

Sommaire

- **Dossier médical personnel : 4 000 DMP testés en Ile - de - France**
- **Pandémie grippale : comment les médecins libéraux se préparent...**
- **C'est qui ? C'est le Docteur... La visite à domicile sous l'œil de la Section Généralistes de l'URML**
- **Le Ministre en visite à l'URML**

Les missions de l'Union définies par la loi

- Analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- Évaluation 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 et des usagers

Union régionale des médecins d'Ile-de-France exerçant à titre libéral

104, boulevard du Montparnasse,
75682 Paris CEDEX 14
Tél. 01 40 64 14 70 - Fax. 01 43 21 80 34
Email : secretariat@urml-idf.org

Directeur de la publication :
Dr Bernard Huynh

Comité de rédaction :
D^e O. Aynaud, J. Bourcereau,
D. Girardon-Grichy, A. Gozlan,
J.-P. Grundeler, M. Roueff, G. Lyon,
F. Prudhomme, G. Rousselet,
M. Sylvestre, A. Vuong.

Secrétaire de rédaction :
A. Grenier

Numéro ISSN : 1285-4743
Dépôt légal à parution
Abonnement : 22,87 € TTC/an

Conception, réalisation et Impression :

SEPEG
24 rue de Cronstadt
75015 Paris
Tél. 01 53 68 90 00
Fax. 01 53 68 90 10



papier recyclé

Le mot du président

Menacés, rackettés !

Au printemps dernier, plusieurs de nos confrères parisiens et leurs familles ont été menacés de mort par des individus que ces cliniciens ont tous considérés comme très dangereux. Leurs plaintes pour tentative de racket ont entraîné de service en service avec la pointe de doute ironique que rencontrent souvent les médecins dans les commissariats. Et pourtant, les racketteurs

étaient, selon toute vraisemblance, le « gang des barbares » dont on connaît la sauvagerie depuis l'assassinat de Ilan Halimi. L'URML Ile de France a soutenu ces médecins dès qu'ils se sont rendus compte qu'ils n'étaient pas, chacun, seul à être menacés et qu'ils ont alerté Gilles Errieau.

La grenade qui a explosé devant les cabinets de trois des médecins et a mis en lumière aux yeux du public cette affaire n'a pas suffi à déclencher la protection policière que nous demandions. Il a fallu le soutien convergent de l'URML Ile-de-France et de l'Ordre des Médecins de Paris puis de notre confrère Bernard Debré et de Xavier Bertrand pour que le Préfet de Police daigne apporter la protection indispensable pour les familles de ces confrères dont les journées d'isolement initial et d'anxiété ne s'effaceront pas.

Cette affaire démontre à l'évidence que notre profession médicale dispose des moyens de se faire entendre mais que notre culture individualiste répugne à les utiliser tant que la menace semble « maîtrisable ». C'est une culture que nous devons modifier.

Si un médecin est menacé, nous sommes tous menacés. Si l'un d'entre nous est racketté ou attaqué, nous sommes tous concernés et la société tout entière l'est car attaquer un médecin est un signe avancé de déchéance morale.

Le médecin libéral reste un marqueur sensible des évolutions sociétales et se retrouve souvent en première ligne exposé aux dérives de certains.

Nous l'avons dit et malheureusement, la preuve vient d'en être apportée...

Bien confraternellement



Docteur Bernard Huynh
Président de l'URML Ile-de-France

Email : huynh@urml-idf.org

Dossier médical personnel :

4 000 DMP testés en Ile-de-

L'URML signe une charte de partenariat avec les autres institutionnels en vue d'assurer le succès du déploiement coordonné du Dmp au printemps dans deux bassins de vie. Un engagement de principe subordonné à des garanties d'allégement de saisie des données et de rémunération des médecins pour cette nouvelle tâche.

