Ompl

ÉTUDE PROSPECTIVE SUR L'AVENIR DES CABINETS MÉDICAUX LIBÉRAUX

2026

Anticiper les mutations, construire les équilibres de demain

Cette étude prospective, conduite à la demande de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) de la branche des cabinets médicaux libéraux, intervient à un moment charnière pour l'exercice libéral, marqué par des recompositions organisationnelles, technologiques et démographiques majeures.

Depuis l'édition de 2021, les dynamiques à l'œuvre se sont intensifiées : évolution du rapport au travail des jeunes médecins, structuration croissante autour de formes collectives, montée des pathologies chroniques, pression des soins non programmés, diffusion rapide des outils numériques et de l'intelligence artificielle, émergence de nouveaux métiers, progression de la financiarisation. Autant de mutations qui redessinent le modèle du cabinet médical libéral.

Les cabinets médicaux demeurent un pilier essentiel de l'offre de soins de proximité et de la continuité des parcours. Mais ils sont aujourd'hui confrontés à des tensions structurelles — démographiques, organisationnelles, économiques et technologiques — qui interrogent la soutenabilité du modèle traditionnel d'exercice.

À partir d'un état des lieux, fondé sur une enquête quantitative, des entretiens qualitatifs et des travaux prospectifs associant les acteurs de la branche, cette étude propose une lecture structurée des transformations en cours. Elle explore ensuite deux trajectoires d'évolution : un scénario tendanciel, prolongeant les dynamiques actuelles, et un scénario souhaité, identifiant les conditions d'un développement maîtrisé et équilibré du modèle libéral.

Ces scénarios n'ont pas vocation à prédire l'avenir, mais à éclairer les choix collectifs à opérer dès aujourd'hui. Ils constituent des outils d'aide à la décision pour les partenaires sociaux, afin d'anticiper les impacts sur l'emploi, les compétences et les conditions d'exercice, et de définir une stratégie emploi-formation adaptée aux défis à venir.

En tant que partenaire privilégié de la CPNEFP, l'OMPL met ainsi son expertise au service de la branche pour accompagner les transformations et contribuer à la construction d'un modèle libéral soutenable, attractif et adapté aux besoins des patients comme des professionnels.

114 594
entreprises employeuses

518 559
salariés

83 %
femmes

17 %
hommes

3 secteurs

- Cadre de vie-technique
- Juridique
- Santé

10 branches

- Entreprises d'architecture
- Cabinets ou entreprises d'expertises en automobile
- Études d'administrateurs et mandataires judiciaires
- Cabinets d'avocats
- Offices de commissaires de justice et sociétés de ventes volontaires
- Cabinets dentaires libéraux
- Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers
- Cabinets médicaux
- Pharmacie d'officine
- Cabinets et cliniques vétérinaires

SOMMAIRE

4 Principaux résultats

10 Étude financée par l'OMPL et copilotée par la CPNE-FP

12 État des lieux de la branche des cabinets médicaux libéraux : une branche en recomposition sous l'effet de transformations démographiques, organisationnelles et économiques

40 Scénarios prospectifs : quel avenir pour les cabinets médicaux libéraux ?

52 Fiches action

PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude prospective, conduite à la demande de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) de la branche des cabinets médicaux libéraux, intervient à un moment charnière pour l'exercice libéral, marqué par des recompositions organisationnelles, technologiques et démographiques majeures.

Les cabinets médicaux libéraux occupent une place essentielle dans l'offre de soins de proximité. Ils assurent une fonction structurante dans le premier recours, le suivi des patients dans la durée et la continuité des parcours. Leur rôle demeure central dans l'organisation du système de santé, au plus près des territoires et des besoins de la population.

Ce modèle entre cependant dans une phase de transformation profonde. Le vieillissement démographique, la progression des pathologies chroniques, les tensions sur la démographie médicale, l'évolution des attentes professionnelles, la montée des formes d'exercice collectif, le développement du numérique et de l'intelligence artificielle, ainsi que la progression de logiques de financiarisation dans certains segments, modifient durablement les conditions d'exercice.

Ces évolutions ne remettent pas en cause la place du cabinet médical libéral dans le système de santé. Elles conduisent en revanche à en redéfinir progressivement les équilibres. L'enjeu est désormais de préserver ce qui fait la valeur du modèle libéral — la proximité, la continuité, la responsabilité clinique, l'ancrage territorial — tout en l'adaptant à un environnement plus exigeant, plus collectif, plus numérisé et plus contraint.

