : 79,5%
- manque d'autonomie (le patient a des difficultés à se déplacer) : 75,1%
- symptômes aigus 73,8%
- Charge d'enfant en bas âge : 67,3%
- urgences nécessitant une hospitalisation 65,4%
- manque d'autonomie (le patient ne conduit pas ou a des difficultés à conduire) : 64,5%
- âge du malade : 61,9%

Cependant, il reste encore trop de demandes injustifiées :

- Attentes trop longues au cabinet : 39,3%
- Obligations professionnelles : 36,7%
- Tiers payant (on ne paie pas le médecin donc on peut le faire se déplacer) : 29,5%.
- Prix payé (on paye le médecin donc il peut se déplacer) : 24,9%

### **Pourquoi le médecin se déplace-t-il à domicile?**

La plupart des médecins se déplacent pour des raisons telles que :

- Pathologie lourde : 92,5%
- Manque d'autonomie (le patient a des difficultés à se déplacer) : 80,7%
- Urgence nécessitant une hospitalisation : 77,7%
- Age du malade : 60,9%

En revanche, peu acceptent de se déplacer pour des motifs non justifiés :

- Attente trop longue au cabinet : 2,1%
- Prix payé : 1,4%
- Tiers payant : 0,9%

Le médecin semble plus strict dans ses critères de sélection pour justifier ou non la visite. Il privilégie les critères médico-sociaux aux critères de convenances personnelles.

### **Quel est le contenu de la visite à domicile ?**

Du fait de sa nature même, la visite à domicile peut aussi rendre difficile et peu satisfaisante les conditions d'exercice du médecin et de l'examen clinique.

Certains points sont satisfaisants :

- Le matériel : 68,1%
- L'examen clinique identique à celui d'une consultation : 62,5%

D'autres restent perçus comme perturbant et notamment :

- L'éclairage : 68,6%
- L'espace : 62,4%
  
- Le manque de silence disponible : 57,9%

### **Comment les médecins perçoivent-ils la visite à domicile ?**

L'opinion des médecins est majoritairement négative :

- Pour 57% d'entre eux la visite à domicile est une contrainte, pour 49,2% une nécessité et pour 35% un devoir.
- 87,5% en limitent le nombre.

Par ailleurs, une majorité de praticiens considère que la visite à domicile :

- Relève plus du social que du médical.
- Fait perdre du temps
- Les pénalise financièrement (85,1% estiment qu'elle n'est pas rémunérée à sa juste valeur)
- Dévalorise leur métier lorsqu'elle devient systématique.

Pourtant, 84% des médecins reconnaissent que voir leurs patients lors des visites est instructif car la visite renseigne le praticien sur la vie de ses patients et complète l'information recueillie.

### **Quelles évolutions les médecins souhaitent-ils ?**

72,2% des praticiens désirent limiter l'accès à la visite à domicile.

Pour l'ensemble des médecins, si l'accès est limité :

- 73,5% veulent redéfinir la visite justifiée comprenant urgence, manque de mobilité, perte d'autonomie.
- 63% souhaitent une revalorisation des actes vraiment justifiés.
- 57,7% seraient pour une dissuasion financière pour les visites injustifiées.

Pour 76% l'information du public semble être un moyen efficace pour limiter l'accès de la visite à domicile.

## **EN CONCLUSION**

Malgré ses contraintes, **la visite à domicile reste justifiée dans la prise en charge des personnes non autonomes**. C'est pourquoi il est indispensable de continuer à recentrer la visite vers son objectif et de la **rémunérer à sa juste valeur**. Ainsi revalorisée, la visite à domicile contribuerait à l'amélioration de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ne pouvant se déplacer au cabinet et nécessitant un suivi médical.

**La visite à domicile est un atout de l'offre de soins français qu'il est important de préserver** en la limitant au cas les plus justifiés.

## **PROPOSITIONS DE LA SECTION GENERALISTES**

Dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et les personnes âgées. La Section Généralistes de l'URML-IDF propose aux décideurs publics de :

1. Conserver la visite à domicile mais la limiter et la revaloriser
2. Donner les moyens aux médecins d'effectuer leur travail en rémunérant le temps médical (préparation, examen clinique, déplacement) et le travail de coordination de la visite à domicile
3. Donner les moyens pour coordonner les soins des médecins avec les différents intervenants et professionnels de soins ou d'aide aux personnes malades et à leur entourage
4. Augmenter le temps consacré aux activités strictement médicales
5. Développer les outils d'informations facilement accessibles et faciliter l'accès aux institutions prenant en charge les personnes en perte d'autonomie ;
6. Communiquer auprès des grands médias pour informer le public sur la nécessité de réserver la visite aux personnes confinées à domicile pour raisons médicales.

