



ÉTUDES et RÉSULTATS

mai 2024
n° 1301

Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients

La disponibilité des médecins généralistes pour répondre aux demandes des patients diffère selon leur mode d'organisation. Selon le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES, en 2018-2019, les médecins généralistes exerçant en groupe déclarent plus fréquemment refuser de nouveaux patients en recherche d'un médecin traitant que leurs confrères exerçant seuls (58 % contre 49 %). C'est le cas également pour le refus de patients occasionnels en demande de soins (52 % contre 37 %) et pour l'augmentation des délais de rendez-vous (61 % contre 45 %). Cependant, une fois prises en compte les caractéristiques des médecins et de leur lieu d'installation, les médecins généralistes qui exercent en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ne diffèrent pas dans leurs pratiques de ceux exerçant seuls : les MSP sont plus souvent situées dans des zones peu dotées en médecins généralistes où l'ensemble des médecins, quel que soit leur mode d'organisation, déclarent une disponibilité moindre.

Les médecins exerçant seuls déclarent également plus souvent être organisés à titre individuel de façon à prendre en charge systématiquement les demandes de soins non programmés (demandes de consultations pour le jour même ou pour le lendemain) : c'est le cas de 44 % des médecins seuls, contre 32 % pour les médecins en groupe. Ces derniers peuvent toutefois s'appuyer sur une organisation collective : 49 % déclarent que les demandes de soins non programmés peuvent systématiquement être prises en charge via une organisation collective, notamment lorsqu'ils exercent en MSP (61 %).

Myriam Biais (Cesp), Matthieu Cassou (Irdes, DREES) et Carine Franc (Inserm, Irdes)

Dans le contexte actuel de baisse de la démographie médicale, en particulier pour les médecins généralistes (Anguis, *et al.*, 2021), la problématique de l'accès aux soins sur tous les territoires constitue un véritable défi. Les dynamiques de réorganisation de l'offre en soins primaires

et l'exercice coordonné sont ainsi fortement encouragés par les politiques publiques. La mutualisation de la permanence des soins entre confrères et consœurs d'un même groupe, le partage des dossiers médicaux et, plus largement, d'un système d'information, ou encore le fait d'avoir élaboré un



Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)



- projet de santé constitutif d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) et comptant le plus souvent un volet sur l'accès aux soins, sont autant de moyens favorisant une amélioration des conditions d'accès aux soins pour les patients (**encadré 1**). Pourtant, malgré le constat aujourd'hui établi d'une généralisation de l'exercice regroupé au sein des médecins généralistes (Chaput, *et al.*, 2019) et d'un développement rapide des structures d'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Bergeat, *et al.*, 2022], l'effet de ces dynamiques quant à la disponibilité des médecins pour les patients du territoire reste peu documenté.

Le premier volet du quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale intègre des questions permettant d'analyser, face au contexte de baisse de la démographie médicale, si les différents modèles de regroupement sont associés à des pratiques spécifiques dans la réponse à la demande des patients (refus d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant, refus de consulter des patients occasionnels [patient non médecin traitant], augmentation des délais de rendez-vous) et dans l'organisation de l'activité (prise en charge systématique des demandes de soins non programmés [SNP]). La vague d'enquête mobilisée a été conduite entre octobre 2018 et avril 2019 (**encadré 2**). À cette date, 38 % des médecins généralistes exerçaient seuls et 62 % en groupe, dont 12 % en MSP (**encadré 2, définitions**).

Des refus plus fréquents de nouveaux patients en tant que médecin traitant de la part des médecins en groupe monodisciplinaire

Face à l'évolution de la démographie médicale, une majorité de médecins sont amenés à adapter leurs pratiques pour mieux répondre aux sollicitations de leurs patients. Une première modification peut passer par le refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant (54 % des médecins de l'échantillon¹ en 2019). Il semble, à première vue, exister des différences de pratiques entre les modèles d'exercice en groupe, puisque 49 % des médecins