L'Ile de France se retrouve aux premières loges avec 11 régions sélectionnées pour servir de terrain d'expérimentation aux premiers dossiers médicaux personnels actifs. Le DMP va être déployé expérimenté grandeur nature dans la région sur deux bassins de vie (voir encadré) pendant les 5 mois de la phase test lancée, en principe, à partir d'avril prochain. Ce chantier mobilisera dans chacune des zones environ une centaine de médecins généralistes volontaires ainsi qu'hôpitaux publics et privés. Dans chacun des deux sites pilotes franciliens environ 2 000 DMP vont être créés sur les 30 000 DMP prévus France entière durant la phase de préfiguration d'expérimentation fixée par le Groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP-DMP). Groupement qui, pour sa part, s'installe dans la pérennité. Puisque l'arrêté du 28 décembre 2005 paru au Journal Officiel du 31 décembre le proroge jusqu'au 30 juin 1997; date de généralisation du DMP et à laquelle le GIP passera le relais du pilotage en vitesse de croisière à un organisme gestionnaire.

Outil de la coordination des soins

Le DMP est la pièce maîtresse de la réforme de l'assurance maladie. À l'horizon mi-2007, la loi du 13 août 2004 prévoit que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie âgé de plus de 16 ans sera à sa demande doté de son dossier électronique de données médicales personnelles assorti de son volet prévention. Qu'on se le dise : il ne s'agit donc pas du dossier du médecin mais bien de celui du patient. En quoi consiste-t-il ? À faire fonction de « coffre-fort numérique » stockant les données sensibles et à les rendre accessibles de manière sécurisée sur Internet. Pilier de la coordination des interventions autour du patient, le DMP est conçu pour



M. Hervé Segalen, Président du Collectif Inter associatif sur la Santé en Ile-de-France, Dr Bernard Huynh, Président de l'URML Ile-de-France, M. Dominique Coudreau, Président du GIP-DMP, Mme Rose-Marie Van Lerberghé, Directrice de l'APHP, M. Philippe Ritter, Directeur de l'ARH Ile-de-France.

assurer un meilleur suivi des actes et des prestations de soins, pour faciliter les échanges entre professionnels de santé, responsabiliser les patients en matière de prise en charge de leur santé, éviter les accidents iatrogéniques médicamenteux, bannir les examens redondants inutiles pour le patient et onéreux pour la sécurité sociale. À condition que le patient les autorise, les intervenants médicaux devront le consulter et l'enrichir. Cette innovation de la société numérique devrait conforter le parcours de soins coordonné et procurer une visibilité au médecin traitant sur les diverses prises en charges, autres que la sienne, dont a bénéficié son patient. Les incitations ne manquent pas dans ce sens. Dès lors qu'il refusera au médecin l'accès à son DMP le patient s'exposera, à partir du 1^{er} juillet 2007, à une pénalité financière se traduisant par un niveau moindre de remboursement par l'assurance maladie. Quant au médecin, - sous peine d'être déconventionné s'il ne le fait pas - il sera tenu, à compter du 1^{er} janvier 2007, de reporter dans le DMP, à

l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de son patient.

Une utilisation facilitée

Bref le DMP vise une dynamique d'amélioration de la qualité du système de soins. C'est celle qu'accompagne l'Union régionale des médecins libéraux. Entrevoyant dans cette innovation une possible valeur ajoutée pour le médecin, l'institution s'est impliquée dans son processus d'élaboration. D'abord en organisant un colloque le 13 novembre 2004 sur le thème du « dossier médical personnel en pratique ». À cette occasion le Président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le Pr Jean-Michel Dubernard, a convenu avec les médecins franciliens que la « simplicité » doit être au rendez-vous et prime dans l'ergonomie du DMP. Invité mardi 18 octobre 2005 par Bernard Huynh, président de l'URML, lors du café réseau mensuel, Xavier Bertrand, minis-

France

tre de la santé, a dialogué « sans tabou » avec les promoteurs de réseaux de santé franciliens sur sa conception du DMP. Celui-ci doit, dit-il, être « simple mais pas simpliste » et n'occasionner « aucune double saisie » pour les praticiens. Autant d'exigences auxquelles les représentants des 6 consortiums industriels présélectionnés par le GIP-DMP pour héberger le DMP ont paru conscients au terme du colloque organisé par l'URML samedi 26 novembre 2005 sur le thème des conditions de déploiement. Tous assurent qu'ils s'y conformeront. Un engagement dont l'URML veut s'assurer qu'il sera tenu avant que les préconfigurations ne démarrent. « Je ne crois que ce que je vois » affirme Jean-François Thébaut, président de la Commission système d'information. S'il convient qu'il n'y aura sans doute pas de double-saisie pour les comptes-rendus effectués par les hôpitaux, il craint en revanche que certains hébergeurs surchargent la tâche du médecin traitant. Et là, il dit niet.

