

LA VISITE A DOMICILE

L'ENJEU : POURQUOI, POUR QUI, COMMENT ?

PROPOSITIONS DU CMG

CONTRIBUTION



I - JUSTIFICATION DES VISITES À DOMICILE

De tout temps, la visite à domicile a fait partie intégrante de l'exercice de « l'art médical », on se rendait au « chevet du malade ». Jusqu'en 1958, même les « Professeurs » de spécialité faisaient des visites à domicile dans le cadre de leur exercice professionnel. Certains médecins n'ont débuté leur exercice qu'en exerçant des visites à domicile, n'ayant pas de « cabinet ». Progressivement, la part de la visite à domicile dans l'activité médicale va décroître au profit de la consultation.

La visite à domicile, pourquoi ?

La visite à domicile permet de prendre en charge des patients dont l'état de santé ne permet pas de se déplacer auprès d'un médecin.

Elle permet bien souvent d'éviter l'hospitalisation et favorise le maintien à domicile des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie. C'est aussi une alternative à un recours aux urgences.

Elle permet de prendre en compte des éléments médicaux et sociaux :

- L'entourage,
- L'environnement géographique et le voisinage des patients,
- La structure et l'intérieur du logement,
- L'évaluation de l'autonomie et de la dépendance,
- Et de nombreux détails, concernant les éléments de vie des patients.

La visite à domicile, pour quels patients ?

- Patients en pertes d'autonomie et alternative à l'hospitalisation,
- Patients avec handicap(s),
- Patients porteurs de pathologies lourdes (traumatisme, chirurgie, chimiothérapie, maladies neurologiques, cardio-vasculaires, etc.),
- Suites de grossesses et/ou grossesses pathologiques,
- Soins palliatifs et fin de vie,
- Urgences ?
 - Vraies
 - Ressenties

Des facteurs qui expliquent la diminution des visites

- L'amélioration des moyens de communication, en particulier des voitures particulières,
- La maîtrise des grandes infections qui ne fait plus craindre « l'épidémie »,
- L'évolution des connaissances et croyances : « tout malade devait rester alité »,
- Le développement de consultations sur rendez-vous au cabinet médical,
- L'augmentation croissante de la consommation médicale,
- Le recours spontané aux urgences,
- Le manque de temps des médecins généralistes,
- La faible rémunération d'un acte chronophage pour des patients de plus en plus complexes.

II - ÉVOLUTION QUANTITATIVE DES VISITES DANS L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (DONNÉES CNAM 2016)

Évolution du % de visites.

En France, en 2016, il y a eu :

- 24 610 014 milliards de visites effectuées par des omnipraticiens dont 22 541 659 de visites effectuées par des médecins généralistes ;
- 252 145 104 milliards de consultations par des omnipraticiens dont 237 257 370 par des médecins généralistes.

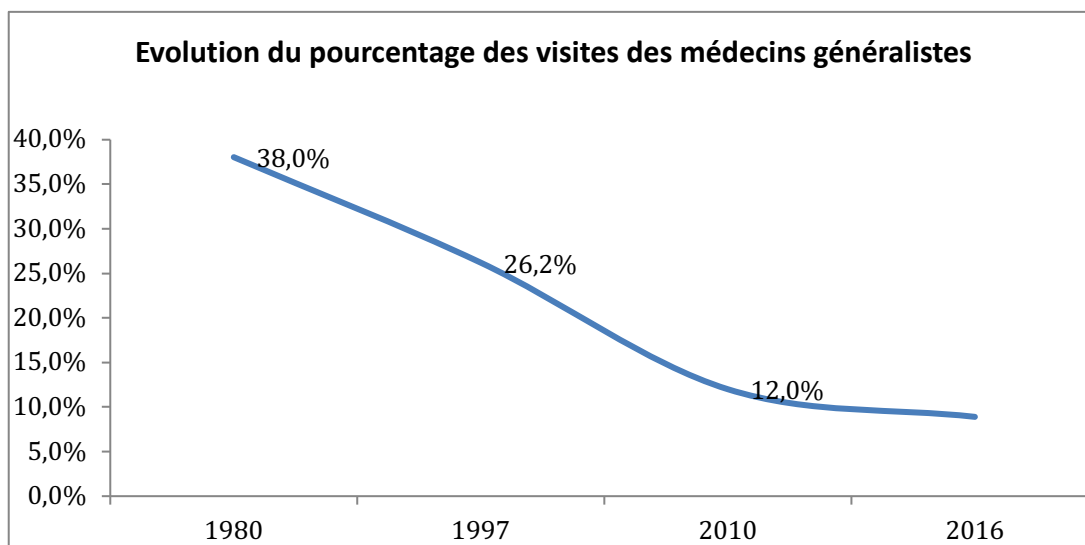
Le pourcentage de visite par rapport au total des actes (V/V+C) est de 9 % pour les visites effectuées par les médecins généralistes et les omnipraticiens (omnipraticiens = MG+MEP).