ÉTAT DES LIEUX : UN MODÈLE SOUS TENSION, EN VOIE DE RECOMPOSITION

Chiffres clefs sur les cabinets médicaux libéraux[1] :

34 600
structures (soit une évolution de -3% en 5 ans)

97 100
salariés (soit une évolution de plus de 11% en 5 ans)

12 ans
d'existence en moyenne

2,8
effectifs en moyenne par cabinet (+12% en 5 ans)

Plus d'1 salarié sur 4
est désormais cadre ou profession intermédiaire (27% des emplois en 2022 contre 23% en 2018).

Une hausse de 15%
des soins réalisés dans les cabinets représentant une dépense de 25Mds d'euros (+2% en 5 ans entre 2018 et 2022)

1. Données 2022 - Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités & Insee & Acoss / traitements et estimations Pragma Etudes

Une activité de plus en plus complexe à organiser

La médecine libérale de ville est de plus en plus structurée par la montée des pathologies chroniques. Le vieillissement de la population et la progression des maladies au long cours renforcent le poids du suivi, de la coordination, de la prévention et de l'accompagnement des patients dans la durée. Le temps médical est davantage mobilisé par des situations cliniques plus complexes, souvent marquées par la polypathologie et par des besoins accrus d'articulation entre professionnels.

Dans le même temps, les cabinets restent soumis à une pression persistante de soins non programmés. Les difficultés d'accès aux soins, les attentes croissantes d'immédiateté et les tensions générales sur l'offre contribuent à déstabiliser l'organisation quotidienne des structures. Les équipes doivent ainsi arbitrer en permanence entre continuité des prises en charge, disponibilité pour les demandes urgentes et maintien de conditions d'exercice soutenables.

Cette double pression constitue aujourd'hui un facteur central de transformation. Elle rend le fonctionnement des cabinets plus exigeant sur le plan organisationnel, renforce le besoin d'outils adaptés et fait émerger la nécessité de réponses plus coordonnées, plus lisibles et plus collectives. Au-delà de la hausse de l'activité, c'est donc sa complexité croissante qui redéfinit en profondeur les conditions d'exercice.

Un rapport au travail qui transforme les formes d'exercice

Les attentes des professionnels, en particulier des jeunes médecins, évoluent de manière nette. L'exercice libéral continue d'attirer, mais il n'est plus pensé selon les mêmes repères. Il est moins souvent envisagé comme une installation immédiate, exclusive et définitive. Les trajectoires deviennent plus progressives, plus hybrides et plus réversibles, avec davantage de remplacements, d'exercices mixtes et de temps partagés.

Les nouvelles générations expriment des attentes fortes en matière de qualité de vie, de prévisibilité des horaires, de limitation des contraintes administratives et de sécurisation des conditions d'exercice. Le choix d'un mode d'exercice dépend désormais davantage de l'environnement professionnel, de la possibilité de travailler en équipe, du maillage territorial en matière d'offre de soins du territoire et de l'existence d'un cadre d'exercice perçu comme soutenable.

Ce déplacement du rapport au travail a des effets structurants. Il favorise les formes d'exercice plus collectives, plus coordonnées et plus organisées. Il modifie également le rôle attendu du médecin libéral, qui désormais doit jongler entre plusieurs responsabilités et missions : expertise clinique, coordination, travail en équipe, usage d'outils numériques et parfois responsabilités de pilotage. Le métier évolue ainsi plus vite que les cadres traditionnels qui l'ont longtemps structuré.

Une dynamique de regroupements désormais structurante

La montée des formes collectives constitue l'un des marqueurs les plus nets des évolutions en cours. Cabinets de groupe, maisons de santé pluriprofessionnelles, Equipes de Soins Spécialisées (ESS), dynamiques territoriales de coopération : ces modèles gagnent en importance parce qu'ils permettent de mutualiser les moyens, de partager les charges, d'améliorer les conditions d'exercice et de renforcer la coordination des prises en charge.

Cette évolution traduit un changement d'échelle dans l'organisation des cabinets. Le cabinet médical tend à devenir une structure plus complexe, intégrant non seulement la consultation et le soin, mais aussi des fonctions de coordination, de gestion, de logistique, de ressources humaines et d'inscription territoriale. L'exercice collectif ne relève plus seulement d'un partage de locaux ou de moyens ; il devient une modalité d'organisation à part entière de l'offre de soins.



Pour autant, cette structuration demeure inégale. Les modèles collectifs restent très hétérogènes dans leur niveau de maturité, leur ancrage territorial et leur solidité économique. Les coûts d'installation, les charges de structuration et la dépendance à certains soutiens extérieurs continuent de freiner leur développement. Le collectif apparaît ainsi à la fois comme une orientation forte et comme un chantier encore partiellement stabilisé.