Cadre juridique

Bien avant la mise en place de l'expérimentation du DMP, la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) avait, quant à elle, exigé que sur le plan juridique toutes les précautions soient prises. Un souhait que le ministre vient en partie d'exhausser en publiant au JO du 5 janvier 2006, le décret n° 2006-6 du 4 janvier « relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique ». Ce texte va encadrer l'activité des hébergeurs de données personnelles et nominatives de santé couvertes par le secret médical. Prévu depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur le droit des malades, le décret jouait les arlésiennes. Il reste maintenant à mettre en œuvre la procédure des agréments des hébergeurs juridiquement indispensable au démarrage du chantier expérimental du DMP. Délivrée pour trois ans la décision d'agrément incombe au ministre, tout comme le retrait d'agrément. Il appartient aux hébergeurs de lui adresser leur dossier complété du modèle de contrat décrivant les prestations qu'ils comptent assurer. On attend d'eux qu'ils s'engagent sur une

Deux consortiums pour une région

Deux des six consortiums industriels sélectionnés par le GIP-DMP pour expérimenter le DMP vont le déployer en Ile de France. Sur les rangs ? D'une part, le consortium France Télécom, Cap Gémini, IBM, SNR qui a proposé à l'est, une zone comprenant une partie du Val de Marne et une portion de la Seine St Denis. D'autre part, le consortium Invita (Accenture, La Poste, Neuf Cegetel, Intra Call Center, Jet multimédia, Sun microsysteme) qui se positionne à l'ouest sur un territoire mi-urbain, mi-rural s'étendant de l'hôtel-dieu (Paris) jusqu'à Rambouillet (Yvelines) en passant par les Hauts de Seine. Sachant que l'adhésion des acteurs sera progressive à Cap Gémini on part de l'hypothèse que pour obtenir 2000 DMP éligibles à l'expérimentation il faut mobiliser un noyau 70 médecins libéraux qui recrutent 70 patients chacun. Ce qui permet d'ouvrir 4900 dossiers parmi lesquels seuls une moitié devrait être réellement active.

politique de confidentialité : en matière de respect des droits des personnes concernées par les données qu'ils hébergent, de sécurité de l'accès aux informations, de pérennité des données hébergées, et de procédures de contrôle interne. Il appartient ensuite au ministre de soumettre les demandes à la CNIL qui dispose de 2 mois pour rendre son avis sur les aspects protections et sécurités du traitement des données. Celle-ci passe à son tour le bébé à la Commission d'agrément qui « comprendra des personnalités qualifiées et des représentants des usagers du système de santé ». Cette instance disposera d'un mois pour rendre son avis sur les aspects éthiques, déontologiques, techniques, financiers et économiques, du dossier. Au vu de ces avis, le ministre aura deux mois pour se prononcer.

Autre préalable à l'expérimentation émis par la CNIL : la parution au JO d'un autre décret, relevant aussi de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades. Ce texte vise à garantir la confidentialité des données de santé dématérialisées à caractère personnel. Actuellement examiné en Conseil d'État ce texte consacre la carte à puce CPS du professionnel de santé comme outil d'identification et d'authentification. Elle permet au médecin d'attester de son identité et de sa qualité professionnelle pour accéder aux informations auxquelles il est habilité. Cet autre préalable à l'expérimentation devait sortir prochainement.