exerçant seuls, contre 59 % de ceux exerçant dans un groupe monodisciplinaire et 58 % de ceux exerçant dans un groupe pluriprofessionnel (hors MSP), refusent de nouveaux patients en tant que médecin traitant [**tableau 1**]. Toutefois, en étudiant les caractéristiques des médecins exerçant dans chacun de ces modèles d'exercice, il s'avère que ces différences sont essentiellement liées à des variations de profils des médecins eux-mêmes. En particulier, les médecins généralistes exerçant en groupe pluriprofessionnel sont à la fois plus jeunes et plus fréquemment installés dans des territoires sous-dotés en soins généralistes. Or 59 % des 30-40 ans déclarent refuser des patients en tant que médecin traitant, contre 51 % de ceux de 60 à 70 ans, et 63 % des généralistes pratiquant en zone sous-dotée déclarent refuser des nouveaux patients en tant que médecin traitant, contre 47 % dans les zones les mieux dotées (**graphique 1**). En prenant en compte toutes ces spécificités, les analyses « toutes choses égales par ailleurs » montrent, en définitive, que seul l'exercice en groupe monodisciplinaire est significativement associé à une probabilité plus élevée que le médecin déclare être amené à refuser des nouveaux patients en tant que médecin traitant (**tableau 2**).

Les médecins en groupe sont plus fréquemment amenés à refuser des patients occasionnels ainsi qu'à allonger les délais de rendez-vous

Presque la moitié des médecins (46 %) déclarent être amenés à refuser de recevoir des patients occasionnels (dont ils ne sont pas le médecin traitant). Si cela ne concerne qu'un peu plus du tiers des médecins généralistes exerçant seuls (37 %), c'est le cas de 59 % de ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins (55 %) déclarent être contraints d'allonger les délais de rendez-vous avec, là encore, des différences qui semblent apparaître selon le modèle d'exercice (45 % pour les médecins seuls et 63 % pour ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel non MSP) [**tableau 1**].

Encadré 1 Méthode

Pour étudier les liens entre les différentes dimensions de la disponibilité et le modèle d'exercice des médecins généralistes, des régressions logistiques ont été menées. Sans pouvoir prendre en compte toutes les spécificités et motivations des médecins, elles visent à mieux distinguer ce qui relève des modèles d'exercice choisis par ces médecins, de leurs profils socio-démographiques et du contexte territorial dans lequel ils exercent. La disponibilité des médecins peut être appréhendée à travers de nombreux déterminants, comprenant aussi bien le temps de travail que le médecin est disposé à effectuer, la flexibilité de celui-ci pour absorber des demandes supplémentaires, ainsi que l'importance des sollicitations et des attentes auxquelles il est confronté. Ainsi, en plus du temps de travail hebdomadaire déclaré par les médecins, plusieurs variables de contrôle connues pour influencer l'offre de soins ont été intégrées aux modèles :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des médecins** telles que l'âge, le sexe, la présence ou non d'enfant(s) à charge de moins de 4 ans, si le médecin est installé depuis moins de quatre ans en 2020 et s'il a une activité secondaire en parallèle de son activité libérale. Afin de tenir compte des effets différenciés, selon le sexe, de la présence ou non d'enfant(s) à charge sur l'activité professionnelle (Erb, *et al.*, 2023 ; Mikol, Franc, 2019), une variable interagissant sexe et présence d'enfant(s) à charge de moins de 4 ans a été incluse au modèle. L'appartenance à une communauté professionnelle territoriale de

santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP) a également été prise en compte, bien qu'elle soit encore peu développée en 2019, ces autres modèles de coordination étant associés à des activités additionnelles et donc potentiellement à des temps de travail supplémentaires.

- **Les caractéristiques locales de l'offre de soins** : l'accessibilité potentielle localisée (APL) pour les médecins généralistes en 2019 a été mobilisée pour prendre en compte le contexte d'offre et de demande de soins locaux (Chaput, Lefebvre-Hoang, Vergier, 2017) [un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quart de la distribution d'APL lorsque la population de ce territoire fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes]. La proximité avec un service hospitalier d'urgence a plus particulièrement été utilisée pour tenir compte des alternatives locales pour la prise en charge des soins non programmés (SNP) et a été définie selon trois niveaux de proximité : présence sur la commune, pas de présence sur la commune mais présence dans le territoire de vie-santé (TVS) et, enfin, pas de présence de service d'urgence dans le TVS. Les résultats sont robustes, notamment à des contrôles plus fins de caractéristiques de l'offre locale et à l'utilisation ou non des poids de représentativité de l'échantillonnage.

Ces analyses s'appuient sur des méthodes d'estimations des erreurs standards robustes à l'hétéroscédasticité et aux interdépendances entre médecins d'un même TVS.

