La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur la disponibilité des médecins pour les patients selon leur mode d'exercice : seuls, avec d'autres médecins généralistes ou avec des paramédicaux. Les données présentées dans cet Études et Résultats sont issues de la première vague du quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES. Face au contexte de baisse de la démographie médicale, cette étude permet d'analyser si les différents modèles de regroupement des médecins généralistes 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, augmentation des délais de rendez-vous, prise en charge systématique des demandes de soins non programmés).

La première vague d'enquête du quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale s'est déroulée entre octobre 2018 et avril 2019. À cette date, 38 % des médecins généralistes exerçaient seuls et 62 % en groupe : 32 % en groupe monodisciplinaire (avec d'autres médecins généralistes) et 30 % en groupe avec des paramédicaux (avec ou sans autres médecins). Parmi ces derniers, 12 % exercent en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), tandis que 18 % relèvent de groupe pluriprofessionnel non MSP.

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

Plus de la moitié des médecins généralistes (54 %) refusent de nouveaux patients en tant que médecin traitant en 2019. Mais cette pratique diffère selon leur modèle d'exercice : c'est le cas de 49 % des médecins exerçant seuls, contre 59 % de ceux qui exercent dans un groupe monodisciplinaire et 58 % de ceux exerçant dans un groupe pluriprofessionnel (hors MSP) (cf. graphique ci-dessous). La pratique du refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant est plus répandue chez les médecins les plus jeunes (59 % des 30-40 ans, contre 51 % de ceux de 60 à 70 ans) et ceux installés en zone sous-dotée, c'est-à-dire avec un faible accès

aux médecins généralistes (63 %, contre 47 % dans les zones les mieux dotées). Ainsi, une fois prises en compte les caractéristiques des médecins et leur lieu d'installation, seul l'exercice en groupe monodisciplinaire est associé à une probabilité plus élevée que le médecin déclare être amené à refuser des nouveaux patients en tant que médecin traitant.

Les médecins exerçant en groupe plus fréquemment amenés à refuser des patients occasionnels ou à rallonger les délais de rendez-vous

Deux autres adaptations des pratiques des médecins face à la baisse de la démographie médicale consiste à refuser des patients occasionnels ou à rallonger les délais de rendez-vous. Concernant la première pratique, presque la moitié des médecins (46 %) déclarent être amenés à refuser de recevoir des patients dont ils ne sont pas le médecin traitant. Si cela ne concerne qu'un peu plus du tiers des généralistes exerçant seuls (37 %), c'est le cas de 59 % de ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel. S'agissant des délais de rendez-vous, ce sont plus de la moitié des médecins généralistes (55 %) qui déclarent être contraints d'allonger les délais. Là encore, des différences marquées sont relevées selon le modèle d'exercice : c'est le cas de 45 % des généralistes qui exercent seuls contre 63 % en groupe pluriprofessionnel non MSP. Une fois prises en compte les caractéristiques des médecins et leur lieu d'installation, par rapport aux médecins exerçant seuls, ceux exerçant en groupe monodisciplinaire et pluriprofessionnel (hors MSP) déclarent 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 différentes de celles des médecins exerçant seuls.

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 exerçant seuls sont 44 % à déclarer être en mesure de prendre en charge systématiquement les demandes de soins non programmés (SNP) [définis comme les demandes de consultation pour le jour même ou le lendemain], soit un écart de plus de 10 points avec les médecins en groupe (32 %) quand ces derniers s'appuient sur une organisation individuelle. En revanche, lorsqu'ils mobilisent le collectif, les pourcentages de prise en charge sont plus élevés. 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.

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 refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient un peu plus d'un sur deux en 2019. Cette évolution n'est pas associée à un modèle d'exercice en particulier. 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.

Pour en savoir plusÂÂ
- Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

A propos de la DREES
La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est le service statistique ministériel dans les domaines de la santé et du social. Créée par décret en 1998, elle fait partie du service statistique public. A ce titre, son action s'appuie sur un engagement déontologique fort reposant notamment sur l'indépendance, la qualité, le respect

du secret statistique, l'impartialité et l'objectivité.

La DREES intervient également en appui à la conception et à l'évaluation des politiques publiques.
Elle apporte par ailleurs ses compétences pour développer le partage des données, algorithmes et codes au sein des ministères chargés de la santé et des solidarités.