En 2016, les visites représentent 9 % des actes des médecins généralistes en France.

Il y a une évolution du pourcentage de visites depuis 1980.

(Références : CNAM 2016 et Rapport sur la visite à domicile, S Gilberg 2000) :

- 38% en 1980
- 26,7 % en 1997
- 12 % en 2010
- 9 % en 2016



On observe donc une baisse d'environ 30% du nombre des visites à domicile en valeur absolue, en moins de 40 ans.

III - QUI FAIT LES VISITES ?

En France, en 2016, parmi les médecins généralistes actifs et au niveau national, les résultats sont les suivants :

- 96 % des médecins ont pratiqué au moins une visite à domicile sur l'année 2016,
- 65 % des médecins pratiquant des visites à domicile sont des hommes,
- 15 % sont âgés de 30 à 39 ans ; 17 % sont âgés de 40 à 49 ans ; 33 % sont âgés de 50 à 59 ans et 31 % sont âgés de plus de 60 ans,
- 65 % pratiquent plus de 150 visites à domicile par an,
- 18 % de 50 à 150 par an,
- 15 % moins de 50 visites par an.

On peut donc remarquer que la plupart des médecins généralistes font des visites à domicile (VAD).

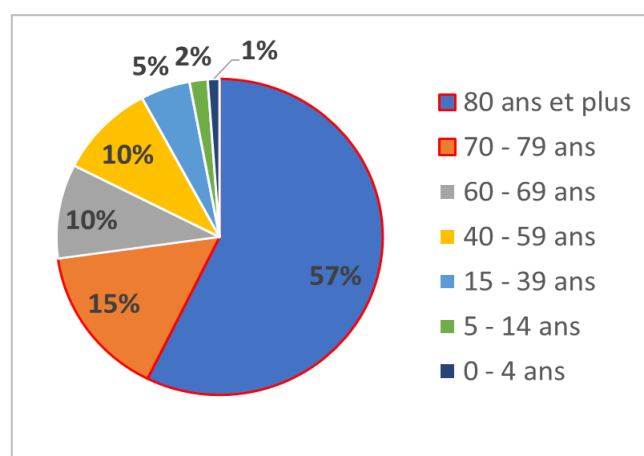
Les plus jeunes en font moins, mais ils représentent une partie plus faible du nombre de médecins et on peut imaginer que leur clientèle est plus jeune.

IV - QUI BÉNÉFICIE DES VISITES ? (DONNÉES CNAMTS 2016)

En considérant les 24 610 014 visites effectuées par des omnipraticiens.

Répartition des patients par tranche d'âge ayant reçu au moins une visite en 2016

0-4 ANS	165 143
5-14 ANS	270 040
15-39 ANS	654 412
40-59 ANS	858 932
60-69 ANS	647 252
70-79 ANS	837 306
80 ANS ET PLUS	2 200 023



Les patients de plus de 80 ans bénéficient de 57 % des VAD.

Les patients à partir de 70 ans bénéficient de 72% des visites.

Selon le statut ALD :

- 16 420 060 (67%) sont faites pour des patients ALD,
- 8 189 954 (33%) pour les patients non ALD.

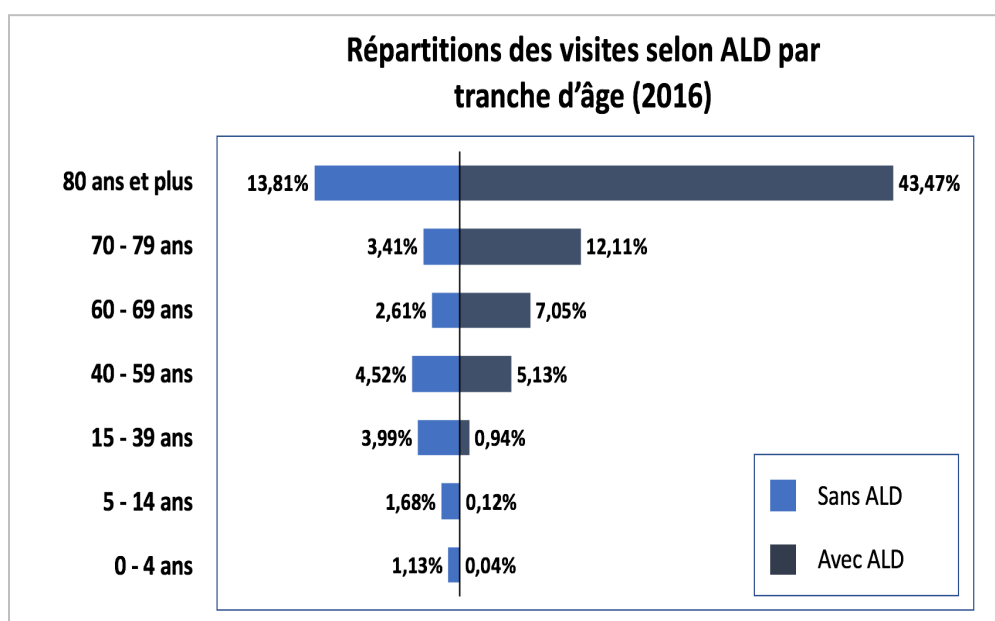
Selon l'âge et le statut ALD :