1. Des écarts minimes peuvent être constatés par rapport aux résultats de Chaput, *et al.* (2020). Ils sont liés à une différence de champs d'étude (**encadré 1**). Les résultats mobilisés ici sont par ailleurs ceux de la première vague de l'enquête, passée en 2018-2019 et qui intégrait un module dédié aux soins non programmés, et non ceux de la vague la plus récente, du printemps 2022, publiés en mai 2023 (Davin-Casalena, *et al.*, 2023).

Encadré 2 Source, champ et définitions

Source

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France entière, hors Mayotte, par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, parmi les 44 912 installés au 1^{er} janvier 2018, ayant au moins 200 patients inscrits médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur).

La première vague d'enquête s'est déroulée entre octobre 2018 et avril 2019, par internet et par téléphone. Au total, 3 077 médecins ont été interrogés, ce qui représente un taux de réponse de 93 % par rapport à la vague d'inclusion. Le questionnaire a été élaboré par la DREES, l'ORS Paca et l'Aix-Marseille School of Economics avec la participation de la Direction générale de l'offre de soins, la Délégation au numérique en santé (ex-Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé), la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ainsi que les partenaires habituels du Panel (ORS Pays de la Loire, URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur et URML Pays de la Loire). Il aborde les thèmes suivants : l'organisation de l'activité du cabinet, les attitudes des médecins généralistes face à la baisse de la démographie médicale, l'utilisation des outils d'e-santé et la prise en charge des soins non programmés.

Les données de l'enquête sont pondérées afin de tenir compte des sur-échantillonnages intentionnels (régions Paca et Pays de la Loire, zones sous-denses en médecins généralistes, exercice dans une MSP) et de la non-réponse. Ainsi, l'échantillon des répondants est dit représentatif de l'ensemble du champ de l'enquête selon le sexe, l'âge, le volume d'activité (en nombre d'actes), l'exercice ou non dans une région partenaire et l'exercice ou non dans une zone avec un faible accès aux soins de médecine générale. **Les analyses présentées ici sont systématiquement pondérées.**

Champ de l'étude

L'étude prend en compte les médecins généralistes enquêtés exerçant en France métropolitaine. Sont exclus des analyses, du fait des fortes spécificités des conditions d'exercice, les médecins généralistes exerçant dans les départements et régions d'outre-mer (40 répondants) et ceux exerçant uniquement avec des médecins spécialistes ou des dentistes (46 répondants). *In fine*, les analyses exploitent les réponses de 2 991 médecins généralistes.

Définitions

Le modèle d'exercice distingue les **médecins généralistes exerçant seuls** (38 % lors de la première vague de l'enquête en 2018), les médecins en groupe avec uniquement des médecins généralistes, dit en **groupe mono-disciplinaire** (32 %), et enfin ceux exerçant en groupe avec des paramédicaux (avec ou sans autres médecins, 30 %). Parmi ces derniers, certains ne se déclarant pas en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), dit **groupe pluriprofessionnel non MSP** (18 %), d'autres se déclarent en **MSP conventionnées** (12 %), c'est-à-dire en maisons de santé labellisées comme telles par les Agences régionales de santé, qu'elles aient ou pas signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) de la CNAM (52 % des MSP avaient signé l'ACI en 2018). À noter que l'ACI des MSP alloue une rémunération aux structures en contrepartie de l'atteinte d'objectifs visant, notamment, à améliorer l'accessibilité aux soins (amplitudes horaires élargies, plages dédiées aux soins non programmés, systèmes d'information partagés, etc.). Cette typologie des modes d'exercice a fait primer l'information administrative de l'appartenance à une MSP ACI puis, plus généralement, la déclaration d'appartenance à une MSP lors du questionnaire de sorte à identifier les médecins en MSP que celle-ci soit monosite ou multisite.

La disponibilité des médecins généralistes pour les patients

Dans le contexte de démographie médicale en baisse, la **disponibilité du médecin** pour les patients est appréhendée par les réponses qu'il déclare apporter à leurs sollicitations :

- 1/ le refus d'inscrire de nouveaux patients en tant que **médecin traitant** ;
- 2/ le refus de **patients occasionnels en demande de soins** (patients dont ils ne sont pas le médecin traitant) ;
- 3/ l'augmentation des **délais de rendez-vous**.