Une montée des besoins d'appui, de délégation et de nouvelles compétences

La soutenabilité du modèle repose de plus en plus sur la capacité des cabinets à mieux répartir les tâches et à s'appuyer sur des équipes élargies. La montée des besoins administratifs, organisationnels, numériques et de coordination rend plus difficile un fonctionnement centré exclusivement sur le médecin et sur un nombre limité de personnels support.

Le développement des assistants médicaux illustre cette évolution. Il vise à libérer du temps médical en confiant à d'autres professionnels certaines tâches administratives, préparatoires ou d'organisation. D'autres fonctions émergent également comme déterminantes : coordination des parcours, gestion administrative renforcée, appui numérique, accompagnement des outils, voire soutien au pilotage des structures.

La délégation de certaines tâches apparaît ainsi comme un levier pour recentrer le temps médical sur les activités à plus forte valeur clinique. Son développement reste toutefois encore inégal et partiellement structuré. Les freins tiennent autant aux questions de financement qu'à la clarification des rôles, à la lisibilité des responsabilités et à la reconnaissance des compétences nécessaires. L'enjeu dépasse la seule création de nouveaux postes : il concerne plus largement la professionnalisation de l'organisation du travail dans les cabinets médicaux libéraux.

Un tournant numérique déjà engagé, mais encore inégalement maîtrisé

Le numérique s'est imposé dans le fonctionnement quotidien des cabinets. Les outils socles sont désormais largement diffusés. En revanche, les usages plus avancés - téléconsultation, télé-expertise, outils d'aide à la décision, intelligence artificielle -restent plus inégalement appropriés. Leur déploiement se heurte à des freins récurrents : coût des solutions, manque d'interopérabilité, besoin de formation, temps d'apprentissage, préoccupations liées à la confidentialité et à la responsabilité.

L'intelligence artificielle s'inscrit dans cette dynamique. Elle ouvre des perspectives importantes pour alléger la charge administrative, structurer les données, appuyer certaines décisions ou améliorer le suivi des patients. Mais son usage fait apparaître de fortes attentes de sécurisation, de validation et d'accompagnement. Elle interroge directement la manière dont les professionnels conservent la maîtrise du raisonnement clinique, de la relation au patient et des responsabilités associées.

Le sujet n'est donc plus celui de l'entrée du numérique dans les cabinets, mais celui de sa pleine intégration dans des organisations cohérentes, fluides et sécurisées. L'enjeu est moins technologique en lui-même qu'organisationnel et professionnel.

Des tensions croissantes autour des équilibres économiques et de la gouvernance

Les transformations du secteur posent enfin la question des modèles économiques et de la gouvernance. Dans certaines spécialités, notamment lorsque les besoins d'investissement sont élevés, les logiques de concentration et l'entrée d'acteurs financiers progressent. Ces évolutions peuvent faciliter la modernisation des structures, l'acquisition d'équipements et la mutualisation de certaines fonctions.

Elles soulèvent néanmoins des interrogations importantes. Les professionnels expriment de fortes réserves quant au risque de voir s'accentuer la dissociation entre exercice médical et maîtrise de leurs ressources professionnelles. Au-delà de la question capitalistique, c'est celle de l'équilibre entre logique médicale et logique économique qui se trouve posée. La gouvernance des structures devient un enjeu central dans un contexte où les exigences de performance et de structuration se renforcent.

La transformation du modèle libéral appelle ainsi une vigilance particulière sur les conditions dans lesquelles se développent les investissements, sur la transparence des structures et sur la capacité des professionnels à rester pleinement acteurs des orientations cliniques et organisationnelles.

PERSPECTIVES : DEUX TRAJECTOIRES POSSIBLES POUR LES CABINETS MÉDICAUX LIBÉRAUX

Les transformations observées aujourd'hui peuvent conduire à deux trajectoires distinctes. Elles ne décrivent pas deux futurs totalement opposés, mais deux manières d'organiser et de réguler les mutations déjà engagées.

Une trajectoire tendancielle : une adaptation réelle, mais déséquilibrée

Dans une première trajectoire, les évolutions actuelles se prolongent sans régulation suffisante ni structuration d'ensemble. Les cabinets se spécialisent davantage dans la gestion des situations complexes et du suivi chronique, tandis qu'une part croissante des soins non programmés est prise en charge dans des dispositifs extérieurs ou segmentés. Le rôle du cabinet de proximité demeure important, mais il tend à se recentrer sur certains segments de prise en charge au risque d'une fragmentation accrue des parcours.

Les formes collectives poursuivent leur développement, mais avec des niveaux variables de solidité économique et de maturité organisationnelle. Dans certains segments, les besoins de financement accélèrent la structuration économique et l'entrée d'acteurs extérieurs. Les cabinets gagnent en professionnalisation et en capacité d'investissement, mais au prix possible d'une perte de maîtrise sur la gouvernance et d'une tension croissante entre efficience, attractivité et autonomie médicale.