En ALD :

- - ≥ 70 ans : 13 195 165 visites soit 54 %
- - ≥ 80 ans : 11 315 626 visites soit 42%

Sans ALD :

- - ≥ 80 ans : 3 373 272 visites soit 14%
- - < 70 ans : 3 224 885 visites soit 13 %
- - ≥ 80 ans avec ou sans ALD : 13 688 898 visites soit 56 %
- - ≥ 70 ans avec ALD + 80 ans sans ALD : 16 568 437 visites soit 67 %



- 16 420 060 visites (67 %) sont faites pour des patients en ALD,
- 56 % des visites sont faites pour des patients ≥ 80 ans,
- 67 % des visites sont faites auprès des patients ≥ 70 ans et ≥ 80 ans qui ne sont pas en ALD.

- Il y a 8 millions de visites pour des patients non ALD :
 - Parmi eux 3,3 millions pour des patients de plus 80 ans chez qui la visite est peut-être justifiée.
 - On peut s'interroger sur la justification et le remboursement de près de 4,8 millions de visites pour des patients de moins de 80 ans qui ne sont pas en ALD. Certes il y a probablement parmi ces visites un nombre d'urgences et de justifications de non-déplacement mais cela mérite d'être évalué.

Les visites en Urgence

Il y a eu seulement 452 112 MU (Majoration d'Urgence) cotées par les omnipraticiens en 2016. Cela représente 1,8 % des visites. Leur faible nombre peut être justifié par le fait qu'elles sont non programmées et donc difficiles à concilier avec l'emploi du temps d'un médecin. De plus, l'association « SOS Médecins » est souvent devenue un premier recours en urgence. En 2016, ces médecins ont effectué 2,5 millions de visites à domicile. Cela représente plus de 10 % des visites à domicile effectuées en France¹.

V - QUEL AVENIR POUR LES SOINS À DOMICILE ?

Propositions de périmètres pour les visites à domicile des médecins.

➤ Priorité 1 : identifier les visites « indispensables » ou « justifiées ».

Il reste indispensable que les médecins généralistes continuent à prendre en charge une grande partie des visites. Ces visites sont celles qui permettent le maintien au domicile et la diminution du recours à l'hospitalisation en fréquence et en durée.

Elles concernent essentiellement les patients peu mobilisables en raison de leur âge et/ou de leur état de santé.

Il faut lister les patients qui peuvent/doivent en bénéficier :

- Sortie (précoce) d'hôpital. Les Majorations MSH ou MIC ne peuvent être cotées qu'une fois et ne permet pas de compenser le temps passé.
- Patients âgés isolés ou dépendants : en fonction de l'âge (≥75, 80 ans ?), du type d'ALD ? de la grille GIR ? Ces conditions sont celles qui autorisent actuellement la prise en charge du transport du patient.
- Les « urgences » supposées qui nécessitent l'examen rapide par un médecin et qui évitent le recours aux urgences et/ou le déplacement d'un SAMU.

Combien de visites seraient « indispensables » ?

- 16, 4 millions de visites en ALD ?
- 33, millions de visites de plus de 80 ans non ALD ?
- 16, 5 millions de visites pour les patients ≥ 70 ans et ≥ 80 ans qui ne sont pas en ALD.
- Les visites d'urgences : 452 112 MU (Majoration d'Urgence) cotés par les omnipraticiens en 2016.

Il faudrait :

- Préciser parmi les 16,5 millions de visites, combien sont effectuées par réelle nécessité ou par l'absence de moyens de transport et/ou « commodités » des patients et/ou des médecins.
- Affiner les données sur les pathologies dont souffrent ces patients et leur degré d'autonomie.

➤ Priorité 2 : la rémunération incitative pour la visite justifiée.

Une fois le périmètre de ces visites identifié, il faut rémunérer ces visites à leur juste valeur.

Il faut que la lettre clé soit adaptée et réservée aux médecins traitants (associés et remplaçants inclus) qui assurent une plus-value par la connaissance du patient et la garantie de continuité des soins.