Logiciels métiers sur la sellette

Au plan régional, l'heure est aussi à la mobilisation. Une gouvernance institutionnelle pour le succès du déploiement du DMP vient de s'instaurer via une charte de partenariat signée mercredi 25 janvier. Les représentants des associations de patients (Ciss Ile-de-France), des médecins (URML), de l'hospitalisa-

tion (AP-HP) de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) s'engagent à mettre leurs moyens en commun pour se coordonner dans les territoires de santé expérimentaux mais aussi « pour développer un projet d'extension à l'ensemble de la région ».

À l'URML, cet engagement s'assortit d'un certain nombre de conditions. Comme la prise en compte des contraintes organisationnelles et économiques qui vont peser sur les médecins participant au déploiement à l'expérimentation. Ceux-ci, fait observer Jean-François Thébaut, vont consacrer du temps à convaincre et à accompagner les patients, à créer le DMP à assurer le suivi. La vue synthétique de son contenu affichée par le GIP-DMP sur son site n'est que la partie immergée du travail qu'il implique. Bref, sans parler du retour sur expérimentation auquel s'astreindre, l'opération nécessite du temps qui doit être rémunéré. L'URML attend à ce sujet une réponse du GIP-DMP qui dispose pour 2006 d'une enveloppe de 90 millions d'euros. Dans cette phase d'expérimentation qui s'assimile à un essai clinique « Il faut payer 100 euros au médecin par inclusion patient dans un DMP actif » assure le Dr Thébaut.

Dernier point, Et il soulève une autre incidence à laquelle expose l'arrivée du DMP : la remise en cause des logiciels métiers dont sont, ou pas, équipés les cabinets médicaux. Certes les conditions d'interopérabilité visant à simplifier la communication entre logiciels métiers et DMP sont à l'ordre du jour. Mais, face aux investissements qu'appelle l'évolution des logiciels métiers, n'y a-t-il pas un risque de glisser vers un logiciel métier décentré sur le DMP ?

Précisément tel fut le thème du colloque organisé par l'URML jeudi 16 mars dans le cadre du Medec : « faut-il continuer à investir sur les logiciels métiers ? »

Pandémie grippale :

comment les médecins libéraux se préparent...

Lors de la rencontre entre les Présidents des URML et le Ministre de la Santé, Monsieur Xavier BERTRAND, les recommandations de l'URML Ile-de-France quant à l'organisation de la médecine libérale face au risque de pandémie grippale ont été entendues. La mise en œuvre d'un plan d'action mobilisant l'ensemble des libéraux en force de défense sanitaire est engagée.

1 - Grippe aviaire/pandémie grippale : de quoi parle t'on ?

En janvier 2004, l'OMS lance l'alerte: le virus aviaire H5N1 en circulation est déclaré transmissible à l'homme. Ce virus de la grippe aviaire est responsable d'une atteinte souvent mortelle chez l'homme et fait peser le risque d'une pandémie sans précédent.

Les récents événements en Europe montrent que cette menace doit être prise avec le plus grand sérieux.

Les experts de la santé surveillent un nouveau virus grippal extrêmement virulent depuis près de huit ans: la souche H5N1⁽¹⁾. Ce virus de la grippe aviaire a infecté l'homme pour la première fois à Hong Kong en 1997, provoquant 18 cas dont 6 mortels.

Depuis 2003, le virus a provoqué les épidémies les plus importantes et les plus graves jamais enregistrées dans les élevages de volailles d'Asie du Sud Est. Depuis juillet 2005, la circulation de ce virus s'est étendue pour atteindre l'Europe.

Parallèlement, l'infection a été identifiée en décembre 2003 chez des personnes qui avaient été exposées à des oiseaux malades. À l'heure actuelle, dans tous les cas avérés, les personnes étaient en contact direct avec des volailles infectées et aucun cas de transmission entre humains du virus H5N1 n'a encore été mis en évidence.

Le bilan global officiel fait état, au 6 février 2006, de 161 cas humains et 86 décès dans les pays d'Asie du Sud Est, en Turquie et en Irak. (cf. : carte)

Le risque majeur représenté par les virus aviaires H5N1 serait leur évolution vers une transmission interhumaine, entraînant ainsi une pandémie telle que notre génération de soignant n'en a jamais connu.

