

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



PANEL D'OBSERVATION DES pratiques et des conditions d'exercice en Médecine Générale DREES ORS URPS Médecins Libéraux

JANVIER  
2020  
NUMÉRO  
1138

## Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés

Les demandes de soins pour le jour même ou le lendemain, soins dits non programmés, constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, en 2019, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10.

8 médecins généralistes sur 10 déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement, en proposant, par exemple, des plages de consultations sans rendez-vous. Notamment, 45 % des médecins généralistes en proposent au moins une fois par semaine. Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des soins non programmés en permanence.

Près de 3 généralistes sur 10 répondent à la totalité des demandes de soins non programmés et 45 % à plus de la moitié. Pour ce type de demandes, le généraliste reçoit plus souvent le jour même les patients dont il est le médecin traitant que les autres. Lorsqu'ils ne peuvent répondre à de telles demandes, la moitié des médecins généralistes réorientent vers le secteur libéral et un quart vers les urgences ou les services d'aide médicale urgente (Samu).

**Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes- Côte d'Azur), Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet (ORS Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), Thomas Héroult (URML Pays de Loire)**

La notion de soins non programmés (SNP) correspond aux demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ceux-ci peuvent y répondre en proposant une consultation dans cet intervalle, qu'elle soit avec ou sans rendez-vous<sup>1</sup>.

D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (encadré 1), en 2019, pour 4 médecins généralistes sur 10, les consultations de SNP représentent 30 % ou plus de leur activité lors d'une semaine ordinaire. Pour 1 sur 10, elles en représentent moins de 10 %.

La quasi-totalité (96 %) des médecins généralistes déclarent avoir une organisation permettant de répondre aux demandes de SNP, qu'elles soient prises en charge par lui-même ou, s'il exerce en groupe, par l'un de ses confrères. Cette organisation peut prendre plusieurs formes.

**8 médecins généralistes sur 10 proposent au quotidien une prise en charge des soins non programmés**

À l'échelle du médecin généraliste, 10 % ont une activité exclusivement sans

1. Cette notion ne prend pas en compte les demandes de consultations de médecine générale intervenant aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire les lundis aux vendredis de 20 h à 8 h le lendemain, les samedis de 12 h aux lundis 8 h, et les jours fériés de 8 h à 20 h. Sur ces plages horaires, une permanence des soins est assurée par les médecins, selon une organisation arrêtée par l'agence régionale de santé. La permanence des soins est hors du champ de cette étude.

## ENCADRÉ 1

### Source

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France, 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 les 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, installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018, ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur). Environ 12 000 médecins ont été sollicités pour participer au Panel portant le taux d'inclusion à 27 %.

La première vague d'enquête s'est déroulée entre octobre 2018 et avril 2019, par internet et par téléphone. Au total, 3 076 médecins ont été interrogés, ce qui représente un taux de réponse de 93 % par rapport à la vague d'inclusion ; 53 % des médecins répondants à cette vague ont répondu par internet.

Le questionnaire<sup>1</sup> de cette première vague a été élaboré par l'Aix-Marseille School of Economics, l'ORS Paca et la DREES, en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Délégation à

la stratégie des systèmes d'information de Santé (DSSIS), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ainsi que les partenaires du Panel habituels (ORS Pays de la Loire, les URPS-ML des régions Paca et Pays de la Loire). Il aborde les thèmes suivants :

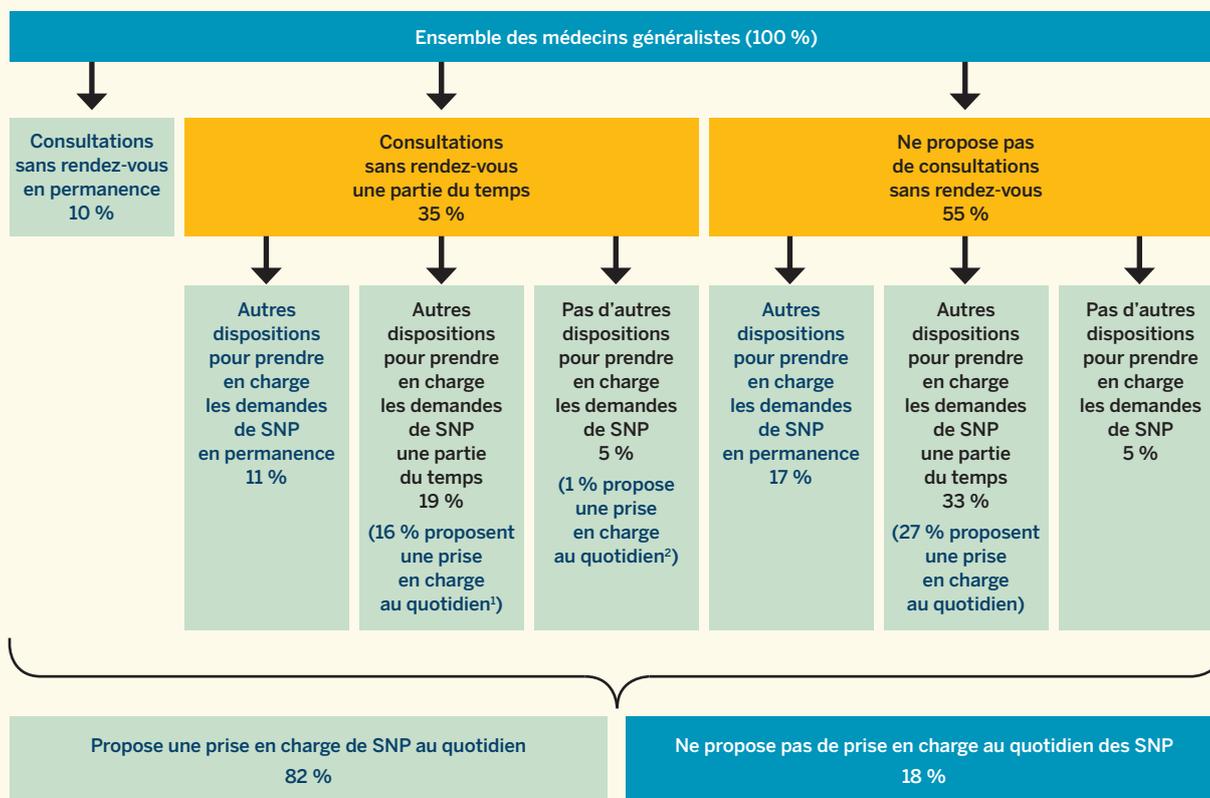
- l'organisation du cabinet (8 items) ;
- les attitudes des médecins généralistes face à la baisse de la démographie médicale (12 items étudiés dans Chaput *et al.*, 2020c) ;
- l'utilisation des outils de e-santé (17 items étudiés dans Chaput *et al.*, 2020b) ;
- la prise en charge des soins non programmés (14 items et une vignette clinique).

Les données d'enquête sont pondérées afin de tenir compte de la non-réponse et calées. Ainsi, l'échantillon des répondants est représentatif de l'ensemble du champ de l'enquête selon le sexe, l'âge, le volume d'activité, l'exercice ou non dans une région partenaire et l'exercice ou non dans une zone à faible densité médicale. Les analyses présentées ici sont systématiquement pondérées.

1. Le questionnaire est disponible à l'adresse suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>

## SCHEMA 1

### Organisation individuelle pour la prise en charge des soins non programmés (SNP)



1. Qu'elle soit réalisée par le biais de consultations sans rendez-vous ou d'autres dispositions.

2. Par le biais de consultations sans rendez-vous.

**Lecture** • 10 % des médecins généralistes proposent des consultations sans rendez-vous en permanence et 82 % des médecins généralistes proposent une prise en charge au quotidien des SNP.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

rendez-vous et 35 % proposent des plages de consultations sans rendez-vous durant une partie de leur semaine de travail (*schéma 1*). 33 % des médecins ne proposent pas de plages de consultations sans rendez-vous mais ont pris des dispositions pour répondre aux demandes de SNP une partie du temps (par exemple, plusieurs plages de rendez-vous dans la semaine dédiées à la prise en charge de consultations demandées le jour même ou la veille) et 17 % ont pris ces dispositions en permanence, organisant ainsi toute leur activité de manière à répondre aux demandes de SNP.

Sur l'ensemble des médecins généralistes interrogés, 8 sur 10 proposent une prise en charge des SNP chaque jour et 4 sur 10 en permanence, quelles qu'en soient les modalités.

### Au moins 1 cabinet sur 2 propose une prise en charge des soins non programmés en permanence

À l'échelle du cabinet, qu'il soit composé d'un seul ou de plusieurs professionnels, près d'1 sur 5 propose des plages de consultations sans rendez-vous en permanence. 34 % ont pris d'autres dispositions pour répondre à ces demandes en permanence. Au total, au moins la moitié des cabinets proposent en permanence une organisation pour la prise en charge des demandes de SNP. La quasi-totalité des cabinets prennent des dispositions, au moins une partie du temps, pour répondre à ces demandes ; seuls 4 % n'offrent aucune prise en charge des demandes de SNP.