Comme le montre les résultats des données de la CNAM, les médecins généralistes continuent de faire des visites à domicile. Les jeunes médecins généralistes semblent convaincus de son utilité, mais aussi de la nécessité de les réserver aux patients qui en ont vraiment besoin et que le temps qui y est consacré soit rémunéré de façon adaptée. A défaut il y a un risque que les médecins généralistes se détournent de la visite.

¹ Source : présentation de SOS Médecins. Session visite à domicile. CMG 2017

Cela serait un frein au maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes et un risque de recours majoré aux urgences hospitalières.

Une thèse de médecine publiée en 2017² étudie la perception des internes en Picardie sur la visite à domicile et sa place dans l'offre de soins.

Pour les internes interrogés, la visite à domicile fait partie intégrante de l'activité du médecin généraliste et elle est source d'informations importantes sur le patient et apparaît donc nécessaire et indispensable. Toutefois, les médecins souhaitent réserver cet acte uniquement aux cas médicalement justifiés.

On retrouve cette même idée de maîtriser les indications des visites à domicile et à les limiter aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la thèse de A.L. Dufour³ publiée en 2017.

Dans ces deux thèses, si les internes estiment la visite chronophage, ils reconnaissent son caractère indispensable.

Cependant, la faible rémunération, dans un contexte de crise démographique est un facteur dissuasif.

La visite à domicile n'est rémunérée que de 10 euros de plus que la consultation pour un temps estimé de la visite à domicile au moins double par rapport à la consultation⁴.

Les évolutions de la nomenclature (MU, VL, MSH, MIC) permettent certes une meilleure rémunération. Mais cela correspond à des circonstances particulières, qui nécessitent encore plus de temps, ne couvrent pas les 16 millions de visites évoquées, et sont irrégulièrement cotées par les médecins qui redoutent la rigidité de ce cadre.

La mise en place de la visite longue a posé un tarif de 60€ auquel s'ajoutent les frais de déplacement.

⇒ *La Visite justifiée du médecin traitant n'est plus jamais une visite « de confort » d'un patient susceptible de se déplacer par ses propres moyens. Cette visite justifiée est désormais toujours une « Visite Longue » et doit être rémunérée sur la même base.*

Délégation de soins et infirmières de pratique avancées.

Une piste de plus en plus souvent évoquée pour lutter contre « les déserts médicaux » et le manque de VAD, est la délégation de certaines tâches à des infirmières en pratiques avancées. Leur développement a été marqué par la volonté des gouvernements de répondre à la demande de soins de la population, dans un contexte d'accès limité aux médecins. Par la délégation de certaines tâches, un médecin transfère des actes techniques ou cliniques, mais il en garde la maîtrise, en particulier en termes de responsabilité juridique.

Il faut pour cela former ces infirmières, mettre en place les structures et protocoles de collaboration et évaluer l'impact sur le nombre de visites des médecins et la qualité des soins prodigués aux malades.

Il est bien sur envisageable qu'une partie des visites des médecins qui relèvent aujourd'hui des 16,5 millions de visites soient assurées, à terme par des infirmières, souvent en lien avec des médecins.

Pour autant il sera toujours nécessaire que des médecins se déplacent au chevet du patient.

La Télémédecine

La télémédecine est parfois présentée comme une alternative à la visite à domicile.

Si elle peut servir de « téléconseil » et/ou de régulation, il est évident qu'elle ne permet pas de répondre aux objectifs explicités au chapitre 1. L'un des intérêts majeurs des visites à domicile est de voir le patient dans son environnement, pour une approche plus globale.

² (KHAM A.M. Les visites à domiciles : « Quelle place dans l'organisation des soins de demain : perception des internes en médecine générale et des patients picards » (Université de Picardie 2017),

³ « La visite à domicile : encore d'actualité ? Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes. (Université de Lyon 1. 2017)

⁴ (Tonnellier, F. Le médecin de campagne, ou l'ambiguïté des symboles. Les Tribunes de la santé 2009/2 (n° 23), pages 57 à 63.

La relation et l'intimité qui se crée au domicile permet d'établir un projet de soin centré sur le patient qu'on imagine moins par écran interposé.

Des expériences débutent pour faire intervenir des infirmières à domicile en lien avec le médecin par télémedecine. Il semble possible que cela puisse permettre de réduire le nombre de visites de médecins, en tout cas de déplacements. Cela représente un outil dans la collaboration entre professionnels de santé. Cette collaboration induira une « double facturation », médecins + autre professionnel.

Induira-telle un nombre de contacts, donc d'actes plus fréquents ? Ces expériences nécessitent d'être évaluées.

La problématique des transports

Déplacer le docteur ou déplacer le patient ?

Une partie des visites est en effet induite par l'absence de moyens de transport du patient.

Quelle solution proposer ?