Sur la base des pandémies historiques, l'Institut National de Veille Sanitaire a modélisé en 2004 la cinétique et l'impact d'une pandémie. En l'absence d'intervention sanitaire, le bilan pour la France pourrait s'établir entre 9 et 21 millions de

malades, et 91 000 à 212 000 décès en fin de pandémie. 500 000 à un million de personnes pourraient développer des complications nécessitant leur hospitalisation. L'extension d'une pandémie se fait classiquement en vagues successives pouvant s'installer en 2 à 4 semaines et durer chacune 8 à 12 semaines. Cependant, en raison de la mondialisation des échanges, une extension de la pandémie sans vagues successives mais avec des pics associés à un fond permanent de cas est possible. Comme tout virus grippal, sa transmission devrait se faire essentiellement par les sécrétions respiratoires à l'occasion d'éternuements ou de toux et une transmission indirecte, par l'intermédiaire des mains serait possible.

Le risque de pandémie grippale est pris en compte par les pays de la Communauté Européenne, et notamment par la France qui dispose, depuis 1997, d'un plan gouvernemental de lutte élaboré dans la perspective d'un tel événement.

Ce plan, actualisé en janvier 2006, aborde les aspects de surveillance et d'alerte, la prise en charge des patients, les moyens de limiter la dissémination du virus, de se protéger, les outils d'information et de communication nécessaires.

Il comporte plusieurs phases :

Phase pré pandémie sans transmission interhumaine

Existence de nombreux foyers d'épidémie aviaire et de cas d'infection humaine à virus aviaire H5N1 sans transmission interhumaine (situation observée depuis décembre 2003) ;

Phase pré pandémie avec transmission interhumaine

Phase intermédiaire, avec transmission interhumaine d'un nouveau virus grippal H5N1 et nombre limité de foyers de cas humains ;

Phase pandémie

Extension de l'épidémie liée au nouveau virus.

Le point sur l'épidémie de grippe aviaire au 8 février 2006



2. Un dispositif national qui se met en place :

Les principales mesures prises à ce jour par le Gouvernement en France :

- ▶ mise en place d'une délégation interministérielle ;
- ▶ information et communication sur les risques sanitaires encourus ;
- ▶ augmentation des réserves d'antiviraux : en 2007 plus de 33 millions de doses devraient être disponibles ;
- ▶ augmentation des réserves de masques : achat en 2006 de 200 millions de masques FFP2 destinés aux professionnels de santé et 1,5 milliard de masques anti projections.
- ▶ mesures de confinement des volailles ;
- ▶ signalement de tout décès suspect d'oiseaux sauvages ou domestiques ;
- ▶ renforcement des contrôles sanitaires dans les grands aéroports ;

Les médecins libéraux face à la menace d'une pandémie grippale

En phase pré pandémique, les objectifs du plan gouvernemental visent à détecter l'apparition d'un nouveau virus grippal puis à en contenir la diffusion. À cette étape, les praticiens libéraux doivent être capables de détecter précocement les cas suspects nécessitant une investigation et les procédures à mettre alors en œuvre (appel du centre 15, prélèvement naso pharyngé, mesures de prévention...).

En phase pandémique, une stratégie unique de prise en charge est appliquée qu'elle que soit l'importance de l'épidémie : les patients sont traités à domicile ou sur leur lieu de séjour ou de résidence au moment où la maladie se déclare ; l'hospitalisation est réservée aux patients dont l'état le nécessite.^[2]

La réponse à cette menace repose donc sur la capacité des médecins libéraux à s'organiser, pour prendre en charge au mieux les patients si le cas de transmission interhumaine se déclare.

3. Une déclinaison opérationnelle locale qui reste à faire :

Pourtant, à l'heure actuelle, 7 % seulement des médecins libéraux généralistes d'Ile-de-France savent précisément ce qu'ils auront à faire dans le cadre de ce plan et 77 % des médecins généralistes franciliens ne savent pas définir précisément leur rôle. (cf. encadré 1).

Étude des besoins de formation des médecins libéraux franciliens

L'URML Ile-de-France a lancé une étude sur les connaissances et les attentes des médecins généralistes libéraux franciliens quant au Plan de lutte contre une pandémie grippale.