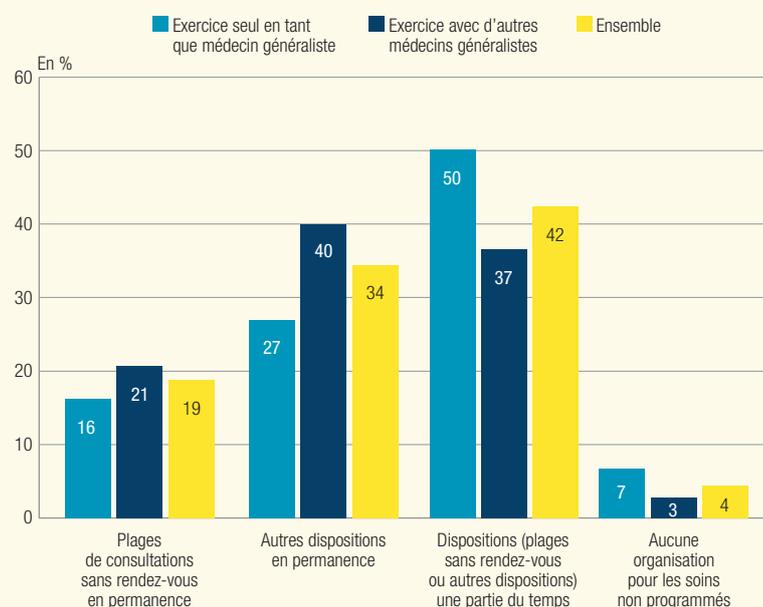
Le fait d'exercer avec d'autres médecins généralistes permet d'offrir une plus grande flexibilité dans ce type de service (*graphique 1*). En effet, dans les cabinets où exercent plus d'un médecin généraliste, une prise en charge en permanence de ces demandes est plus fréquente que dans les cabinets où celui-ci est le seul représentant de sa discipline.

### Proposer des plages de consultations sans rendez-vous est corrélé avec le volume d'activité

Le fait de proposer soi-même des plages de consultations sans rendez-vous est, toutes choses égales par ailleurs, plus

#### GRAPHIQUE 1

### Organisation du cabinet pour la prise en charge des soins non programmés



**Note** • Les médecins qui exercent seuls en tant que médecin généraliste représentent 42 % des médecins.  
**Lecture** • 16 % des médecins généralistes qui n'exercent pas avec d'autres médecins généralistes proposent des plages de consultations sans rendez-vous en permanence, contre 21 % des cabinets où plusieurs généralistes exercent.  
**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.  
**Sources** • 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-avril 2019.

souvent le fait de médecins plus âgés, exerçant au sein d'un cabinet regroupant 1 à 2 médecins en équivalents temps plein, et avec un volume d'activité plus élevé, notamment en termes de volume de travail horaire hebdomadaire (*tableau 1*). En revanche, les médecins ayant une plus grande patientèle dont ils sont le « médecin traitant » proposent moins souvent des plages de consultations sans rendez-vous, ce qui est certainement en lien avec un suivi chronique de leur patientèle « médecin traitant » plus important, à volume d'activité donné. Les médecins ayant des enfants en bas âge, ceux disposant d'un secrétariat et ceux cumulant des difficultés liées à la baisse de la démographie médicale dans leur secteur (journées plus longues que souhaitées, augmentation des délais de rendez-vous, refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant...) [Chaput *et al.*, 2020c] proposent également moins souvent ce type de service. Par ailleurs, la

présence médicale alentour mesurée par l'accessibilité potentielle localisée (APL)<sup>2</sup> de la zone d'exercice n'est pas significativement associée avec le fait de proposer des plages sans rendez-vous, une fois les autres caractéristiques prises en compte. Enfin, les différences régionales sur les plages de consultations sans rendez-vous sont assez marquées : les médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en proposent plus souvent que les médecins des Pays de la Loire.

### 1 médecin généraliste sur 4 répond à la totalité des demandes de soins non programmés

Près de 1 médecin généraliste sur 4 (28 %) affirme pouvoir répondre à la totalité des demandes de consultations non programmées pour le jour même ou le lendemain, et 45 % estiment pouvoir répondre à plus de la moitié. Ces résultats ne tiennent pas compte du niveau

2. L'indicateur d'APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locaux (Chaput, Lefebvre-Hoang et Vergier, 2017). Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

de gravité des demandes adressées aux médecins. Ces consultations durent en moyenne 16 minutes, un temps légèrement, mais significativement, plus court que celui passé en consultation programmée (18 minutes en moyenne) [Chaput *et al.*, 2019].

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de prendre en charge la totalité des demandes de SNP est plus élevée chez les médecins généralistes travaillant au sein d'un cabinet regroupant 1 à 2 médecins équivalent temps plein plutôt que chez ceux exerçant seuls, mais aussi chez ceux proposant des plages de consultations sans rendez-vous et chez ceux ayant le volume d'activité le plus élevé (tableau 2). Elle est, en revanche, plus faible chez les médecins cumulant des difficultés liées à la baisse de la démographie médicale sur leur territoire, chez ceux disposant d'un secrétariat et chez ceux ayant la plus grande patientèle « médecin traitant ». En effet, à volume d'activité donné, une plus grande patientèle « médecin traitant » va *a priori* de pair avec une demande plus importante de soins non programmés adressée par ces patients, à laquelle il est donc plus difficile de répondre en totalité sans que cela se fasse au détriment du reste de l'activité (suivi chronique de patients, par exemple).

### La moitié des médecins généralistes réorientent le patient vers le secteur libéral

Lorsque la prise en charge d'une demande de SNP est impossible<sup>3</sup>, plus de la moitié (53 %) des médecins généralistes réorientent les patients vers un confrère libéral (incluant ceux exerçant dans la même structure), une structure d'exercice coordonné<sup>4</sup> (37 %) ou une structure libérale spécialisée dans le soin non programmé (16 %). Plus d'un quart des médecins généralistes (27 %) les réorientent vers les urgences ou le Samu (graphique 2).

Toutes choses égales par ailleurs, les médecins généralistes qui réorientent plus volontiers leurs patients en dehors du secteur libéral (un confrère ou une structure d'exercice coordonné) rencontrent de plus nombreuses difficultés face à la densité médicale (par exemple, voir moins fréquemment certains patients qui étaient



TABLEAU 1

### Facteurs associés au fait de proposer des plages de consultations sans rendez-vous

Propose des plages de consultations sans rendez-vous (réf. Non)	ORa [IC 95%]
<b>Caractéristiques sociodémographiques des MG</b>	
Sexe (réf. Homme)	
Femme	0.86 [0.65;1.12]
Âge (réf. < 50 ans)	
50-60 ans	1.25 [0.90;1.73]
> 60 ans	<b>1.63 [1.14;2.31]</b>
A des enfants de moins de 4 ans au foyer (réf. Non)	
Oui	<b>0.60 [0.39;0.92]</b>
<b>Caractéristiques du lieu d'exercice</b>	
Région (réf. Autre)	
Paca	<b>1.84 [1.46;2.31]</b>
Pays de la Loire	<b>0.32 [0.24;0.42]</b>
APL 2017 du territoire de vie-santé (réf. 1 <sup>er</sup> quartile) <sup>1</sup>	
2 <sup>e</sup> quartile	1.03 [0.74;1.45]
3 <sup>e</sup> quartile	1.13 [0.82;1.55]
4 <sup>e</sup> quartile	1.05 [0.76;1.44]
Score de difficultés rencontrées face à la baisse de démographie médicale <sup>2</sup>	<b>0.89 [0.83;0.95]</b>
<b>Organisation du cabinet</b>	
Nombre de MG en ETP au cabinet (réf. Exerce seul)	
De 1 à 2 ETP	<b>1.37 [1.01;1.86]</b>
Plus de 2 ETP	0.84 [0.61;1.15]
Dispose d'un secrétariat (réf. Non)	
Oui	<b>0.20 [0.15;0.28]</b>
Agréé-e comme maître de stage (réf. Non)	
Oui	1.00 [0.77;1.30]
<b>Charge de travail</b>	
Nombre de patients « médecin traitant » (réf. 1 <sup>er</sup> quartile)	
2 <sup>e</sup> quartile	0.80 [0.56;1.14]
3 <sup>e</sup> quartile	<b>0.64 [0.43;0.95]</b>
4 <sup>e</sup> quartile	<b>0.62 [0.39;0.99]</b>
Volume d'activité (réf. Moins élevé)	
Intermédiaire	<b>2.02 [1.44;2.82]</b>
Plus élevé	<b>3.68 [2.35;5.77]</b>
Nombre d'heures travaillées en semaine ordinaire, toutes act. prof. confondues	<b>1.01 [1.001;1.02]</b>

ORa [IC 95 %] : odds-ratio ajusté [intervalle de confiance à 95 %] ; APL : accessibilité potentielle localisée ; MG : médecins généralistes ; ETP : équivalent temps plein.