Il existe plusieurs moyens de faire venir le patient au cabinet, qui pourrait permettre au médecin d'espacer ses visites pour un patient donné :

- La prescription médicale de transport détermine le cadre légal de la prise en charge de ces transports. Lorsque le médecin traitant pense que le transport est possible, voire souhaitable pour pouvoir bénéficier de l'infrastructure favorable du cabinet, celui-ci peut établir une prescription médicale de transport vers son cabinet sous réserve que le patient soit en ALD et a besoin d'une aide au déplacement pour des raisons physiques ou psychiques. Pour ces patients, le médecin traitant peut donc choisir s'il se déplace au domicile ou s'il propose de déplacer le patient. Faire la promotion de cette possibilité méconnue des médecins permettrait de dégager du temps médical et limiterait le nombre des visites justifiées pouvant alors s'inscrire dans le cadre des « visites longues ». (Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la Sécurité Sociale).
- Dans certaines agglomérations, il existe des initiatives locales pour le transport des patients.
- On pourrait imaginer des services municipaux de transport de patients, moins cher que des transports médicaux pour les patients âgés n'ayant pas de moyen de locomotion personnel, ou encore des associations reposant sur la solidarité entre concitoyens.

VI - CONCLUSION

La France demeure un pays où la pratique de la VAD reste encrée dans les mœurs, puisqu'elle représente 9 % des actes des médecins généralistes. Contrairement à une idée répandue, la plupart des médecins réalisent encore des visites à domicile. Ces visites ciblent majoritairement les patients âgés, dépendants et fragiles.

Toutefois, on constate une réelle amertume des médecins généralistes quant à la pratique de la visite à domicile, dominée en premier lieu par le manque de rentabilité de cette dernière : la rémunération est jugée trop faible par rapport à la conjugaison de la durée de la consultation et du transport inhérent à ces visites à domicile. Il paraît indispensable de recentrer l'énergie des médecins généralistes sur les visites nécessaires en revalorisant l'acte de la visite afin d'augmenter son attractivité aux yeux des médecins généralistes.

Mai 2019

Coordination des travaux : Pr Serge Gilberg

RÉFÉRENCES

1. Bigot Mora. A S'y rendre ou non ? Facteurs d'influence des visites à domicile : Étude qualitative basée sur 30 entretiens de médecins généralistes du Maine et Loire. Thèse de Médecine, Faculté d'Angers. 2013
2. Liimatta I.H, LAMPELA.C, et al . Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review. European Geriatric Medicine. 2016
3. Gilberg S. Rapport sur la Justification de la visite à domicile en médecine générale. 2000 pour la commission de la nomenclature.
4. Laditka SB, Fischer M, Mathews KB, Sadlik JM, Warfel ME. There's no place like home: evaluating family medicine residents' training in home care. Home Health Care Serv Q 2002;21(2):1-17.
5. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 22 avr 2011 ;12(1) :24.
6. Kham A.M. Les visites à domicile : Quelle place dans l'organisation des soins de demain Perception des internes en médecine générale et des patients picards. Thèse de médecine. Université de Picardie. 2017. Les conditions de travail des généralistes. Portrait des professionnels de santé. 2016 DREES <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
7. Buyck, J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F., 2014, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », Études et Résultats, DREES, n° 869, février
8. Gautier E. La visite à domicile en médecine générale : opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group. Thèse de médecine générale. Université de NANTES ; 2012
9. Pompey D. Apprentissage de la visite à domicile : quels enjeux pédagogiques en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée. Thèse Médecine. Université de SAINT-ETIENNE ; 2010
10. Efstathopoulou A, David .S, Herzig .L Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Rev Med Suisse 2016 ; 12 : 1874-8
11. Yao NA, Rose K, LeBaron V, Camacho F, Boling P. Increasing Role of Nurse Practitioners in House Call Programs. J Am Geriatr Soc. 2017 Apr;65(4):847-852. doi: 10.1111/jgs.14698. Epub 2016 Dec 28.
12. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>
13. URML ILE-DE-FRANCE. La visite à domicile chez les médecins franciliens. 2005. Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
14. Journal officiel de la République française Mandature 2015-2020 – Les déserts médicaux, Avis du Conseil économique, social et environnemental présenté par Mme Sylvie Castaigne et M. Yann Lasnier, rapporteur.e.s au nom de la commission.

ANNEXES

Visites par département :

Nous avons classé les départements par pourcentage de visites à domicile :

- Les départements où il y a moins de 5 % de visites sur le total des consultations,
- Les départements où il y a entre 5 et 10 % de visites,
- Les départements où il y a entre 10 et 15 % de visites,
- Et enfin les départements où il y a plus de 15 % de visites à domicile.