Les résultats préliminaires de cette enquête, menée par Open Rome, démontrent que :

- 7 % seulement des médecins généralistes franciliens savent précisément ce qu'ils auront à faire dans le cadre de ce plan
- 57 % des médecins généralistes franciliens souhaitent recevoir une formation sur ce plan. À ce jour, 2700 inscriptions pour formation ont d'ailleurs été enregistrées à l'URML
- les moyens de communication utilisés jusqu'ici par les pouvoirs publics auprès des médecins libéraux sont insuffisants :
 - seuls 23 % des médecins généralistes interrogés reçoivent la Lettre d'information DGS Urgent
 - seuls 11 % gardent en mémoire qu'ils ont reçu une information INPES sur la grippe aviaire.
- Plus de la moitié des médecins généralistes libéraux souhaitent plus d'information sur le plan pandémie et sur la grippe aviaire.

Résultats inquiétants, d'autant que les médecins sont les premiers à être questionnés par le Public sur ce risque.

Toutes les infos sur le site internet de l'URML : www.urml-idf.org

Fort de ce constat et préoccupée par le rôle qui sera dévolu aux médecins libéraux dans une telle situation, l'URML Ile-de-France s'est dès novembre 2005, engagée dans l'écriture et la mise en œuvre d'un plan d'organisation de la médecine libérale face à ce risque massif^[3]. Ce plan, visant à prévenir l'exode massif des soignants de proximité face à un risque mal maîtrisé, explicite les orientations définies comme « préférables » d'organisation de la médecine libérale en terme d'information des médecins et usagers, de formation des médecins, de distribution des moyens de protection et des conditions de maintien à domicile des malades.

À l'occasion de la rencontre des Présidents des URML et du Ministre de la Santé, le 18 janvier 2006, ces préconisations ont été discutées.

Les principales requêtes de l'URML Ile-de-France ont été prises en compte, notamment :

- ▶ la livraison gratuite aux médecins libéraux des moyens de protection, qu'il s'agisse de masques ou d'antiviraux.
- ▶ l'organisation de sessions de formations à destinations de tous les médecins libéraux avant fin 2006 avec distribution à cette occasion de kits de protection. D'autres préconisations sont encore à explorer avec les services de l'État telles que :
 - ▶ la réalisation d'un système d'information en cascade répondant à un double objectif de surveillance et d'alerte : l'URML Ile-de-France souhaite depuis longtemps investir les médecins libéraux dans le domaine du recueil d'informations dans le domaine de la gestion des crises sanitaires ;
 - ▶ la mise en place d'un système d'alerte (e-mail, sms) permettant de contacter

à tout moment et dans des délais courts les médecins libéraux ;

- ▶ la mise en place d'un centre d'appel régional dédié, en phase pandémique, qui permettrait d'éviter la dispersion des libéraux sur le terrain et le recours des populations aux urgences hospitalières.

Le rôle du médecin libéral et les champs d'action des URML dans le cadre du plan de lutte pandémie grippale sont peu à peu définis et il est à souhaiter que le travail de réflexion initié depuis peu avec l'État s'amplifie ; le véritable enjeu : doter la médecine libérale d'un plan d'action opérationnel concret pour la gestion des risques massifs.

1 La grippe aviaire appelée également Influenza Aviaire ou Peste des oiseaux est une infection provoquée par des virus de type A. Le type A est subdivisé en sous-type parmi lesquels H5 et H7.

Cette infection peut toucher presque toutes les espèces d'oiseaux, sauvages ou domestiques. Elle est généralement asymptomatique chez les oiseaux sauvages, mais peut devenir fortement contagieuse et entraîner une mortalité extrêmement élevée dans les élevages industriels de poulets et de dindes, d'où le nom de peste aviaire. Ce virus peut parfois infecter d'autres espèces animales comme le porc et d'autres mammifères.

2 Plan gouvernemental de prévention et de lutte « pandémie grippale »

3 Note d'intention de l'URML Ile-de-France transmise à la DGS le 2 janvier 2006.

C'est qui ? C'est le Docteur

la visite à domicile sous l'œil de la Section Généralistes de l'URML Ile-de-France

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 notre travail sur la coordination des soins, notamment des personnes en perte d'autonomie et des personnes âgées, afin d'améliorer leur prise en charge.