Les dispositions des médecins pour répondre favorablement aux **demandes de consultations pour le jour même ou pour le lendemain** éclairent la **prise en charge des soins dits non programmés (SNP)**, à travers les réponses de ceux déclarant :

- 4/ être organisés de façon à systématiquement prendre en charge les demandes de SNP grâce à une **organisation individuelle** (c'est-à-dire les médecins qui déclarent que la totalité de leur activité est organisée de façon à répondre à ces demandes *via* notamment la proposition de plages de consultations sans rendez-vous).
- 5/ et pour ceux exerçant en groupe, en sus, que le groupement est en mesure de systématiquement prendre en charge les demandes de SNP grâce à une **organisation collective**. À noter que cette variable est seulement renseignée pour le sous-échantillon des médecins exerçant avec des médecins généralistes, et seulement si ces derniers ne font pas exclusivement des consultations sans rendez-vous, soit pour 90 % des médecins en groupe.

Les caractéristiques des médecins s'avèrent là encore déterminantes pour bien appréhender leurs disponibilités pour la patientèle occasionnelle et l'évolution de leurs délais de rendez-vous. Se dégagent en particulier deux effets principaux : un effet générationnel et un effet de l'offre de soins du territoire. D'une part, les médecins les plus âgés, exerçant plus fréquemment seuls, refusent moins souvent les patients occasionnels (35 % des 60 ans ou plus, contre 61 % chez les moins de 39 ans). D'autre part, les médecins exerçant dans les territoires moins bien dotés en soins généralistes, où sont concentrés les médecins en groupe pluriprofessionnel (en MSP ou non), refusent plus fréquemment des patients occasionnels et déclarent également plus souvent être amenés à augmenter leurs délais de rendez-vous. Par exemple, 57 % des médecins exerçant dans les zones les moins dotées en médecins généralistes (premier quart de la distribution selon l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée [APL] au niveau des territoires de vie-santé) déclarent refuser des patients occasionnels, contre 42 % de ceux exerçant dans les zones les plus dotées. Ces différences traduisent probablement des disparités dans l'intensité des sollicitations faites aux généralistes plus que de réels écarts de pratiques ou de comportements. En effet, les médecins exerçant

dans les zones avec une moins bonne offre en médecine générale peuvent être sollicités par davantage de patients disposant de moins d'alternatives que dans des territoires mieux dotés.

Des différences de disponibilité entre modèles d'exercice en matière de patients occasionnels et d'allongement des délais de rendez-vous sont confirmées et précisées par les analyses « toutes choses égales par ailleurs » (*tableau 2*). En effet, par rapport aux médecins exerçant seuls, ceux exerçant en groupe monodisciplinaire et pluriprofessionnel (hors MSP) déclarent significativement plus fréquemment refuser des patients occasionnels et allonger leurs délais de rendez-vous. Concernant les médecins en MSP, en revanche, ces pratiques ne s'avèrent pas significativement différentes de celles des médecins exerçant seuls. Ce résultat peut étonner sachant qu'une amplitude d'ouverture de 8 h à 20 h est inscrite dans le cahier des charges des MSP ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et, plus largement, que l'accès aux soins peut constituer une dimension forte du projet de santé constitutif d'une MSP (avec adhésion à l'ACI ou non). Toutefois, si le maintien de telles amplitudes horaires témoigne d'une disponibilité accrue de ces structures – à lier avec l'exercice regroupé –, celles-ci

Tableau 1 Modèle d'exercice et disponibilité des médecins généralistes selon le profil socio-démographique et le contexte territorial

En %

	Tous	Exerçant seul	En groupe monodisciplinaire	Groupe pluriprofessionnel non MSP	En MSP (ACI ou non)
	100 %	38 %	32 %	18 %	12 %
Âge moyen (en années)	53	58	51	49	49
Femme	39	28	47	46	40
Présence d'au moins un enfant de moins de 4 ans dans le foyer	13	5	15	19	18
Engagement dans une CPTS et/ou une ESP	14	9	8	9	57
Durée d'installation inférieure à quatre ans	5	3	5	8	10
Avec une activité secondaire	23	21	21	26	31
Proximité avec un service d'urgence en 2019					
Présence d'un service d'urgence dans la commune	34	37	38	31	21
Présence d'un service d'urgence dans le TVS en l'absence d'urgences dans la commune	11	9	11	12	16
Absence d'urgence dans la commune ou le TVS	55	54	52	57	63
APL au MG dans le TVS d'exercice en 2019					
1 ^{er} quart ¹ (accessibilité la plus faible)	19	19	16	17	27
2 ^e quart	22	22	20	23	30
3 ^e quart	28	28	27	27	27
4 ^e quart (accessibilité la plus élevée)	32	32	37	33	15
Pratiques des médecins face à la baisse de la démographie médicale					
Est amené(e) à refuser des nouveaux patients MT	54	49	59	58	53
Est amené(e) à refuser des patients non MT en demande de soins	46	37	49	59	47
Est amené(e) à augmenter les délais de rendez-vous	55	45	59	63	61
Prise en charge des SNP via des consultations sans rendez-vous et/ou via une organisation personnelle...					
... quotidiennement	80	80	79	81	82
... systématiquement	37	44	32	32	33
Sous-échantillon « en groupe avec des MG » via une organisation collective sur son lieu d'exercice (parmi les MG en groupe)...					
... systématiquement	49	-	45	48	61
... occasionnellement	74	-	71	75	83
Part des médecins en groupe disposés à prendre en charge les SNP systématiquement, que ce soit via leur organisation collective ou individuelle	58	-	54	56	70
Temps de travail					
Nombre d'heures travaillées lors d'une semaine ordinaire	55	57	52	53	55