1. L'indicateur d'APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locales (Chaput, Lefebvre-Hoang et Vergier, 2017). Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. 8 difficultés évoquées : refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant ; refuser des patients occasionnels (non médecin traitant) en demande de soins ; faire des journées plus longues que souhaitées ; raccourcir le temps de consultation par patient ; voir moins fréquemment certains patients qui étaient suivis régulièrement ; écourter le temps de formation ; déléguer certaines tâches assurées auparavant ; augmenter les délais de rendez-vous. Le score correspond au nombre de difficultés mentionnées par le répondant.

**Lecture** • La probabilité de proposer des plages de consultations sans rendez-vous est moins élevée chez les médecins ayant des enfants en bas âge et plus élevée chez ceux résidant en région Paca.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.



3. La question posée aux médecins généralistes était formulée ainsi : « Vers qui réorientez-vous le plus souvent les patients que vous ne pouvez pas prendre en charge en consultation le jour même ou le lendemain ? »

4. Une maison de santé, par exemple.

suivis régulièrement ou écourter le temps de formation), exercent plus souvent en zone à faible densité médicale et sont également plus souvent seuls. Les médecins de plus de 60 ans privilégient les urgences, et ceux âgés de 50 à 60 ans l'emploi du numéro de téléphone 15.

### En cas de suspicion de gastroentérite, les médecins reçoivent en priorité les patients dont ils sont le médecin traitant

Pour mieux appréhender les conditions de prise en charge des demandes de SNP, un cas clinique fictif (vignette) a été proposé aux médecins généralistes afin de cerner leurs perceptions, pratiques et critères de prise en charge le jour même. Cette vignette présente le cas d'un patient demandant, à 10 h, à être reçu (ou à ce qu'on reçoive son enfant selon les cas) [encadré 2] dans la journée en raison d'une forte diarrhée, de maux de ventre et de vomissements sans fièvre, depuis quelque temps, alors que le médecin n'a plus de créneau disponible. Les médecins ont été interrogés sur la réponse qu'ils apporteraient à ce patient.

Toutes choses égales par ailleurs, ils proposent plus souvent une consultation le jour même lorsqu'ils sont le médecin traitant de ce patient et, dans le cas contraire, une réorientation vers un autre confrère ou une autre structure est plus fréquemment envisagée (tableau complémentaire A). Par comparaison avec un patient âgé de 40 ans, un enfant de 3 ans sera plus souvent reçu le jour-même et un patient de 75 ans sera plus souvent réorienté. Dans les deux cas, des conseils par téléphone seront moins souvent privilégiés.

D'autres caractéristiques, certaines liées à l'organisation du cabinet, sont associées aux différentes réponses apportées. Les médecins généralistes éprouvant plus de difficultés cumulées face à la baisse de la démographie médicale dans leur secteur sont plus enclins à proposer une réorientation, de même que ceux exerçant dans un territoire de vie-santé à forte densité médicale (4<sup>e</sup> quartile d'APL). Les difficultés cumulées sont également associées à une moindre tendance à prendre en charge le patient le jour même. À l'inverse, les médecins proposant des plages de consultations



## TABLEAU 2

### Facteurs associés au fait de pouvoir répondre positivement à la totalité des demandes de soins non programmés

Pense pouvoir répondre positivement à la totalité des demandes de SNP	ORa [IC 95 %]
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>	
Sexe (réf. Homme)	
Femme	0.91 [0.68;1.21]
Âge (réf. < 50 ans)	
50-60 ans	1.20 [0.84;1.73]
> 60 ans	1.31 [0.89;1.93]
A des enfants < 4 ans au foyer (réf. Non)	
Oui	0.98 [0.62;1.54]
<b>Caractéristiques du lieu d'exercice</b>	
Région (réf. Autre)	
Paca	1.02 [0.80;1.30]
Pays de la Loire	1.04 [0.81;1.35]
APL 2017 du territoire de vie-santé (réf. 1 <sup>er</sup> quartile) <sup>1</sup>	
2 <sup>e</sup> quartile	0.95 [0.66;1.36]
3 <sup>e</sup> quartile	0.94 [0.66;1.33]
4 <sup>e</sup> quartile	0.80 [0.56;1.14]
Score de difficultés rencontrées face à la baisse de démographie médicale <sup>2</sup>	<b>0.76 [0.71;0.82]</b>
<b>Organisation du cabinet</b>	
Nombre de MG en ETP au cabinet (réf. Exerce seul)	
De 1 à 2 ETP	<b>1.41 [1.01;1.96]</b>
Plus de 2 ETP	0.89 [0.62;1.27]
Dispose d'un secrétariat (réf. Non)	
Oui	<b>0.67 [0.48;0.94]</b>
Propose des plages de consultations sans rendez-vous (réf. Non)	
Oui	<b>1.53 [1.17;2.00]</b>
Agréé-e comme maître de stage (réf. Non)	
Oui	0.91 [0.69;1.20]
<b>Charge de travail</b>	
Nombre de patients « médecin traitant » (réf. 1 <sup>er</sup> quartile)	
2 <sup>e</sup> quartile	0.83 [0.58;1.20]
3 <sup>e</sup> quartile	0.69 [0.45;1.05]
4 <sup>e</sup> quartile	<b>0.39 [0.24;0.63]</b>
Volume d'activité (réf. Moins élevé)	
Intermédiaire	1.39 [0.98;1.97]
Plus élevé	<b>2.93 [1.83;4.71]</b>
Nombre d'heures travaillées en semaine ordinaire, toutes activités professionnelles confondues	1.01 [1.00;1.02]

ORa [IC 95 %] : odds-ratio ajusté [intervalle de confiance à 95 %] ; APL : accessibilité potentielle localisée ; MG : médecins généralistes ; ETP : équivalent temps plein.

1. L'indicateur d'APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locales (Chaput, Lefebvre-Hoang et Vergier, 2017). Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. 8 difficultés évoquées : refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant ; refuser des patients occasionnels (non médecin traitant) en demande de soins ; faire des journées plus longues que souhaitées ; raccourcir le temps de consultation par patient ; voir moins fréquemment certains patients qui étaient suivis régulièrement ; écourter le temps de formation ; déléguer certaines tâches assurées auparavant ; augmenter les délais de rendez-vous. Le score correspond au nombre de difficultés mentionnées par le répondant.

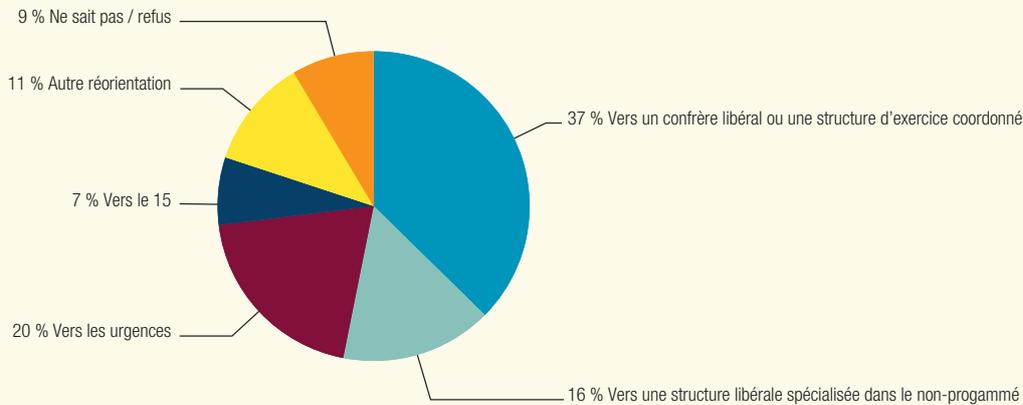
**Lecture** • La probabilité de répondre positivement à la totalité des demandes de soins non programmés est plus élevée chez les médecins exerçant au sein d'un cabinet réunissant de 1 à 2 médecins ETP, et moins élevée chez ceux éprouvant le plus de difficultés liées à la baisse de la démographie médicale dans leur zone d'exercice.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

## GRAPHIQUE 2

### Modalités de réorientation des patients impossibles à prendre en charge le jour même ou le lendemain



**Lecture** • 37 % des généralistes déclarent orienter les patients vers un confrère libéral lorsque leur prise en charge en consultation le jour même ou le lendemain est impossible.  
**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.  
**Sources** • 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-avril 2019.