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

1 578 médecins généralistes franciliens 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. Les premiers bénéficiaires de ces visites sont les personnes non-autonomes.

Opinion des médecins quant à la visite reste partagée. 57 % d'entre eux la considèrent comme une contrainte, 50 % y voient une nécessité. 87,5 % reconnaissent essayer d'en limiter le nombre.

Comme témoigne le Dr Olivier Réverdy, médecin généraliste à L'Hay 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.

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.

Les résultats

La visite à domicile aujourd'hui

- En moyenne les médecins effectuent 33 visites à domicile 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 %;
 - âge 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 prati-

ciens 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.

Propositions de la Section Généralistes

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 confiées à domicile pour raisons médicales.



**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».

De nouvelles pistes de travail pour la Section Généralistes

La Section Généralistes de l'URML-IDF a consacré 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» organisée 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»¹ 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 hôpital². 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 person-

nes. 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 prendra également en compte l'évolution de la démographie médicale et les aspirations des jeunes médecins. Elle sera réalisée avec les infirmières et dans plusieurs régions françaises.

1 Site Internet http://www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm

2 Enquête Perte d'autonomie et Acte de la Journée perte d'Autonomie sur le site www.urml-idf.org



Le Dossier Médical Personnel, aussi dans les réseaux de santé ?

En visite à l'URML Ile-de-France, le Ministre de la Santé, Monsieur Xavier Bertrand, s'est voulu rassurant et a rappelé que le DMP ne se ferait pas sans les libéraux et que les réseaux de santé constituaient un tissu existant indispensable au déploiement de ce projet ambitieux.

Cette rencontre dans le cadre des Petits déjeuners café réseaux URML Ile-de-France a permis à l'ensemble des acteurs de réseau de s'exprimer sur un projet central pour la coordination médicale.

Animé par le Dr Bernard HUYNH, ce débat aura permis à chacun de mieux percevoir les réalités de ce dossier qui est avant tout un dossier patient.

Il est bien évident que si il améliore la coordination entre acteur de la prise en charge le DMP dans sa version actuelle est assez éloigné des expériences entreprises dans les réseaux qui portaient plutôt d'un dossier communicant soignants.

Sur le principe, des médecins qui communiquent, ont rapidement accès au dossier de leur patient, partagent leurs informations, c'est utile et rassembleur. Pourtant il convient d'éviter l'écueil d'un dossier sacrifié sur l'hôtel du temps limité : Que d'un système d'information



Ci-dessus, Dr Cléry-Melin, Ci-contre, Dr Jean-Philippe Grundeler, Vice-président de l'URML et le Dr Bruno Silbermann, Président de la Section Spécialistes de l'URML.

structuré communiquant on s'oriente vers un simple document de synthèse sans véritable intérêt, hébergé à prix d'or par des industriels dont les priorités sont pour certains bien éloignées des préoccupations citoyennes et médicales.

Des conditions de succès clairement exprimées par l'URML pour la période d'expérimentation :

- un contrat explicite entre les médecins effecteurs, en charge de l'inclusion des patients, et les hébergeurs

- une coordination effective du tissu libéral expérimentateur, s'appuyant notamment sur les réseaux de santé

- une oreille attentive des industriels pour répercuter les attentes des patients et des médecins

- une rémunération des médecins participant à l'expérimentation

- une rémunération de la coordination médicale au sein des réseaux

- une réelle table ronde hébergeurs, éditeurs de logiciels médicaux et médecins permettant l'intégration des logiciels métiers à la dynamique DMP

Ces conditions de succès déjà exprimées maintes fois sont sur le principe partagées par le GIP DMP et la mission DMP du Ministère mais restent sans application pratique sur le terrain.

Dr Marc Sylvestre, élu URML, Dr Gérard Zeiger, Président de l'Ordre de Paris, Dr Olivier Aynaud, Secrétaire général de l'UNAPL.