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; ESP : équipe de soins primaires ; TVS : territoire de vie-santé ; MG : médecin généraliste ; MT : médecin traitant ; SNP : soins non programmés.

1. TVS dont la population fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

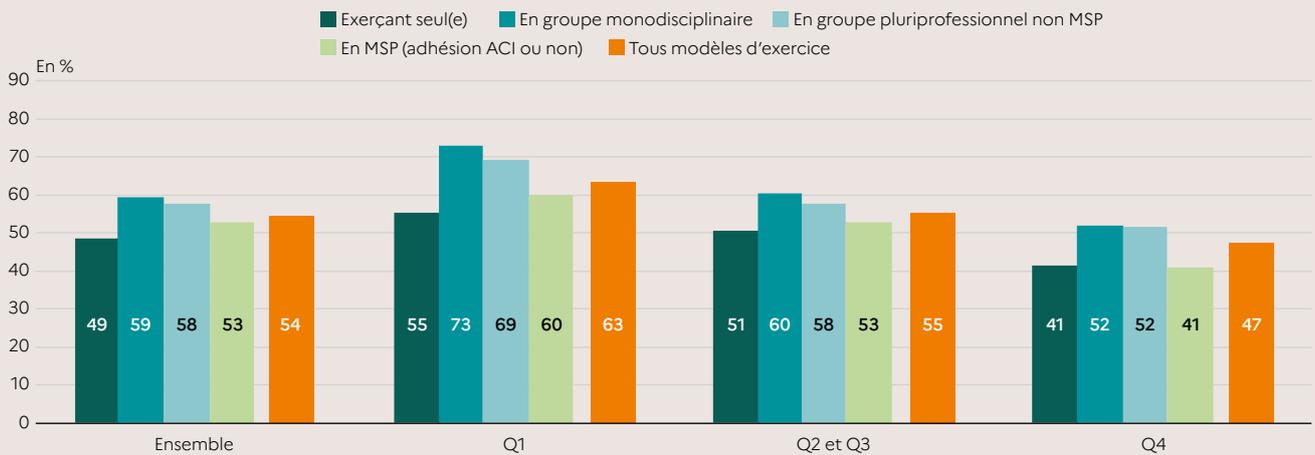
Lecture > 46 % de l'ensemble des médecins déclarent refuser des nouveaux patients occasionnels en demande de soins, contre 37 % des médecins exerçant seuls.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine.

Source > DREES, Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018 et avril 2019.

> *Études et Résultats* n° 1301 © DREES

Graphique 1 Part des médecins généralistes déclarant être amenés à refuser des nouveaux patients en tant que médecin traitant



MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; ACI : accord conventionnel interprofessionnel.

Q1 à 4 : distribution d'accessibilité potentielle localisée. Le premier quart (Q1) correspond aux 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes et le 4^e (Q4) aux 25 % les mieux dotés en médecins généralistes.

Lecture > 49 % des médecins exerçant seuls déclarent refuser d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant, c'est 55 % des médecins exerçant seuls dans les territoires du 1^{er} quart d'accessibilité potentielle localisée (APL) avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine.

Source > DREES, Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018 et avril 2019.

> *Études et Résultats* n° 1301 © DREES

sont peut-être aussi mieux identifiées, et donc plus sollicitées par les patients en recherche de solutions de soins ponctuelles de sorte que, *in fine*, les refus n'y soient pas moins fréquents.