## ENCADRÉ 2

### Vignette : l'étude d'un cas clinique fictif

Les médecins ont été interrogés sur la réponse qu'ils apporteraient à la situation d'un patient demandant à être reçu alors que tous les créneaux disponibles sont déjà pris. La vignette comportait douze versions attribuées au hasard aux répondants. Elle variait selon l'âge du patient (3, 40

ou 75 ans), la durée des symptômes (quelques jours ou quelques heures) et le fait que le médecin soit le médecin traitant ou non. Cette méthode permet d'estimer l'effet associé à chacun des éléments variables du scénario de la vignette sur la réponse apportée par le médecin.

sans rendez-vous et ceux ayant organisé leur activité de manière à répondre en permanence aux demandes de SNP proposent plus fréquemment une consultation le jour même et réorientent moins souvent leurs patients. C'est également le cas pour ceux

ayant un plus gros volume d'activité ou un plus gros volume horaire hebdomadaire. Enfin, les médecins les plus âgés ont plus tendance à proposer une prise en charge le jour même, et moins à recourir à des conseils téléphoniques. ■

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de répondre à l'enquête et tous les participants à l'élaboration du questionnaire.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- L'ensemble de la documentation relative au Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est disponible sur le site de la DREES, rubrique Open data, sous-rubrique Professions de santé et du social.
- **Chaput, H., Lefebvre-Hoang, I., Vergier, N.** (2017, mai). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 17.
- **Chaput, H., et al.** (2019, mai). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES, *Études et Résultats*, 1113.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1139.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, *Études et Résultats*, 1140.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

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

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Fabrice Lengart

**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara

**Rédactrice en chef technique** : Sabine Boulanger

**Secrétaire de rédaction** : Élisabeth Castaing

**Composition et mise en pages** : Stéphane Jeandet

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE  
PUBLIQUE

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



PANEL D'OBSERVATION DREES  
des pratiques et des conditions d'exercice ORS  
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

JANVIER  
2020  
NUMÉRO  
1139

## *E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans*

D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, près de 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans, contre 48 % seulement des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé.

L'exercice en groupe et au sein de structures collectives va généralement de pair avec une utilisation plus poussée de ces outils. L'âge et le fait d'exercer avec d'autres confrères s'avèrent donc deux facteurs déterminants pour l'utilisation des outils numériques socles en médecine générale.

Si le dossier patient informatisé est couramment utilisé, 1 médecin sur 5 structure les motifs de consultations avec un codage particulier. Les médecins les plus jeunes codent le contenu de leurs consultations plus souvent que leurs confrères plus âgés.

Les échanges entre professionnels sont, dans la très grande majorité des cas, sécurisés. En revanche, la sécurisation des données des patients reste à améliorer : seulement un quart des médecins hébergent les données de santé issues de leurs dossiers informatisés sur des plateformes agréées.

**Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet (ORS Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), Thomas Hérault (URML Pays de Loire)**

**A**u cours de l'hiver 2018-2019, dans le cadre du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (*encadré 1*), les médecins généralistes libéraux ont été interrogés sur leur utilisation des outils de la e-santé : le dossier patient informatisé (DPI), le logiciel d'aide à la prescription (LAP) et la messagerie sécurisée (MS) pour les échanges avec les confrères. Ces derniers sont considérés comme les trois outils socles de la e-santé pour les médecins généralistes. Les outils plus récents que sont le dossier médical partagé (DMP) et la télémédecine sont hors du champ de cette étude (*encadré 2*).

### **Âge et organisation collective : deux facteurs déterminants pour l'utilisation des outils de la e-santé**

L'âge est le facteur individuel déterminant de l'usage de ces outils : 97 % des médecins généralistes de moins de 50 ans déclarent utiliser un DPI, 89 % une MS et 93 % un LAP, contre respectivement 79 %, 68 % et 61 % chez les 60 ans ou plus (*graphique 1*). L'utilisation de ces outils socles décroît avec l'âge, et plus fortement encore lorsque l'on considère l'utilisation de ces trois outils conjointement : un peu moins d'un médecin de 60 ans ou plus sur deux a recours

## ENCADRÉ 1

### Source

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France, 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 les 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, installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018, ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur). Environ 12 000 médecins ont été sollicités pour participer au Panel portant le taux d'inclusion à 27 %.

La première vague d'enquête s'est déroulée entre octobre 2018 et avril 2019, par internet et par téléphone. Au total, 3 076 médecins ont été interrogés, ce qui représente un taux de réponse de 93 % par rapport à la vague d'inclusion ; 53 % des médecins répondants à cette vague ont répondu par internet.

Le questionnaire<sup>1</sup> de cette première vague a été élaboré par l'Aix-Marseille School of Economics, l'ORS Paca et la DREES, en partenariat

1. Le questionnaire est disponible à l'adresse suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medicine>

avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de Santé (DSSIS), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ainsi que les partenaires du Panel habituels (ORS Pays de la Loire, les URPS-ML des régions Paca et Pays de la Loire). Il aborde les thèmes suivants :

- l'organisation du cabinet (8 items) ;
- les attitudes des médecins généralistes face à la baisse de la démographie médicale (12 items étudiés dans Chaput *et al.*, 2020c) ;
- l'utilisation des outils de e-santé (17 items) ;
- la prise en charge des soins non programmés (14 items et une vignette clinique, étudiés dans Chaput *et al.*, 2020a).

Les données d'enquête sont pondérées afin de tenir compte de la non-réponse et calées. Ainsi, l'échantillon des répondants est représentatif de l'ensemble du champ de l'enquête selon le sexe, l'âge, le volume d'activité, l'exercice ou non dans une région partenaire et l'exercice ou non dans une zone à faible densité médicale. Les analyses présentées ici sont systématiquement pondérées.

## ENCADRÉ 2

### Les outils de la e-santé

D'après l'Organisation mondiale de la santé, la e-santé se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne », autrement dit comme l'ensemble des domaines où les technologies de l'information et de la communication sont mises au service de la santé. Elle est constituée de trois grands domaines : les systèmes d'information en santé, la télémédecine et la mobile-santé (Bourdel et Cambon, 2019).

En France, les principaux outils numériques sont décrits ci-dessous. Seuls les trois premiers sont dans le champ de cette étude.

#### Le dossier patient informatisé

Le dossier patient informatisé (DPI) des médecins généralistes est un dossier médical électronique constitué de toutes les données relatives à un patient donné, qu'elles soient de nature administrative ou médicale, incluant les éléments d'information de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi du patient, ainsi que les échanges dématérialisés entre les professionnels de santé de l'équipe de soins.

#### Le logiciel d'aide à la prescription

Le logiciel d'aide à la prescription (LAP) est un logiciel dont au moins une des fonctions permet d'élaborer des prescriptions sécurisées afin de diminuer les erreurs médicamenteuses et d'éviter les effets iatrogènes.

#### La messagerie sécurisée de santé

La messagerie sécurisée de santé (MS) est un espace sécurisé permettant l'échange sécurisé d'informations médicales entre

professionnels, notamment dans les transmissions entre la ville et l'hôpital, le recours à un spécialiste, la transmission d'un bilan paramédical vers le médecin traitant...

#### Le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé (DMP) est un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. Inscrit dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, il a été conforté par la loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016). Le déploiement du DMP a été concomitant à la période de collecte de l'enquête, c'est pourquoi les données à ce sujet ne sont pas suffisamment exploitables.

#### La télémédecine

La télémédecine peut prendre plusieurs formes, notamment la téléconsultation (permettant à un professionnel de santé d'effectuer une consultation à distance avec un patient) et la télé-expertise (permettant à un professionnel de santé de solliciter l'avis d'un autre professionnel de santé sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient). En septembre 2018, la téléconsultation et la télé-expertise sont entrées dans le droit commun. De même que pour le DMP, les données sur cet outil ne sont pas exploitables.

aux trois outils, tandis que c'est le cas de 8 médecins sur 10 parmi les moins de 50 ans.

Lorsque l'on considère le score d'utilisation des outils socles (*encadré 3*), cette différence selon l'âge persiste une fois contrôlée des caractéristiques du médecin et de son activité (*tableau 1*). D'autres facteurs ont également une incidence : toutes choses égales par

ailleurs, les médecins exerçant avec d'autres médecins généralistes, ceux qui sont agréés comme maître de stage, qui faisaient déjà partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS<sup>1</sup>), qui disposent d'un secrétariat ou qui ont une plus grande patientèle de patients « médecin traitant » ont également une utilisation plus poussée de ces outils.

En d'autres termes, parallèlement à un effet générationnel marqué, l'utilisation de ces outils socles semble plus fréquente chez les médecins généralistes ayant une organisation collective élaborée, ce qui est probablement dû aux opportunités et aux contraintes qui y sont liées. Par exemple, le partage d'une infrastructure informatique fait partie des critères de rémunération de l'accord

1. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. L'exercice au sein d'une CPTS a été mesuré entre octobre 2018 et février 2019, avant la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif au financement des CPTS.

conventionnel interprofessionnel (ACI) concernant les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP).