Les outils numériques et l'intelligence artificielle se diffusent rapidement, d'abord dans une logique d'optimisation. Ils contribuent à fluidifier les tâches administratives, à soutenir certaines décisions et à améliorer l'efficience des activités. Mais faute d'interopérabilité suffisante, de formation homogène et de cadre stabilisé, leur déploiement reste inégal. Des écarts se creusent entre structures bien équipées et structures plus isolées, entre professionnels qui intègrent ces outils et ceux qui restent à distance.

Les métiers évoluent, les délégations progressent et de nouvelles fonctions apparaissent, mais sans toujours bénéficier d'un cadre suffisamment lisible. Le système s'adapte, mais de façon partielle et parfois subie. Au total, cette trajectoire dessine un modèle plus structuré et plus technicisé, mais aussi plus segmenté, plus hétérogène et potentiellement plus vulnérable aux déséquilibres économiques et territoriaux.

Une trajectoire souhaitable : un modèle libéral coordonné, soutenable et maîtrisé

Une seconde trajectoire vise au contraire à faire des mutations en cours un levier de consolidation du modèle libéral. Dans cette perspective, le cabinet médical demeure un acteur central du premier recours et du suivi de proximité. Il conserve une forme de polyvalence, en articulant suivi chronique, prévention, coordination et prise en charge d'une partie des soins non programmés dans un cadre lisible pour les patients et soutenable pour les équipes.

L'exercice collectif y est renforcé, mais de manière choisie et structurée. Les regroupements permettent de mutualiser les moyens, de répartir la charge de travail, d'améliorer les conditions d'exercice et de mieux organiser les parcours. Les coopérations territoriales gagnent en maturité, avec des rôles mieux définis, des outils partagés et des cadres de coordination plus lisibles. Le collectif devient un facteur de qualité, d'attractivité et de résilience, sans se traduire par une dilution de la responsabilité médicale.

Dans cette trajectoire, les équipes sont davantage professionnalisées. Les fonctions administratives, de coordination et d'appui numérique sont renforcées, les délégations sont clarifiées, les parcours professionnels mieux structurés. Le temps médical peut ainsi être recentré sur la clinique, les situations complexes et la décision médicale, tandis que l'organisation du cabinet repose sur des compétences plus diversifiées et mieux reconnues.

Le numérique et l'IA y sont déployés comme des instruments au service du soin et non comme de simples outils d'efficience. Leur usage est encadré, interopérable, évalué et accompagné. Ils contribuent à améliorer la qualité des prises en charge, la coordination, la traçabilité et les conditions d'exercice, sans remettre en cause le raisonnement clinique ni la confiance des patients.

Enfin, les équilibres économiques sont mieux régulés. Les investissements extérieurs peuvent exister, mais dans un cadre qui protège l'indépendance des décisions médicales, la transparence de la gouvernance et la priorité donnée à l'intérêt du patient. La performance économique devient alors un moyen de soutenir la qualité des soins et non un principe structurant autonome.

Cette trajectoire ne suppose pas un retour au modèle ancien. Elle repose au contraire sur une modernisation assumée, mais gouvernée : un cabinet libéral plus collectif, plus outillé, plus coordonné et plus soutenable, sans perdre ce qui fonde sa valeur dans le système de santé — proximité, continuité, responsabilité clinique et adaptation aux besoins des territoires.

LEVIERS D'ACTION POUR ACCOMPAGNER UNE TRANSFORMATION MAÎTRISÉE

La dynamique prospective se prolonge par plusieurs leviers d'action structurants, organisés autour de trois priorités.

La première concerne le numérique et l'intelligence artificielle. Elle vise à accompagner l'appropriation de ces outils par les professionnels, à sécuriser leur cadre d'usage et à anticiper leurs effets sur l'organisation du travail et les métiers. Le développement du numérique ne peut être pleinement utile que s'il s'inscrit dans une logique de qualité, d'interopérabilité et de confiance.

La deuxième priorité porte sur l'évolution des compétences et des métiers. Elle implique de renforcer les compétences non cliniques et managériales, de consolider le rôle des assistants médicaux et de structurer des parcours professionnels plus attractifs pour les personnels de cabinet, qui avaient jusqu'alors peu de perspectives d'évolution tout au long de leur carrière. L'objectif est de mieux organiser les équipes et de recentrer le temps médical sur les activités à plus forte valeur clinique.

La troisième priorité concerne la gouvernance et la financiarisation. Elle consiste à mieux objectiver les transformations à l'œuvre, à encadrer les modalités de développement des investissements extérieurs et à renforcer la capacité des professionnels à maîtriser les dimensions économiques et entrepreneuriales de leur exercice. Il s'agit de permettre une modernisation du secteur sans affaiblissement de l'indépendance médicale ni dégradation des équilibres de soin.