La présence d'enfant(s) à charge de moins de 4 ans est associée à des différences de disponibilité différenciées selon le sexe du médecin : par rapport aux autres médecins, les médecins hommes avec des enfants en bas âge augmentent moins fréquemment leurs délais de rendez-vous et refusent moins souvent d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant et de recevoir de nouveaux patients occasionnels. Parmi les médecins sans enfant en bas âge, une moindre disponibilité des médecins femmes, par rapport aux médecins hommes, à prendre de nouveaux patients en tant que médecin traitant et recevoir de nouveaux patients occasionnels est aussi observée, mais de façon beaucoup moins marquée². Ces effets font écho à la littérature sur l'offre et les conditions de travail (Erb, et al., 2022). Néanmoins, l'effet du genre est moins déterminant que pour d'autres dimensions de l'offre de soins des médecins telles que leur temps de travail (Mikol, Franc, 2019 ; Biais, et al., 2024).

En complément, les médecins exerçant dans des communes disposant d'un service d'urgence refusent plus souvent de se déclarer médecin traitant pour un nouveau patient et de recevoir un patient occasionnel « toutes choses égales par ailleurs », comparativement aux médecins n'ayant pas de service d'urgence ni dans leur commune ni sur leur territoire de vie-santé (tableau 2).

Les médecins en groupe, et plus particulièrement ceux en MSP, s'appuient surtout sur le collectif pour la prise en charge des soins non programmés

Les médecins en groupe, quelle que soit la nature du groupe, sont moins d'un tiers à déclarer être en mesure de prendre en charge systématiquement les demandes de soins non programmés (SNP) [définis comme les demandes de consultations pour le jour même ou pour le lendemain] via une organisation individuelle, un écart

de plus de 10 points avec les médecins exerçant seuls (32 % pour les médecins en groupe contre 44 % pour les médecins exerçant seuls) [tableau 1]. Ils semblent plutôt s'appuyer sur le collectif pour mutualiser cette responsabilité en mettant en place une organisation à l'échelle du groupe : 49 % d'entre eux déclarent qu'une organisation collective permet la prise en charge des SNP de façon systématique, de sorte, *in fine*, que 58 % des médecins généralistes en groupe déclarent être disposés à proposer systématiquement une prise en charge des SNP via leur organisation individuelle ou collective (tableau 1).

Si près de la moitié des médecins en groupe exercent dans une structure disposant d'une organisation collective pour prendre en charge systématiquement les SNP, c'est significativement plus fréquent quand cette structure est une MSP : 61 % contre 45 % des médecins en groupe monodisciplinaire et 48 % des groupes pluriprofessionnels. Cette organisation plus systématique peut s'expliquer à la fois par les exigences du cahier des charges liées aux soins non programmés des MSP ACI, et plus largement du projet de santé des MSP qui contient souvent un volet dédié. Ces organisations peuvent prendre différentes formes : plages horaires vacantes dans les agendas des médecins, prise en charge coordonnée avec les professions paramédicales, en particulier pour le volet des visites à domicile non programmées, embauche d'un remplaçant dédié aux SNP, formation du secrétariat à la régulation des urgences... Les différences de disponibilité à l'égard des SNP ont été confirmées par les analyses toutes choses égales par ailleurs, qu'il s'agisse de l'organisation à titre individuel ou collectif (tableau 2).

Disponibilité des médecins et modèles d'exercice, quelles évolutions depuis la crise sanitaire ?

La réinterrogation des médecins entre janvier et avril 2022 (vague 6 du Panel) permet d'éclairer l'évolution de ces indicateurs de disponibilité. En 2022, deux médecins sur trois déclarent être amenés à

2. Cette différence est à la limite de la significativité statistique.

Tableau 2 Relations estimées entre le modèle d'exercice et la disponibilité des médecins et leur réponse aux demandes de soins non programmés

Odds ratios ajustés [IC 95 %]