# INTERVIEWS

**Docteur Bernard Ortolan,**

**Président de la Section Généralistes de l'URML-IDF**

« Une des missions de l'URML consiste à mener des enquêtes sur l'organisation, la coordination des soins et l'optimisation des ressources. Celles-ci sont à la disposition des Syndicats, des Caisses d'Assurance Maladie et de ceux qui sont en charge de la réflexion sur l'évolution de notre système de soins.

Avec l'étude sur la visite à domicile, l'URML souhaitait hiérarchiser les différents types de consultation et apporter ainsi sa contribution à la mise en œuvre de la nouvelle CCAM clinique (Classification Commune des Actes Médicaux) prévue pour 2006.

L'enquête démontre clairement que la visite à domicile, réduite et ciblée sur les personnes qui en ont réellement besoin, est un acte nécessaire sur le plan médical, social et économique. Les médecins ne veulent pas la supprimer mais souhaitent, en revanche, une meilleure valorisation tenant compte du temps passé et du contenu de la visite.

Ces conclusions rejoignent les réflexions menées depuis plusieurs années par la section généraliste de l'URML. Après avoir abordé la problématique des soins aux personnes âgées, de la perte d'autonomie et du handicap, nous souhaitons mettre en évidence des points d'amélioration de la visite à domicile pour ces populations particulières. Si les aides financières, techniques ou sociales existent et fonctionnent généralement bien, on ne peut que souligner le manque de personnel soignant capable d'aider les malades, les familles et les médecins.

Ces métiers existent à l'hôpital, mais ils font cruellement défaut à la médecine libérale. C'est pourquoi nous travaillons sur la délégation et le transfert de tâches en aidant à définir le contenu de la visite médicale pour le médecin mais aussi pour l'infirmière ou les nouveaux acteurs d'aide ou de soins ambulatoires qui apparaîtront dans l'avenir ».

**Médecin généraliste depuis 7 ans à L'Hay-les-Roses (94), le Dr Olivier Reverdy effectue entre 20 à 30 visites à domicile par semaine. Il exprime son point de vue sur la visite à domicile.**

« De manière générale, la visite à domicile ne permet pas de soigner les patients aussi bien qu'au cabinet médical. Se déplacer prend du temps et génère du stress, les conditions d'examen sont difficiles voire mauvaises, nous ne disposons pas de tous les éléments de suivi et l'examen clinique est moins précis et moins approfondi. Cela dit, cela permet parfois de mieux se rendre compte de l'environnement du patient ou de l'isolement des personnes âgées.

Je crois que les médecins généralistes se sentent parfois considérés comme des prestataires de service qui ne seraient pas rémunérés à leur juste valeur. Il existe encore trop de visites injustifiées et il faut batailler car il est très rare qu'un malade ne puisse vraiment pas se déplacer. J'ai déjà réduit mon nombre de visites et, dans la mesure du possible, je les limite aux sujets âgés et aux patients chroniques. Dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la répartition des tâches pourrait être, sinon une solution, du moins une alternative. Cela nous permettrait de faire moins de social et plus de médical ».

**Le Docteur Patrick Plottin est médecin généraliste à Chelles (77). Installé depuis 5 ans, il a réussi à réduire le nombre de ses visites à domicile en éduquant sa patientèle.**

« Lorsque je me suis installé, il y a 5 ans, les patients n'étaient pas habitués à se déplacer lorsqu'ils souffraient de maladies infectieuses ou d'une fièvre. Peu à peu, j'ai réussi à leur expliquer que ce genre de situations se gère mieux au sein du cabinet médical qui est, et doit rester, le premier lieu de consultation. Je crois que lorsqu'on prend le temps d'expliquer pourquoi il ne s'agit pas d'une urgence médicale et dans quelles mesures nos contraintes matérielles rendent le déplacement difficile, les patients comprennent très bien. La campagne menée par la sécurité sociale pour informer le public sur la limitation des remboursements de la visite médicale, hors critères d'urgence, a été d'un grand soutien dans la démarche.

Aujourd'hui, les personnes que j'examine à domicile sont essentiellement des personnes âgées, handicapées, souffrant de poli-pathologies ou hospitalisées à domicile. Ces malades nous font confiance et je crois normal d'aller vers eux pour établir un véritable échange dans la relation. Pour les autres, je fais parfois des exceptions lorsque je me rends compte qu'un déplacement est trop compliqué pour la personne qui appelle. Exiger le respect des critères des visites à domicile, c'est bien, à condition de rester à l'écoute et de garder son humanité ».