### Un codage des données dans les DPI encore timide

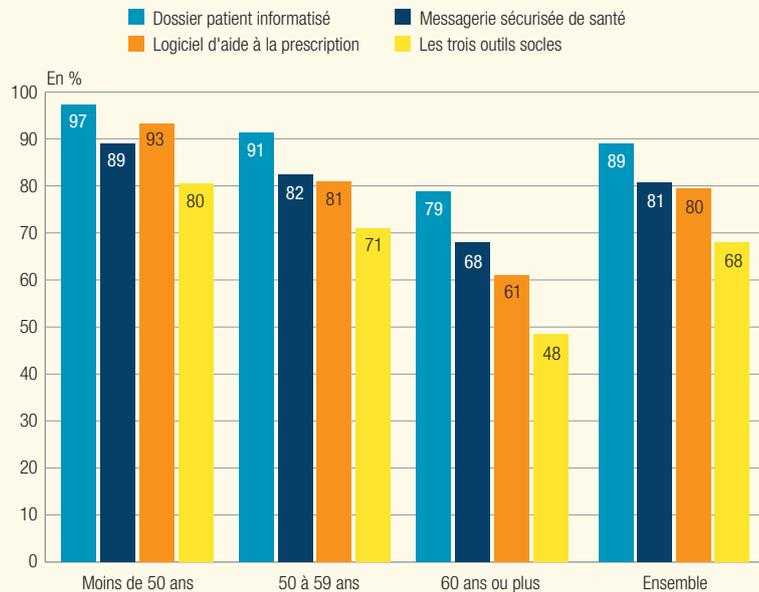
Parmi les médecins généralistes déclarant utiliser un DPI, seul 1 sur 5 affirme que les résultats de ses consultations sont enregistrés au sein de ce DPI dans un format structuré et renseignés selon un système de codage. Près de la moitié des médecins structurant les informations au sein du DPI indiquent utiliser la classification internationale des maladies (CIM), 17 % une codification personnelle et seulement 11 % disent recourir à la classification internationale des soins primaires (CISP), qui est spécifiquement dédiée à la codification des résultats de consultations de médecine générale. 1 sur 10 ne sait pas quel système de codage il emploie.

Toutes choses égales par ailleurs<sup>2</sup>, les médecins les plus jeunes codent le contenu de leurs consultations plus souvent que leurs confrères plus âgés. Les hommes le font également plus souvent que les femmes. Par ailleurs, l'exercice au sein d'une CPTS, le fait d'être agrégé comme maître de stage et d'échanger avec ses patients en dehors des consultations sont des éléments significativement et positivement associés au codage du DPI. En revanche, le volume d'activité n'y est pas significativement associé. De même que pour l'utilisation des outils socles, des facteurs générationnels et organisationnels sont à l'œuvre.

La structuration du DPI et la codification des informations qu'il contient sont des conditions préalables à l'exploitation de l'information recueillie par le médecin au cours de la consultation : c'est, par exemple, le moyen d'effectuer le suivi vaccinal de sa patientèle par le repérage des personnes qui ne sont pas à jour de leurs vaccins ou de détecter les patients diabétiques dont l'hémoglobine glyquée n'est pas normalisée. C'est donc un élément crucial pour une prise en charge populationnelle, c'est-à-dire la prise en charge d'une population ou d'un territoire dans son ensemble, et pour « résoudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations<sup>3</sup> ».

### GRAPHIQUE 1

#### Part de médecins généralistes utilisant les outils socles de la e-santé, selon l'âge



**Note** • Les moins de 50 ans représentent 34 % du total, les médecins de 50 à 59 ans 37 % et les 60 ans et plus 28 %.

**Lecture** • 97 % des médecins généralistes de moins de 50 ans utilisent des dossiers patients informatisés ; c'est le cas pour 79 % des médecins de 60 ans ou plus.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

### ENCADRÉ 3

#### Score d'utilisation des outils de la e-santé : détails de construction

Un score d'utilisation des outils de e-santé considérés dans cette étude a été construit à partir de trois items, en les additionnant de la manière suivante :

- utilisation du DPI : non = 0 / oui = 1 ;
- utilisation du LAP : non = 0 / oui = 1 ;
- utilisation d'une messagerie sécurisée de santé : non = 0 / oui = 1.

### Des échanges sécurisés d'informations entre professionnels

Pour les échanges avec des confrères à propos de patients, 8 % citent une messagerie qui n'est, en réalité, pas sécurisée (opérateurs de messagerie non intégrés dans le système MSSanté ou messageries personnelles courantes). D'autre part, la majorité des médecins (58 %) ont des échanges avec leurs patients au sujet de leur santé en dehors des consultations. En l'absence d'outils sécurisés dédiés, ils ont lieu par téléphone (pour 9 médecins qui

ont ces échanges sur 10), par e-mail (pour 6 sur 10 d'entre eux) et par messagerie instantanée (pour 3 sur 10 d'entre eux).

### Une sensibilisation à la sécurisation des données de santé à améliorer

Les médecins généralistes mettent en œuvre des moyens pour sécuriser l'accès à leurs DPI : 75 % de ceux qui ont un DPI déclarent avoir un dispositif pour sécuriser leurs dossiers patients. Néanmoins, 17 % ne savent pas s'ils ont un tel dispositif<sup>4</sup>. Parmi ceux qui déclarent avoir un tel dispo-

- 2. Les variables de contrôle utilisées sont les mêmes que celles mentionnées dans le tableau 1.
- 3. HCAAM (2018). Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé. Avis et rapport, page 75.
- 4. Le questionnaire sur ce thème était formulé en deux étapes : il était d'abord demandé au médecin s'il avait un dispositif de sécurisation des données puis, le cas échéant, s'il était physique ou informatique. Certains médecins ont donc pu ne pas penser au dispositif physique, comme un bureau fermé à clé, comme moyen de sécurisation.

TABLEAU 1

Facteurs associés à une plus grande utilisation déclarée des outils de la e-santé

	Rla	[IC 95%]
<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>		
Sexe (réf. Homme)		
Femme	1,02	[0,98;1,06]
Âge (réf. < 50 ans)		
50-60 ans	<b>0,92</b>	<b>[0,88;0,95]</b>
> 60 ans	<b>0,78</b>	<b>[0,74;0,83]</b>
<b>Caractéristiques du lieu d'exercice</b>		
Région d'exercice (réf. Autre)		
Paca	1	[0,96;1,05]
Pays de la Loire	1,01	[0,98;1,04]
APL 2017 du territoire de vie-santé (réf. 1 <sup>er</sup> quartile) <sup>1</sup>		
2 <sup>e</sup>	1,02	[0,97;1,07]
3 <sup>e</sup>	1,01	[0,96;1,06]
4 <sup>e</sup>	0,99	[0,94;1,04]
Score de difficultés rencontrées face à la baisse de la démographie médicale <sup>2</sup>	1,01	[0,99;1,02]
Persp. démo. d'offre de soins sur la zone d'exercice (réf. Stabilité ou hausse)		
Légère baisse	0,99	[0,94;1,05]
Forte baisse	1	[0,95;1,05]
<b>Organisation du cabinet</b>		
Nombre de MG en ETP au cabinet (réf. Exerce seul)		
De 1 à 2 ETP	1,05	[0,99;1,11]
Plus de 2 ETP	<b>1,07</b>	<b>[1,02;1,12]</b>
Dispose d'un secrétariat (réf. Non)		
Oui	<b>1,13</b>	<b>[1,05;1,22]</b>
Propose des plages de consultations sans rendez-vous (réf. Non)		
Oui	0,99	[0,95;1,03]
Agréé comme maître de stage (réf. Non)		
Oui	<b>1,08</b>	<b>[1,04;1,11]</b>
Fait partie d'une CPTS (réf. Non)		
Oui	<b>1,06</b>	<b>[1,02;1,11]</b>
<b>Charge de travail</b>		
Taille de la patientèle « médecin traitant » (réf. 1 <sup>er</sup> quartile)		
2 <sup>e</sup>	1,06	[1,00;1,12]
3 <sup>e</sup>	1,06	[0,99;1,14]
4 <sup>e</sup>	<b>1,11</b>	<b>[1,02;1,20]</b>
Volume d'activité (réf. Moins élevé)		
Intermédiaire	1,03	[0,97;1,09]
Plus élevé	1,03	[0,95;1,11]
Nombre d'heures travaillées en semaines ordinaire, toutes activités professionnelles confondues	1	[1,00;1,00]
Nombre de 1/2 journées de FMC par an	1	[1,00;1,00]
Échange avec ses patients en dehors des consultations (réf. Non)		
Oui	0,98	[0,94;1,02]

Rla [IC 95 %] : ratio d'incidence ajusté [intervalle de confiance à 95 %] ; APL : accessibilité potentielle localisée ; MG : médecins généralistes ; ETP : équivalent temps plein ; CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé ; FMC : formation médicale continue.

1. L'indicateur d'APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locales (Chaput, Lefebvre-Hoang et Vergier, 2017). Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de ce territoire de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

2. 8 difficultés évoquées : refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant ; refuser des patients occasionnels (non médecin traitant) en demande de soins ; faire des journées plus longues que souhaitées ; raccourcir le temps de consultation par patient ; voir moins fréquemment certains patients qui étaient suivis régulièrement ; écourter son temps de formation ; déléguer certaines tâches assurées auparavant ; augmenter les délais de rendez-vous. Le score correspond au nombre de difficultés mentionnées par le répondant.