	Probabilité que le médecin généraliste déclare...				Probabilité que le médecin en groupe déclare...
	... refuser de déclarer un nouveau patient MT	... refuser un patient occasionnel (non MT)	... augmenter ses délais de rendez-vous	... être individuellement organisé pour systématiquement prendre en charge les demandes de SNP	... être collectivement organisé sur son lieu d'exercice pour prendre systématiquement en charge les SNP
Modèle d'exercice					
Seul(e) exclusivement	réf.	réf.	réf.	réf.	-
En groupe monodisciplinaire	1,43 [1,06; 1,93] *	1,36 [1,01; 1,84] *	1,68 [1,27; 2,23] *	0,64 [0,47; 0,87] *	réf.
En groupe pluriprofessionnel non MSP	1,35 [0,94; 1,92]	2,06 [1,46; 2,89] *	1,89 [1,33; 2,69] *	0,66 [0,47; 0,93] *	1,09 [0,75; 1,59]
En MSP (avec ou sans adhésion ACI)	1,09 [0,75; 1,58]	1,17 [0,80; 1,70]	1,37 [0,96; 1,96]	0,65 [0,45; 0,94] *	1,64 [1,10; 2,42] *
Participation à une CPTS/ESP (ref: non)	0,93 [0,67; 1,28]	0,91 [0,65; 1,28]	1,35 [0,97; 1,88]	1,15 [0,82; 1,61]	1,48 [0,97; 2,27]
Âge (ref: 39 ans ou moins)					
40 à 49 ans	0,80 [0,49; 1,29]	0,57 [0,35; 0,92] *	0,92 [0,56; 1,49]	1,27 [0,79; 2,06]	0,65 [0,39; 1,08]
50 à 59 ans	0,57 [0,36; 0,89] *	0,45 [0,28; 0,72] *	0,66 [0,41; 1,06]	1,41 [0,89; 2,24]	0,60 [0,36; 0,99] *
60 ans ou plus	0,56 [0,36; 0,90] *	0,32 [0,19; 0,51] *	0,47 [0,29; 0,76] *	1,45 [0,90; 2,33]	0,77 [0,45; 1,33]
Sexe x présence d'enfant(s) à charge de moins de 4 ans (ref: homme sans enfant à charge)					
Femme sans enfant à charge	1,28 [0,99; 1,65]	1,28 [0,99; 1,66]	1,14 [0,88; 1,47]	0,85 [0,65; 1,12]	1,13 [0,80; 1,60]
Homme avec enfant(s) à charge	0,48 [0,28; 0,81] *	0,55 [0,33; 0,94] *	0,57 [0,34; 0,97] *	1,10 [0,64; 1,89]	1,33 [0,69; 2,54]
Femme avec enfant(s) à charge	1,13 [0,65; 1,96]	1,13 [0,62; 2,06]	1,52 [0,83; 2,78]	1,09 [0,62; 1,92]	1,00 [0,53; 1,88]
Durée d'installation inférieure à 3 ans (ref: supérieur à 3 ans)	0,57 [0,32; 1,01]	0,81 [0,48; 1,35]	0,63 [0,37; 1,09]	1,01 [0,58; 1,78]	0,61 [0,33; 1,13]
Activité secondaire en parallèle (ref: pas d'activité secondaire)	0,72 [0,56; 0,94] *	0,80 [0,62; 1,03]	1,06 [0,81; 1,39]	0,85 [0,64; 1,12]	0,86 [0,61; 1,21]
Présence d'un service d'urgence (ref: pas de service d'urgence)					
Présence de service d'urgence dans la commune	1,15 [0,78; 1,70]	1,53 [1,02; 2,29] *	0,96 [0,62; 1,50]	1,35 [0,92; 1,99]	0,98 [0,59; 1,63]
Présence de service d'urgence dans le TVS en l'absence de ce service dans la commune	1,53 [1,17; 2,00] *	1,44 [1,12; 1,86] *	1,07 [0,80; 1,42]	0,86 [0,66; 1,12]	0,88 [0,62; 1,25]
APL au MG dans le TVS d'exercice en 2019 (ref: exercer dans un TVS dont la population fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes : 1^{er} quart)					
2 ^e quart	0,72 [0,52; 0,99] *	0,56 [0,40; 0,77] *	0,53 [0,38; 0,74] *	1,40 [1,00; 1,95] *	1,77 [1,14; 2,74] *
3 ^e quart	0,59 [0,42; 0,82] *	0,51 [0,36; 0,71] *	0,58 [0,41; 0,81] *	1,28 [0,93; 1,77]	1,72 [1,15; 2,58] *
4 ^e quart	0,42 [0,31; 0,56] *	0,42 [0,31; 0,58] *	0,37 [0,27; 0,52] *	1,50 [1,07; 2,11] *	1,68 [1,11; 2,55] *
Nombre d'heures de travail hebdomadaire déclarées	1,00 [0,99; 1,01]	1,00 [0,99; 1,01]	1,01 [1,00; 1,02] *	1,00 [0,99; 1,01]	1,01 [0,99; 1,02]
Échantillon	Ensemble des MG	Ensemble des MG	Ensemble des MG	Ensemble des MG	Sous-échantillon des MG en groupe avec des médecins

* Coefficients significatifs au seuil de 5 %.