Ces orientations convergent vers une même exigence : faire des mutations en cours non pas un facteur de déstabilisation, mais un levier de renforcement du modèle libéral dans sa fonction de proximité, de continuité et de coordination.

CONCLUSION

Les cabinets médicaux libéraux sont appelés à évoluer en profondeur dans les années à venir. Cette évolution est déjà engagée. Elle touche à la fois le contenu des prises en charge, les attentes professionnelles, les modes d'organisation, les compétences mobilisées, les outils utilisés et les équilibres économiques des structures.

Dans ce contexte, la question n'est pas de savoir si le modèle libéral va se transformer, mais selon quelle direction il le fera. Une évolution insuffisamment régulée pourrait accentuer la fragmentation, les déséquilibres territoriaux et les tensions entre exigences économiques et finalités médicales. À l'inverse, une transformation organisée peut permettre de consolider un modèle plus collectif, plus attractif, plus soutenable et mieux outillé, tout en préservant ses fondements.

L'avenir des cabinets médicaux libéraux se jouera ainsi dans la capacité à articuler modernisation et maîtrise, innovation et responsabilité, efficience et qualité, afin de maintenir une offre de soins de proximité à la fois solide, accessible et durable.



ÉTUDE FINANCÉE PAR L'OMPL ET COPILOTÉE PAR LA CPNE-FP



OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les cabinets médicaux libéraux traversent une phase de recomposition structurelle qui prolonge certaines dynamiques déjà identifiées lors des précédentes études prospectives, tout en faisant émerger de nouveaux équilibres à construire. L'évolution des attentes professionnelles, la montée en puissance des formes d'exercice collectif, l'intensification de la digitalisation des pratiques, le développement de nouveaux métiers et la progression de la financiarisation contribuent à redéfinir progressivement les équilibres du modèle libéral.

Depuis l'étude réalisée en 2021, plusieurs facteurs ont accéléré ces mutations : vieillissement de la population et montée des pathologies chroniques, tensions sur la démographie médicale, structuration territoriale des soins (CPTS, SAS), diffusion rapide des outils numériques et de l'intelligence artificielle, transformation des organisations de travail, ainsi que l'évolution des modèles économiques des structures de soins. Ces évolutions modifient à la fois les conditions d'exercice, l'organisation des cabinets, les compétences mobilisées et les perspectives d'emploi au sein de la branche.

Cette étude poursuit un double objectif :

- établir un état des lieux actualisé de la branche, structuré autour des principaux facteurs de transformation : évolution du profil et des attentes des médecins, structuration croissante de l'exercice collectif et coordonné, évolution des prises en charge (pathologies chroniques et soins non programmés), montée en puissance du numérique et de l'intelligence artificielle, transformation des métiers et évolution des compétences, et enjeux liés à la financiarisation de l'exercice médical ;
- développer une analyse prospective de l'activité, des organisations et des besoins en emplois et en compétences, en identifiant les dynamiques à l'œuvre et en évaluant leurs impacts à horizon cinq et dix ans. Cette approche vise à éclairer les trajectoires d'évolution possibles du secteur et à identifier les leviers permettant d'accompagner durablement les transformations du modèle des cabinets médicaux libéraux.

MÉTHODOLOGIE

L'étude s'appuie sur un large recueil d'informations :

- une analyse des données et documents existants issus de différentes sources : la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), l'Inspection générale des finances (IGF), l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), la Cour des comptes, France 2030, la Délégation au numérique en santé du ministère de la Santé, le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR), le Système national des données de santé (SNDS), les rapports parlementaires, la Délégation nationale à l'accès aux soins, la Cegedim, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), le CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins) ;
- une enquête en ligne à destination des cabinets médicaux (1 094 répondants, 20% représentent les employés et 80% les employeurs) ;
- un benchmark des pratiques et tendances de cinq pays : Allemagne, Belgique, Suisse, Italie et Canada (Québec) ;
- des entretiens téléphoniques qualitatifs avec 13 représentants du secteur. Ces professionnels

ont été interrogés sur les principales évolutions aujourd'hui et à venir, leurs impacts sur les RH (adaptation, évolution des emplois, besoins en compétences, conditions de travail, attractivité...), les projets de recrutement (emplois et profils, difficultés éventuelles), et la politique de formation.

L'analyse croisée de l'ensemble des données quantitatives et qualitatives recueillies a permis d'actualiser l'état des lieux de la branche, d'identifier les dynamiques de transformation à l'œuvre et d'en analyser les impacts sur l'organisation des cabinets, les métiers, les compétences et les conditions d'exercice.