L'objectif de ce découpage était d'étudier les potentielles tendances territoriales aux visites :

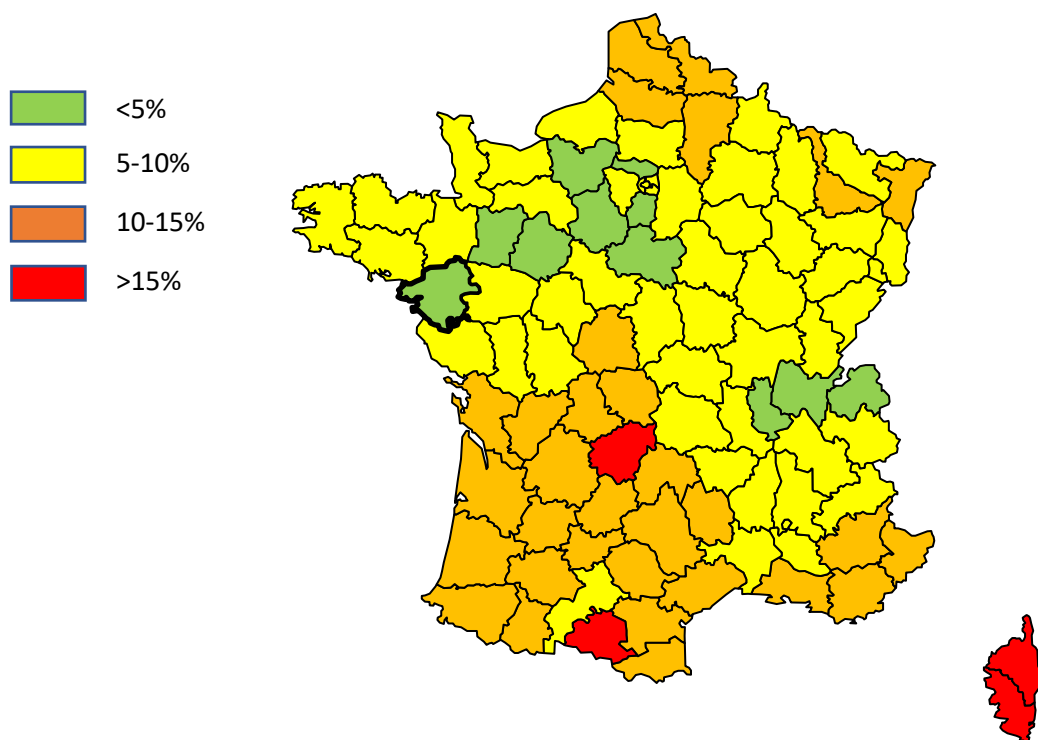
Le postulat étant que les visites à domicile étaient favorisées par un milieu rural, tandis que la proximité des lieux de consultation rendait les consultations plus naturelles pour les urbains.

On note que, dans 4 départements, il y a plus de 15 % de visites à domicile sur le total des actes :

La Corse-du-Sud, Haut-de-Corse, Corrèze et Ariège et 11 départements, en France métropolitaine, ont moins de 5 % de visites : le Val d'Oise, l'Essonne, Haut-de-Savoie, Ain, Rhône, Sarthe, Eure, Eure-et-Loir, Loire-Atlantique et Loiret.

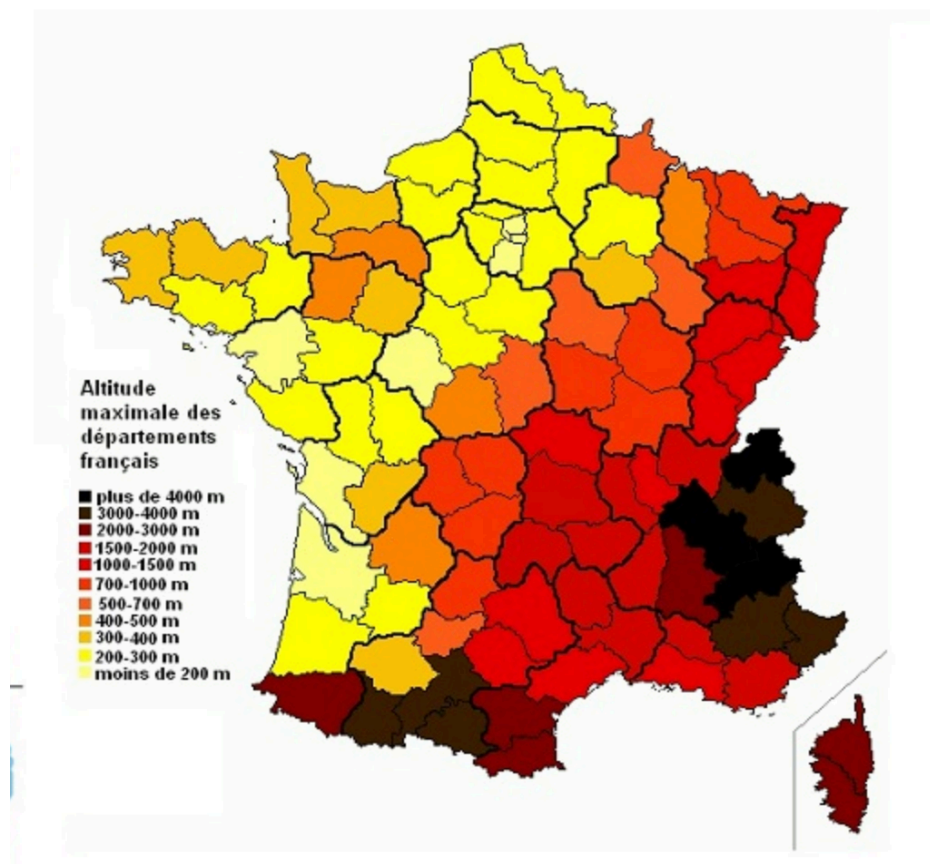
A noter qu'en Outre-Mer le pourcentage des visites est de 2,4 % avec un minimum à 0,3 % pour Mayotte et un maximum à 5,2 % pour la Martinique.