Réf. : référence ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; SNP : soins non programmés ; CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé ; ESP : équipe de soins primaires ; IC : intervalle de confiance ; MG : médecin généraliste ; MT : médecin traitant ; TVS : territoire de vie-santé ; ACI : accord conventionnel interprofessionnel.

Lecture > Les médecins en groupe monodisciplinaire ont une probabilité plus élevée de 43 % d'être amenés à refuser de nouveaux patients médecin traitant comparativement aux médecins exerçant seuls, toutes choses égales par ailleurs.**Champ** > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine.**Source** > DREES, Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018 et avril 2019.

> Études et Résultats n° 1301 © DREES

refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient un peu plus d'un sur deux en 2019 (65 % contre 53 %)³. Cette évolution n'est pas associée à un modèle d'exercice en particulier⁴. Il apparaît que les pratiques en termes de disponibilité envers les patients des médecins exerçant en MSP continuent de correspondre le plus à celles des médecins seuls. Ces résultats sur leur disponibilité font d'ailleurs fortement écho aux résultats concernant le temps de travail, qui montrent une offre de travail hebdomadaire similaire entre les médecins seuls et les médecins en groupe

pluriprofessionnel (agrégant ceux exerçant en groupe pluriprofessionnels et en MSP) [Biais, et al., 2022]. Toutefois, si le temps de travail est très proche selon l'exercice pluriprofessionnel en MSP et hors MSP, l'appartenance à une structure d'exercice coordonnée, destinée à faciliter la collaboration et la coordination, semble jouer un rôle favorable sur la disponibilité des médecins. ●



Télécharger les données associées à l'étude

3. Les champs statistiques diffèrent légèrement pour les vagues 1 et 6 de l'enquête : par construction, en 2022 les médecins répondants à la vague 6 ont au moins 4 ans d'ancienneté (car déjà actifs au 1^{er} janvier 2018). Des tests de robustesse, en se ramenant à un champ comparable pour la vague 1, permettent toutefois de confirmer les évolutions décrites.

4. Les résultats présentés plus haut concernant le lien avec les modèles d'exercice sont également confirmés en 2022 mais ne restent pas tous significatifs, probablement en raison d'un manque de puissance statistique du fait de l'attrition entre ces deux vagues d'enquête.

Mots clés : Médecin généraliste Accès aux soins Conditions d'exercice Démographie des professionnels de santé Exercice en groupe

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M., et al.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.
- > **Barlet, M., et al.** (2012, mars). L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. DREES, *Études et Résultats*, 795.
- > **Bergeat, M., et al.** (2022, octobre). Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1244.
- > **Biais, M., Cassou, M., Franc, C.** (2022, mai). Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. DREES, *Études et Résultats*, 1229.
- > **Biais, M., Cassou, M., Franc, C.** (2024, mars). Comparing GPs according to their model of practice : Are multi-professional group practices associated with more favourable working conditions ? *The European Journal of Health Economics*, 2024 Apr 3. DOI : 10.1007/s10198-024-01687-x.
- > **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, *Études et Résultats*, 1140.
- > **Chaput, H., et al.** (2019, mai). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. DREES, *Études et Résultats*, 1114.
- > **Chaput, H., Lefebvre-Hoang, I., Vergier, N.** (2017, mai). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 17.
- > **Davin-Casalena, B., et al.** (2023, mai). Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. DREES, *Études et Résultats*, 1267.
- > **Erb, L.-A., et al.** (2023, juin) Après la naissance d'un enfant, les conditions de travail diffèrent entre les pères et les mères. Dans Insee, *Dares, Emploi, chômage, revenus du travail – Édition 2022*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- > **HCAAM** (2022, septembre). *Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité*. Rapport.
- > **Legendre, B.** (2020, février). En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. DREES, *Études et Résultats*, 1144.
- > **Mikol, F., Franc, C.** (2019, juillet). Gender differences in the incomes of self-employed French physicians: The role of family structure. *Health Policy*. Vol. 123, 7, pp. 666–674.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@san.te.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@san.te.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@san.te.gouv.fr