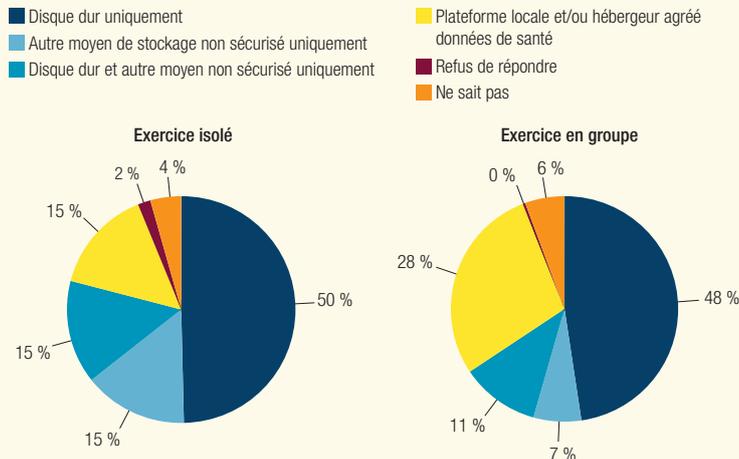
**Lecture** • Les médecins plus âgés ont moins tendance à avoir une grande utilisation des outils de e-santé : leur score moyen est égal à 0,79 fois le score moyen des plus jeunes toutes choses égales par ailleurs. Au contraire, ceux qui exercent avec plus de 2 autres MG ETP ont un score, en moyenne, 1,07 fois plus élevé que ceux qui exercent seuls en tant que médecin généraliste.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

## GRAPHIQUE 2

### Solutions adoptées par les médecins généralistes, seuls et en groupe, pour l'hébergement des données de santé de leurs patients



**Note** • Près de 4 médecins sur 10 exercent seuls.

**Lecture** • 50 % des médecins généralistes exerçant seuls conservent les données de santé de leurs patients sur un disque dur uniquement ; c'est le cas pour 48 % des médecins exerçant en groupe.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

stif, il est à la fois physique (bureau fermé à clé, alarme...) et informatique (antivirus, politique de changement de mot de passe...) dans 3 cas sur 4 et seulement physique dans 1 cas sur 10. Au-delà de la sécurisation de l'accès aux données, l'hébergement des données

des patients est un point sur lequel des améliorations peuvent également être réalisées. Près de la moitié des médecins généralistes déclarent héberger les données de santé de leurs patients uniquement sur le disque dur de leur ordinateur et 13 % adjoignent à ce mode

de stockage un autre outil non sécurisé d'entreposage (disque dur externe par exemple). Seul un quart des médecins déclarent héberger les données de santé de leurs patients sur une plateforme locale ou régionale, ou encore chez un hébergeur agréé pour les données de santé (agrément délivré par l'ASIP santé, l'agence française de la santé numérique). Ces deux modes d'hébergement sont les seuls qui sont considérés comme sécurisés (voir l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Le fait d'exercer en groupe, quelle que soit la composition du groupe, augmente sensiblement le recours à un hébergement sécurisé (graphique 2) : 15 % des médecins exerçant seuls sont dans ce cas-là, contre 28 % de ceux exerçant en groupe. Quand le stockage des données est sécurisé, il est majoritairement réalisé chez un hébergeur agréé pour les données de santé (19 % des médecins) et moins souvent fait sur une plateforme locale ou régionale (6 % des médecins). Une faible proportion de médecins généralistes recourent à ces deux solutions. ■

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de répondre à l'enquête et tous les participants à l'élaboration du questionnaire.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- L'ensemble de la documentation relative au Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est disponible sur le site de la DREES, rubrique Open data, sous-rubrique professions de santé et du social.
- **Bourdel, L., Cambon, L.** (2019, septembre). E-santé, télésanté, santé 2.0 : de quoi parle-t-on ? Paris, France : La Documentation française, ADSP, 108.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES, *Études et Résultats*, 1138.
- **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., Lefebvre-Hoang, I., Vergier, N.** (2017, mai). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 17.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Fabrice Lengart

**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara

**Rédactrice en chef technique** : Sabine Boulanger

**Secrétaire de rédaction** : Élisabeth Castaing

**Composition et mise en pages** : Stéphane Jeandet

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE  
P U B L I Q U E

La DREES fait partie  
du Service statistique public  
pilote par l'Insee.

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



PANEL D'OBSERVATION DREES  
des pratiques et des conditions d'exercice ORS  
en Médecine Générale URPS Médecins Libéraux

JANVIER  
2020  
NUMÉRO  
1140

## Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir, d'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Ils sont par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Nombreux sont ceux qui déclarent allonger leurs journées de travail ou refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-dense.

De plus, 3 généralistes sur 4 ont également des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients. Ces difficultés sont principalement liées aux délais d'obtention d'un rendez-vous, en particulier chez les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres.

Avec l'évolution de l'offre de soins environnante, 3 sur 10 déclarent se « spécialiser », notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie. Devant la perspective de la baisse de l'offre locale de soins, les médecins généralistes comptent adapter leurs pratiques, par exemple en rendant le patient plus autonome ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné.

**Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (IRDES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet (ORS Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), Thomas Hérault (URML Pays de Loire)**

**S**elon les dernières projections de la DREES, les effectifs de médecins libéraux diminueraient jusqu'en 2027 et seraient alors inférieurs de 24 % à leur niveau de 2012 (Anguis et Bachelet, 2017). Ce recul serait particulièrement marqué pour les médecins généralistes libéraux dont les effectifs diminueraient de près de 30 % durant cette période. Cette baisse, combinée à la croissance et au vieillissement de la population française, se traduirait par un affaiblissement de la densité médicale libérale à l'échelle nationale.

Ces dynamiques démographiques, qui viennent s'ajouter à l'inégale répartition des médecins sur le territoire français (*encadré 1*), impliquent des ajustements de la part des patients comme des médecins. Le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (*encadré 2*) étudie les perceptions et les réponses des médecins généralistes en matière d'organisation et de pratiques de soins face à une éventuelle raréfaction de la ressource médicale dans leur zone d'exercice. Les données du panel reflètent la perception que les médecins généralistes ont de la démographie médicale locale, elles n'en constituent pas une évaluation objective. Les résultats présentés ici sont donc purement déclaratifs.

## 7 médecins sur 10 jugent que l'offre de généralistes est insuffisante sur leur territoire

Près de 70 % des médecins généralistes estiment que l'offre de médecine générale sur leur territoire est insuffisante, dont 22 % qu'elle est très insuffisante (graphique 1). Ils sont deux fois plus nombreux à la juger très insuffisante lorsqu'ils exercent dans un territoire de vie-santé sous-dense (D1)<sup>1</sup>.

Ces perceptions concernant l'offre locale en médecine générale sont, en comparaison, cohérentes avec la situation objective décrite par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)<sup>2</sup> : en effet, ceux qui exercent dans les zones avec la plus faible APL estiment l'offre locale plus insuffisante que leurs confrères exerçant dans les zones avec une plus grande accessibilité. Néanmoins, le constat d'une insuffisance est partagé dans toutes les zones, y compris dans celles où l'accessibilité est la plus forte : près d'1 médecin sur 2 qui exerce dans une commune dont la population fait actuellement partie des 10 % de la population française avec le meilleur accès aux généralistes (D10) estime que l'offre est insuffisante ou très insuffisante dans sa zone. Ce constat, en niveau, partagé par l'ensemble des médecins généralistes est une observation subjective, qui peut être sujette à des biais de perception.

Interrogés sur les perspectives de l'offre de soins sur leur zone d'exercice, 79 % des médecins généralistes s'attendent à une baisse (dont 60 % s'attendent à une forte baisse)<sup>3</sup>. Ceux qui exercent en zone sous-dense anticipent une baisse plus marquée : 81 % s'attendent à une baisse de l'offre de soins libérale et, parmi eux, 71 % s'attendent à une forte baisse.

## 8 médecins sur 10 déclarent des difficultés de prise en charge de leurs patients

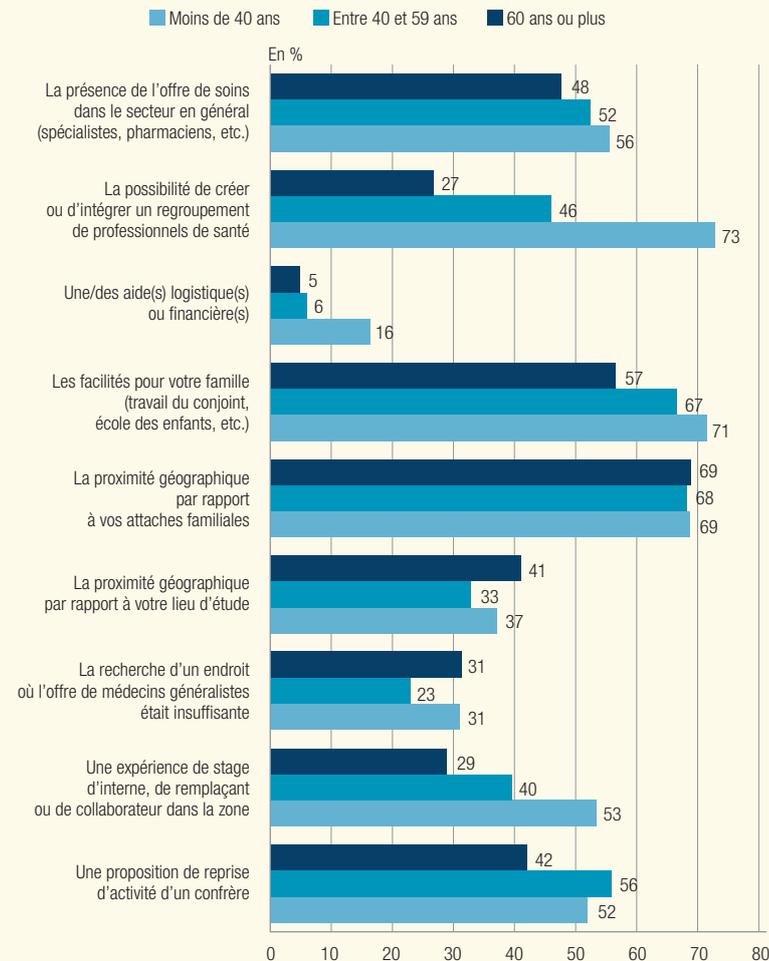
Près de 80 % des médecins généralistes indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients et la moitié déclare que ces difficultés ont un impact sur leur pratique. Ces difficultés sont plus marquées en zone sous-dense : 84 % déclarent avoir du mal à répondre aux sollicitations et 57 % d'entre eux estiment que cela a un effet sur leur pratique.