Figure 1 : Pourcentage des visites sur le nombre d'actes totaux (2016) :



A première vue, il ne semble pas y avoir d'influence de zones de reliefs géographiques : lorsqu'on regarde la carte des départements et de leur altitude et qu'on la compare à celle des visites par départements, on observe que des zones à altitudes très élevées comme la Haute-Savoie, ont un pourcentage bas de visite, mais que les Pyrénées et la Corse, zone d'altitude élevée, ont des pourcentages de visites plus élevés que la moyenne. La précision des données ne nous permet pas ici de donner de réponse définitive.

Figure 2 : carte des départements français suivant altitudes (12) :



En revanche, les 4 départements aux taux de visites les plus élevés sont dans l'imaginaire collectif des départements peu peuplés :

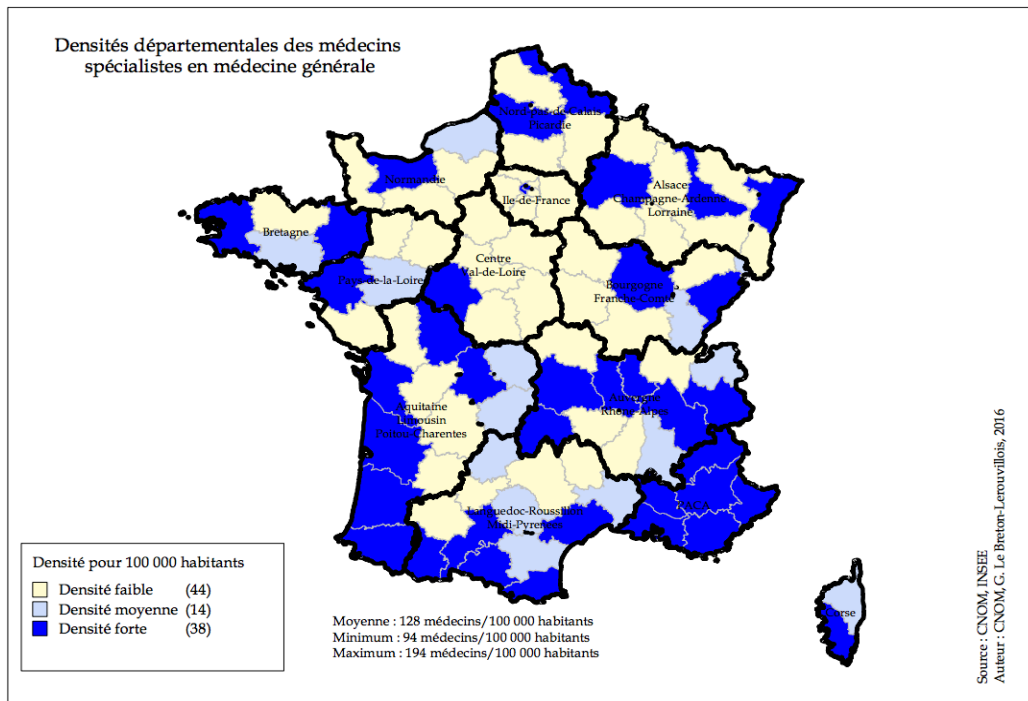
Corse-du-Sud, Haut-de-Corse, Corrèze, Ariège. Lorsque l'on vérifie leur démographie auprès de l'INSEE, on trouve qu'ils sont respectivement le 2^{ème}, 5^{ème}, 7^{ème} et 21^{ème} département les moins peuplés de France.

Si l'on se penche sur la densité médicale dans ces départements, il n'y a pas de corrélation exacte mais il s'agit de département avec une densité médicale moyenne à forte.

Si l'on regarde à présent si la corrélation inverse se vérifie en s'intéressant aux départements où il y a moins de 5 % de visite, on remarque que les résultats sont moins probants.