L'étude se déploie en deux parties complémentaires.

Dans un premier temps, elle propose **un état des lieux structuré autour de sept grandes thématiques** qui rendent compte des mutations en cours :

I. L'équilibre sous tension entre pathologies chroniques et soins non programmés

II. La transformation du rapport au travail des jeunes médecins

III. La structuration croissante de l'exercice libéral autour de formes collectives

IV. La financiarisation croissante de certains segments de l'exercice libéral

V. L'émergence de nouveaux métiers et la montée en compétences des salariés

VI. La digitalisation des pratiques, avec un focus sur l'intelligence artificielle

VII. La formation continue comme pilier de soutenabilité du modèle libéral

Cet état des lieux permet de mieux appréhender les dynamiques autour des cabinets médicaux libéraux de plus en plus nombreux.

Dans un second temps, à partir de ces constats, l'étude développe deux scénarios prospectifs à moyen et long terme :

- un scénario tendanciel, décrivant la trajectoire la plus probable si les dynamiques actuelles se poursuivent ;
- un scénario souhaité, identifiant les conditions d'un développement maîtrisé et soutenable du modèle libéral.

Ces hypothèses ont été enrichies et consolidées dans le cadre d'ateliers prospectifs associant des représentants employeurs et salariés de la branche, membres de la CPNE-FP, afin d'en préciser les impacts pour les différents acteurs et d'identifier les conditions de réussite associées.

PARTENAIRES DE L'ÉTUDE

Les partenaires et copilotes de l'étude sont :

- L'OMPL ;
- La CPNE-FP des cabinets médicaux libéraux ;
- Le cabinet Eurogroup.

L'OMPL est le financeur de cette étude. Il est l'observatoire prospectif duquel relève la branche professionnelle. Il a une mission de production d'études sur les enjeux emploi-formation, notamment pour l'accompagnement des entreprises, dans la définition de leur politique de formation, et des salariés, dans l'élaboration de leurs projets professionnels. L'OMPL est financé par l'OPCO EP.

La **CPNE-FP** a assumé la responsabilité du copilotage de cette étude. Elle joue un rôle clé pour l'appropriation et l'exploitation par la branche, ses entreprises et ses salariés, des analyses proposées dans le rapport.

Le cabinet de conseil **Eurogroup** a été choisi pour animer et produire la présente étude selon la méthodologie présentée.

ÉTAT DES LIEUX DE LA BRANCHE DES CABINETS MÉDICAUX LIBÉRAUX : UNE BRANCHE EN RECOMPOSITION SOUS L'EFFET DE TRANSFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES, ORGANISATIONNELLES ET ÉCONOMIQUES

L'évolution des cabinets médicaux libéraux ne peut être analysée indépendamment des transformations profondes de leur environnement. L'offre libérale s'inscrit dans un contexte marqué par plusieurs facteurs externes transversaux dont l'évolution exerce une pression structurelle sur son organisation et son modèle économique.

En premier lieu, **la croissance des besoins de soins** constitue un enjeu important. Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et la progression des pathologies chroniques modifient durablement la nature et le volume de l'activité médicale. En conséquence, la prise en charge s'inscrit davantage dans le temps long, mobilise des compétences de coordination accrues et renforce les exigences en matière de suivi.

Parallèlement, l**a fragilité de la démographie médicale** accentue les tensions de l'offre de soins. Les phénomènes de désertification territoriale, le vieillissement des praticiens en exercice et l'évolution des aspirations professionnelles des jeunes générations contribuent à déséquilibrer l'offre de soins. Cette situation renforce la pression sur les structures existantes et accélère les recompositions organisationnelles.

Dans le même temps, la **soutenabilité globale du système de santé** est régulièrement questionnée. Le déficit structurel de l'Assurance Maladie, les débats récurrents sur le modèle de financement à l'acte et la recherche d'efficience renforcent les attentes à l'égard des professionnels libéraux, appelés à participer à la maîtrise des dépenses tout en répondant à une demande croissante.

Enfin, le **dynamisme du cadre réglementaire** transforme en continu les conditions d'exercice. Évolutions statutaires, élargissement des compétences de certains professionnels paramédicaux, structuration territoriale des soins, déploiement de la télémédecine, exigences accrues en matière de normes et de certification : ces ajustements redéfinissent progressivement les équilibres du modèle libéral.

Ensemble, ces facteurs constituent le socle des mutations observées au sein de la branche. L'état des lieux qui suit analyse la manière dont les cabinets médicaux libéraux s'adaptent à ces pressions externes et reconfigurent progressivement leurs organisations, leurs métiers et leurs pratiques.