### ENCADRÉ 1

#### Les motifs d'installation des médecins généralistes

Deux déterminants conditionnent le choix du lieu d'installation des médecins généralistes : un déterminant professionnel (la qualité et la quantité de travail que peut espérer un médecin sur un territoire) et un déterminant personnel (proximité familiale, facilités pour le conjoint). Certains des critères semblent intergénérationnels et d'autres plus spécifiques aux jeunes générations. En effet, si la proximité aux attaches familiales est mise en avant par 69 % des médecins sans différence selon la tranche d'âge, d'autres semblent essentiellement dépendre de la période d'installation (graphique de l'encadré). Par exemple, la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels est plébiscitée par 73 % des médecins de moins de 40 ans et mentionnée par seulement 27 % des 60 ans ou plus. Ce constat conforte l'importance de l'exercice en groupe pour les jeunes générations. Également, une première expérience sur le territoire en tant qu'interne ou en tant que remplaçant est mise en avant par 53 % des médecins de moins de 40 ans, contre seulement 29 % des 60 ans ou plus. Si les aides financières et logistiques ne constituent pas un motif d'installation très important pour les médecins généralistes, il est mentionné près de trois fois plus par les moins de 40 ans que pour les autres. Il n'est, par ailleurs, pas plus mis en avant par les médecins exerçant en zones sous-denses que les autres.

#### Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin



**Note** • Les médecins généralistes de moins de 40 ans représentent 17 % de la population et ceux de 60 ans ou plus 28,5 %.

**Lecture** • 56 % des médecins généralistes de moins de 40 ans ont été guidés dans leur choix de lieu d'installation actuel par la présence de l'offre de soins dans le secteur en général ; c'est le cas pour 48 % des médecins de 60 ans ou plus.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

1. On considère un territoire de vie-santé comme « sous-dense » quand sa population fait partie des 10 % de la population française ayant l'accessibilité au médecin généraliste (mesurée avec l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, APL) la plus faible. Ce seuil correspond approximativement à 2,8 consultations par an et par habitant standardisé. C'est également le seuil en dessous duquel les médecins ont été suréchantillonnés afin d'avoir des résultats significatifs à l'échelle de cette population.

2. L'indicateur d'APL est une mesure d'accessibilité au médecin généraliste tenant compte de l'offre et de la demande de soins locales (Chaput, Lefebvre-Hoang et Vergier, 2017). Un médecin exerce dans un territoire de vie-santé appartenant au premier quartile d'APL lorsque la population de vie-santé fait partie des 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

3. Ces résultats ne tiennent pas compte des 7 % des répondants qui disent ne pas savoir quelle serait l'évolution sur leur zone. Ils sont 5 % en zones sous-denses à ne pas savoir quelle serait l'évolution sur leur zone.

Indépendamment des difficultés ressenties pour répondre à la demande de soins, une grande majorité de médecins généralistes déclarent être actuellement amenés à adapter leur pratique. Ainsi, 72 % indiquent faire des journées plus longues que souhaité, et presque la moitié écourte le temps dédié à la formation professionnelle (tableau 1). Ces ajustements de la pratique ont également des conséquences sur l'accès aux soins des patients : 54 % des médecins généralistes affirment devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et 53 % refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Pour 40 %, le suivi de certains patients devient moins régulier et pour 28 % le temps de consultation est raccourci. Quant aux demandes de consultations non programmées (pour le jour même ou le lendemain), seuls 28 % des médecins généralistes sont en mesure de toutes les accepter (Chaput *et al.*, 2020a).

Certaines de ces difficultés ressenties sont plus prononcées chez les médecins généralistes exerçant en zones sous-denses : ils sont plus nombreux à écourter leur temps de formation (52 % contre 47 % en général), à augmenter leurs délais de rendez-vous (61 % contre 54 %) et à suivre moins fréquemment certains patients (49 % contre 40 %). Concernant les délais de rendez-vous et la fréquence de suivi de certains patients, ces différences entre zones sous-denses et zones non sous-denses persistent lorsque l'on tient compte du sexe, de l'âge, du volume d'activité et du mode d'exercice (seul ou exercice regroupé).

### Plus de 3 généralistes sur 4 ont du mal à adresser leurs patients à des spécialistes

Dans leur pratique quotidienne, 77 % des médecins généralistes sont confrontés à des difficultés pour trouver des confrères spécialistes<sup>4</sup> en mesure de prendre en charge leurs patients. Ces problèmes d'accessibilité aux spécialistes sont pour partie liés à la distance ou au coût des consultations, mais surtout aux délais d'obtention de rendez-vous : 98 % des médecins généralistes rencontrant des difficultés d'adressage peinent à trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable, 31 % à trouver un confrère à

## ENCADRÉ 2 Source

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France, 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 les 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, installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018, ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur). Environ 12 000 médecins ont été sollicités pour participer au Panel portant le taux d'inclusion à 27 %.

La première vague d'enquête s'est déroulée entre octobre 2018 et avril 2019, par internet et par téléphone. Au total, 3 076 médecins ont été interrogés, ce qui représente un taux de réponse de 93 % par rapport à la vague d'inclusion ; 53 % des médecins répondants à cette vague ont répondu par internet.

Le questionnaire<sup>1</sup> de cette première vague a été élaboré par l'Aix-Marseille School of Economics, l'ORS Paca et la DREES, en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de Santé (DSSIS), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ainsi que les partenaires du Panel habituels (ORS Pays de la Loire, les URPS-ML des régions Paca et Pays de la Loire). Il aborde les thèmes suivants :

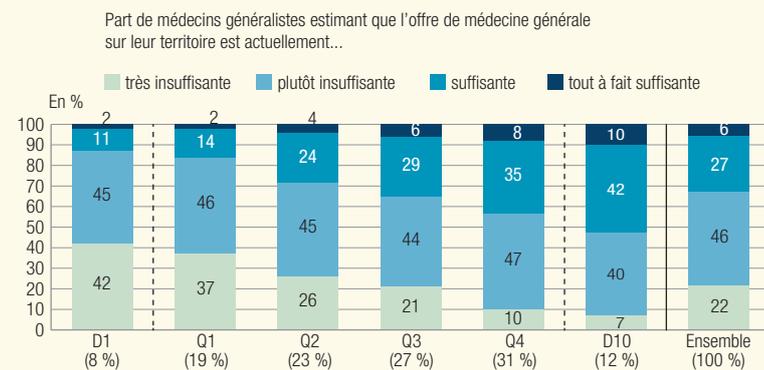
- l'organisation du cabinet (8 items) ;
- les attitudes des médecins généralistes face à la baisse de la démographie médicale (12 items) ;
- l'utilisation des outils de e-santé (17 items étudiés dans Chaput *et al.*, 2020b) ;
- la prise en charge des soins non programmés (14 items et une vignette clinique, étudiés dans Chaput *et al.*, 2020a).

Les données d'enquête sont pondérées afin de tenir compte de la non-réponse et calées. Ainsi, l'échantillon des répondants est représentatif de l'ensemble du champ de l'enquête selon le sexe, l'âge, le volume d'activité, l'exercice ou non dans une région partenaire et l'exercice ou non dans une zone à faible densité médicale. Les analyses présentées ici sont systématiquement pondérées.

1. Le questionnaire est disponible à l'adresse suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-mecicine>

## GRAPHIQUE 1

### Ressenti global des médecins généralistes sur l'offre de médecine générale environnante, selon l'APL locale



APL : accessibilité potentielle localisée.

**Note** • Les quantiles d'APL sont calculés en population résidente : les médecins du premier quartile d'APL (Q1) sont les médecins qui exercent dans des territoires de vie-santé où vivent les 25 % de la population avec la plus faible accessibilité aux généralistes. Ils représentent 19 % des médecins.

**Lecture** • 22 % des médecins généralistes (MG) estiment que l'offre de MG sur leur territoire est actuellement très insuffisante. Parmi les MG exerçant en zone sous-dense (D1), 42 % estiment que l'offre de MG sur leur territoire est actuellement très insuffisante.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

4. Aux termes de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, la médecine générale est considérée comme une spécialité à part entière. Toutefois, par souci de simplicité du propos, les notions de spécialité renvoient ici aux autres disciplines médicales.