Cependant, ces départements restent dans le tiers le plus peuplé. Quant au lien avec la densité médicale, il est plus juste : il s'agit de départements avec une densité médicale faible excepté pour les départements du Rhône, de Haute-Savoie et de Loire-Atlantique.

Figure 3 : Densité médicale par département, source : INSEE (14) :



Les 7 plus grandes métropoles françaises sont, dans l'ordre décroissant : Paris, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Lille et Nice. Si on regarde les résultats correspondant à leur département (Paris, Rhône, Bouches-du-Rhône, Haut-de-Garonne, Gironde, Nord et Alpes-Maritimes), on peut observer les résultats suivants :

En valeur absolue, il s'agit des départements où il y a le plus grand nombre de consultation.

Concernant le nombre de visites, le trio de tête français correspond au Nord, aux Bouches-du-Rhône et à la Gironde. Les Alpes-Maritimes se classent en 6^{ème} position, les Hauts-de-Garonne en 8^{ème}, Paris en 13^{ème} et le Rhône en 30^{ème}.

Tous ces départements ont une densité médicale supérieure à la moyenne nationale. En proportion du total des actes réalisés, le département du Rhône a un taux de visite à domicile inférieur à 5% (4,7%) ; le pourcentage parisien se situe à 5,9%.

Si l'on analyse plus finement ces données, en regardant les 10 départements aux extrêmes des tableaux précédemment réalisés en renseignant plus en détail la population, on obtient les tableaux ci-dessous :

Tableau 4 : Les dix départements avec le plus fort taux de VAD :

Département	V/(C+V)	Densité médicale	% populations âgées (plus de 60 ans)	Dont % > 80 ans
Corse-du-Sud	19,7	85,3	30,4	12
Haut-de-Corse	16,9	83,1	29,2	11
Corrèze	15,9	70	34,3	13,1
Ariège	15,1	92,6	33,5	12,5
Creuse	14,8	89,5	38	15
Cantal	14,7	86,8	35,8	13,7
Pyrénées-Atlantiques	14,3	94,9	30,1	11,6
Gironde	13,9	97,6	24,5	8,5
Haute vienne	13,8	104,2	30,9	11,6
Pyrénées orientales	13,8	106,8	32,1	12,3

Tableau 5 : Les dix départements où il y a le moins de visites.

Département	V/(C+V)	Densité médicale	% populations âgées (plus de 60 ans)	Dont % > 80 ans
Haute-Savoie	3,4%	84	21,8	7,4%
Ain	3,5%	60	23,5%	8%
Eure et Loire	4%	57,6	26,5%	9,4%
Eure	4,3%	62,5	25,2%	8,4
Loire Atlantique	4,6%	80,3	23,5%	8,2%
Sarthe	4,6%	63,6	28%	10,4%
Rhône	4,7%	75,6	21,6	8,1
Mayenne	4,7%	62	28,1	10, 9
Loiret	4,8%	63,3	25,8	9,2
Essonne	4,8%	56,4	19,9	6,9

Chiffres permettant la lecture de ces deux tableaux

Densité médicale moyenne en France : 79,4 (pour 100 000 habitants).

Population de plus de 60 ans en France métropolitaine : 25,9 %, dont 8,3 % de plus de 80 ans (en 2018).

Sur ces deux tableaux on remarque que :

- Un pourcentage de visite supérieur à la moyenne française est influencé par une proportion de personnes âgées bien plus élevée que la moyenne nationale (exception faite de la Gironde).
- Au sujet de la densité médicale, pour les départements avec le plus de visites, la densité y est plus élevée que la moyenne nationale (excepté pour la Corrèze). Pour les départements avec le moins de visites, il s'agit de département avec une densité médicale plus faible que la moyenne nationale (à l'exception de la Haute-Savoie et de la Loire-Atlantique). Les DOM-TOM ne sont pas analysés dans ces tableaux, mais ils ont une moyenne de VAD nettement inférieure à la moyenne nationale. Il en va de même pour leur densité médicale.

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du Code de la Sécurité Sociale

NOR : SANS0624760A

Le Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Vu le code de la santé publique ; Vu le code de la Sécurité Sociale, notamment son article R. 322-10-1 ; Vu l'avis du conseil de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés en date du 24 mai 2006 ; Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 18 mai 2006,

Arrête : Art. 1er. – Un transport par ambulance peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Art. 2. – Un transport assis professionnalisé mentionné au 2o de l'article R. 322-10-1 peut être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit qui présente au moins une déficience ou incapacité suivante :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule. Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Art. 3. – Lorsqu'un transport mentionné à l'article 1er ou à l'article 2 ne peut être prescrit, seul peut être prescrit un moyen de transport mentionné au 3o de l'article R. 322-10-1.

Art. 4. – Le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 décembre 2006.

Philippe Bas.