UN ÉQUILIBRE SOUS TENSION ENTRE PATHOLOGIES CHRONIQUES ET SOINS NON PROGRAMMÉS

L'activité des cabinets médicaux libéraux s'est nettement renforcée ces dernières années. Entre 2018 et 2022, le volume de soins réalisés en cabinet a progressé de plus de 15 %, tandis que les dépenses associées atteignaient 25 milliards d'euros en 2022[1]. Cette dynamique confirme le rôle central de la médecine libérale dans l'offre de soins de ville et dans la prise en charge des besoins de la population.

Toutefois, derrière cette croissance quantitative se dessine une transformation qualitative de l'activité. L'exercice libéral est aujourd'hui structuré par deux dynamiques simultanées : la montée des pathologies chroniques, qui exigent un suivi au long cours et une coordination renforcée, et une pression persistante des soins non programmés, générateurs d'imprévisibilité organisationnelle. Cette tension croissante entre continuité et urgence redéfinit profondément les conditions d'exercice en cabinet libéral.

UNE ACTIVITÉ LARGEMENT DOMINÉE PAR LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'activité des cabinets médicaux est désormais majoritairement orientée vers le suivi des pathologies chroniques, qui représentent près de 70 % de la charge de travail des médecins généralistes[2]. Ces prises en charge mobilisent un temps médical important et croissant, intégrant prévention, coordination, éducation thérapeutique et gestion des situations complexes.

Les professionnels décrivent une patientèle de plus en plus marquée par la polypathologie et par des situations difficiles à standardiser. La demande sociale d'immédiateté entre parfois en tension avec la réalité de prises en charge qui nécessitent du temps, de la pédagogie et une priorisation clinique.

Dans ce contexte, les outils numériques et les systèmes d'information apparaissent encore insuffisamment adaptés à la gestion fine des parcours complexes, notamment en matière de coordination interprofessionnelle, de télésurveillance ou de partage sécurisé des données.

Le vieillissement de la population accentue cette dynamique. Plus de 86 % des médecins déclarent anticiper des évolutions liées à la démographie (enquête OMPL), évoquant principalement l'augmentation des pathologies chroniques (514 citations), mais aussi la hausse des soins non programmés (262), le développement des actions de prévention (213) et l'augmentation du suivi à domicile (184).

Le vieillissement constitue ainsi un facteur structurel de transformation de l'exercice, impliquant davantage de temps médical, une organisation interne plus structurée et un renforcement des ressources humaines.

Plus de 86 % des médecins déclarent anticiper des évolutions liées à la démographie, en évoquant :



Source : Enquête OMPL 2025

1. DREES, comptes de la santé / traitements Pragma Etudes

2. Rapport « L'organisation territoriale des soins de premier recours » – Cour des comptes (2024)

UNE PRESSION PERSISTANTE DES SOINS NON PROGRAMMÉS

En parallèle, les soins non programmés constituent un point de tension majeur pour les cabinets médicaux. Leur gestion introduit une variabilité importante dans les plannings, contribue à la surcharge des équipes et alimente, chez certains praticiens, un sentiment de fragilisation du modèle d'exercice.

Cette complexité dans la prise en charge des soins non programmés par les cabinets entraîne un report des patients vers les services d'urgence. Par exemple, en 2024, 13 % des passages aux urgences relevaient de situations simples[3] pouvant être prises en charge en ville.

Dans le même temps, les attentes des patients, souvent marquées par une exigence d'immédiateté, entrent en décalage avec l'organisation des cabinets, historiquement structurée autour du suivi programmé.

Cette pression renforce la tension entre gestion de l'urgence et continuité des soins, au risque de déséquilibrer l'organisation des cabinets et de fragiliser la qualité du suivi des pathologies chroniques.



UNE RÉPONSE PUBLIQUE EN COURS DE STRUCTURATION MAIS ENCORE INSUFFISANTE

Face à la montée des besoins en soins non programmés, les pouvoirs publics ont engagé une structuration progressive de la réponse, à travers le déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS), le développement des maisons médicales de garde et diverses expérimentations organisationnelles menées dans le cadre de l'article 51[4].

Si le SAS est désormais déployé dans la majorité des départements, son appropriation reste limitée : 17 % des professionnels déclarent y participer, contre 61 % qui n'y participent pas et 23 % qui indiquent ne pas connaître le dispositif (enquête OMPL). La participation est toutefois plus élevée chez les médecins généralistes (44 %).

Parallèlement, une offre privée de soins non programmés s'est développée rapidement depuis le début des années 2020. Structurée parfois en réseaux et soutenue par des investisseurs financiers, elle propose des modèles de consultations rapides et standardisées, susceptibles d'absorber une partie de la demande immédiate.