TABLEAU 1

Impact des évolutions de la démographie médicale sur la qualité de vie, la formation et les pratiques des médecins généralistes libéraux

	En %	
	Ensemble	Médecins généralistes exerçant en zone sous-dense
<b>Qualité de vie et sur la formation</b>		
Fait des journées plus longues que souhaité	72	NS
Écorte sur son temps de formation	47	52
<b>Prise en charge</b>		
Refuse de nouveaux patients en tant que médecin traitant	53	NS
Refuse des patients occasionnels (non médecin traitant) en demande de soins	45	NS
<b>Rythme d'activité</b>		
Augmente les délais de rendez-vous	54	61
Voit moins fréquemment certains patients qui ont été suivis régulièrement	40	49
Raccourcit le temps de consultation par patient	28	NS
Délègue certaines tâches assurées auparavant	23	28
<b>Soins non programmés</b>		
Propose des plages de consultations sans rendez-vous	45	NS
Accepte la moitié ou moins des demandes de consultations pour le jour même ou le lendemain	24	30
Accepte plus de la moitié des demandes de consultations pour le jour même ou le lendemain	45	41
Accepte toutes les demandes de consultations pour le jour même ou le lendemain	28	25

NS : pas de différence significative avec les médecins n'exerçant pas en zone sous-dense.

**Note** • Les médecins généralistes (MG) exerçant en zone sous-dense sont ceux du premier décile d'APL et représentent 8 % des MG.

**Lecture** • 47 % de l'ensemble des médecins généralistes déclarent empiéter sur leur temps de formation ; ils sont 52 % parmi les médecins généralistes exerçant en zone sous-dense.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

distance raisonnable et 31 % à trouver une prise en charge à des tarifs accessibles. L'ophtalmologie (83 %), la dermatologie (81 %) et la psychiatrie (74 %) sont les spécialités les plus fréquemment citées, sans différence notable selon l'exercice en zone sous-dense ou non, à part pour la psychiatrie, particulièrement citée par les médecins exerçant en zone sous-dense.

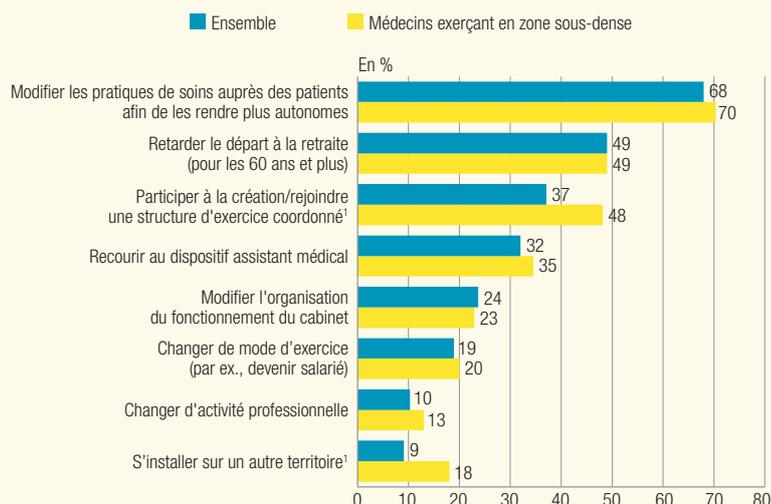
Les difficultés d'accès aux professionnels de santé paramédicaux<sup>5</sup> sont moindres : 39 % des médecins généralistes déclarent en rencontrer. Parmi ceux-là, 80 % ont des difficultés pour orienter leurs patients vers des masseurs-kinésithérapeutes, 71 % vers des orthophonistes et seulement 21 % vers des infirmiers. Les médecins de zones sous-denses ne déclarent pas plus de difficultés que les autres dans l'accès à ces soins paramédicaux.

3 généralistes sur 10 se spécialiseraient face à la raréfaction des spécialistes dans leur zone

En raison de l'évolution<sup>6</sup> de l'offre de soins sur leur territoire, 29 % des médecins généralistes déclarent se « spécialiser » dans certains domaines de la médecine. Les domaines les plus mentionnés sont la

GRAPHIQUE 2

Intentions des médecins généralistes considérant que les perspectives démographiques sur leur zone d'exercice sont à la baisse



1. Proposition avec une différence statistiquement significative.

**Note** • Les médecins généralistes (MG) exerçant en zone sous-dense sont ceux du premier décile d'APL et représentent 8 % des MG.

**Lecture** • 37 % des médecins généralistes pensant que la situation démographique de leur zone d'activité va se détériorer envisagent de participer à la création ou de rejoindre une structure d'exercice coordonnée ; ils sont 48 % parmi ceux qui exercent en zone sous-dense.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif qui estiment que l'offre locale de médecine va diminuer, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • 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-avril 2019.

5. Le questionnaire évoque seulement les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.  
6. Ce terme était utilisé dans la question posée aux médecins et ne préjugait pas du sens de l'évolution.

gynécologie (49 %), la pédiatrie (45 %) et la gériatrie (27 %). Ceux-ci correspondent à des spécialités parmi les moins souvent citées concernant les difficultés d'adressage. Toutes choses égales par ailleurs, ce sont les médecins généralistes jeunes, les femmes, ceux en exercice regroupé, exerçant en zone sous-dense ou ceux ayant un faible volume d'activité qui déclarent le plus se spécialiser.

### Une solution pour les médecins généralistes : l'éducation thérapeutique

Les médecins généralistes qui se placent dans la perspective d'une baisse de l'offre de soins sur leur territoire (79 %) ont aussi été interrogés sur leurs intentions face à ce recul. Parmi eux, certains envisagent de changer d'activité professionnelle ou de s'installer sur un autre territoire, ces proportions étant plus élevées pour les médecins exerçant en zone sous-dense, atteignant 13 % et 18 % respectivement, contre 10 % et 9 % en général (*graphique 2*). Par ailleurs, 1 sur 5 envisage de changer de mode d'exercice (pour devenir

salarié par exemple). Enfin, la moitié des 60 ans ou plus envisagent de retarder leur départ à la retraite.

De plus, un quart des médecins généralistes qui s'attendent à une baisse de l'offre de soins sur leur territoire envisagent de modifier l'organisation de leur cabinet (en proposant plus de plages sans rendez-vous par exemple). Ils sont également nombreux (68 %) à envisager de modifier leurs pratiques de soins auprès des patients, afin de les rendre plus autonomes, par le biais de l'éducation thérapeutique<sup>7</sup>. Cette idée rencontre déjà une forte adhésion des médecins en 2009 (Cabut *et al.*, 2011). Même si elle ne vise pas proprement à lutter contre la baisse de la démographie médicale, elle semble s'imposer à ces médecins généralistes comme une solution logique face à la sous-densité, permettant d'espacer les visites et ainsi d'allouer du temps médical à d'autres soins ou à d'autres patients.

Par ailleurs, près de 4 médecins sur 10 considérant que les perspectives démographiques sont à la baisse sur leur zone d'exercice envisagent de travailler de

manière plus collective en participant à la création d'une structure d'exercice coordonné (comme une maison de santé pluri-professionnelle, par exemple) ou en rejoignant une existante. Ils sont près de la moitié en zone sous-dense. Ceci illustre l'attrait de cette forme d'organisation dans ce type de territoire.

Enfin, un tiers des médecins généralistes considèrent que l'utilisation des outils de la télémédecine n'est pas une solution intéressante pour prendre en charge les patients résidant dans des zones à faible densité médicale ; en zones sous-denses, ils sont plus de 4 sur 10 de cet avis. Néanmoins, 1 médecin sur 5 interrogés déclare ne pas savoir si c'est une solution crédible ou non, et ils sont moins nombreux dans ce cas en zones sous-denses (1 sur 7). ■

Les auteurs remercient l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de répondre à l'enquête et tous les participants à l'élaboration du questionnaire.

● ● ●  
7. L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, selon l'Organisation mondiale de la santé.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- L'ensemble de la documentation relative au Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est disponible sur le site de la DREES, rubrique Open data, sous-rubrique Professions de santé et du social.
- **Anguis, M., Bachelet, M.** (2017, mai). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, *Études et Résultats*, 1011.
- **Cabut, S., et al.** (2011, février). Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile, Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans 5 régions françaises. DREES, *Études et Résultats*, 753.
- **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., et al.** (2020, janvier). Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES, *Études et Résultats*, 1138.
- **Chaput, H., et al.** (2020, janvier). E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1139.
- **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2018). Territoire de vie-santé - zonage médecin.

### LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication :** Fabrice Lengart

**Responsable d'édition :** Souphaphone Douangdara

**Rédactrice en chef technique :** Sabine Boulanger

**Secrétaire de rédaction :** Élisabeth Castaing

**Composition et mise en pages :** Stéphane Jeandet

**Conception graphique :** Julie Hiet et Philippe Brulin

**Pour toute information :** [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE  
P U B L I Q U E

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.