Cette évolution illustre l'émergence d'un segment hybride, à la croisée des logiques de santé publique et d'organisation économique. Si elle contribue à répondre à une partie des besoins, elle soulève également des interrogations quant à la régulation de l'offre, à la qualité des prises en charge et aux équilibres du système de soins.

3. Activités des services d'urgences, Chiffres clés 2024, Fedoru

4. L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (LFSS 2018) autorise la mise en place d'expérimentations innovantes concernant l'organisation et le financement des soins, dans le but d'améliorer la qualité, l'accès et la pertinence des prises en charge. Ces expérimentations, encadrées par l'Assurance Maladie et évaluées scientifiquement, peuvent porter sur la coordination des parcours, le déploiement de nouvelles structures de soins ou des modes de rémunération alternatifs.

UNE TRANSFORMATION DU RAPPORT AU TRAVAIL DES JEUNES MÉDECINS



LE CABINET LIBÉRAL DEMEURE ATTRACTIF, MAIS SELON DES CRITÈRES RENOUVELÉS

Le mode d'exercice libéral conserve une attractivité réelle, mais il n'est plus majoritairement envisagé comme un choix immédiat ni exclusif en début de carrière. Parmi les médecins primo-inscrits, 62 % débutent aujourd'hui sous statut salarié ou hospitalier, 27 % en effectuant des remplacements, et seulement 12 % choisissent l'exercice libéral[5].

Les trajectoires professionnelles deviennent plus progressives et hybrides, marquées par des phases de remplacement prolongé, des formes d'exercice mixte (libéral/salarial) ou des temps partagés entre plusieurs structures.

Le choix du statut s'inscrit désormais dans une logique évolutive et réversible, dépendant du stade de carrière, des conditions d'exercice et des opportunités professionnelles.

Cette évolution traduit le passage d'un modèle d'installation historiquement perçu comme définitif à des parcours professionnels plus séquencés, adaptatifs et sécurisés.

L'ÉQUILIBRE VIE PROFESSIONNELLE / VIE PERSONNELLE COMME CRITÈRE STRUCTURANT

Les jeunes médecins expriment des attentes fortes en matière de rythme de travail, de prévisibilité des horaires et de limitation des contraintes liées à l'exercice. **82 % des internes déclarent que les horaires et le rythme de travail constituent un critère déterminant dans leur projet professionnel[6].**

Cette évolution s'accompagne d'une baisse tendancielle du volume d'activité par médecin, assumée comme un facteur de soutenabilité de l'exercice : en 2010, 76,5 % des effectifs en activité exerçaient à temps plein. Ce mode d'activité ne concerne plus que 60,4 % des médecins en activité en 2024[7].

Le rapport au travail évolue ainsi vers une approche davantage structurée autour de l'équilibre de vie, de la maîtrise des contraintes professionnelles et de la qualité d'exercice, tout en conservant un attachement fort à la dimension clinique et au sens du soin.

5. Enquête sur l'installation des jeunes médecins – CNOM, Commission Jeunes médecins (2019)

6. Enquête sur l'installation des jeunes médecins – CNOM, Commission Jeunes médecins (2019)

7. Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, Guillaume Garot (26 mars 2025)

DES ATTENTES QUI DÉPASSENT LE SEUL STATUT D'EXERCICE

Le choix d'installation repose désormais sur un ensemble élargi de déterminants, incluant le territoire, la qualité de vie, l'environnement professionnel, le travail en équipe, l'accès aux services et la qualité de l'écosystème local.

Dans ce contexte, les incitations financières jouent un rôle d'appoint, mais ne constituent plus un facteur décisif : **48 % des internes et 47 % des remplaçants considèrent que les aides à l'installation ne sont pas déterminantes dans leur choix d'exercice**[8]. Ces évolutions traduisent une recherche croissante de sécurisation professionnelle, d'intégration dans un collectif et de conditions d'exercice soutenables.

DES ÉVOLUTIONS STRUCTURELLES DE LA PROFESSION : SALARIAT ET FÉMINISATION

La progression du salariat constitue une tendance structurante dans l'évolution de la profession[9]. Un nombre croissant de jeunes médecins s'oriente vers des formes d'exercice salariées ou quasi salariées, perçues comme plus sécurisantes et davantage compatibles avec leurs attentes en matière d'organisation du travail, de protection sociale et d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Un salariat qui progresse à la fois auprès des structures hospitalières (+2 points en 10 ans) mais aussi auprès d'autres centres de santé (+ 1 point en 10 ans). Cette évolution contribue à transformer progressivement les modèles d'organisation du secteur, en favorisant des formes d'exercice plus collectives, plus structurées et parfois moins directement entrepreneuriales, tout en modifiant les trajectoires professionnelles des praticiens.

En outre, les femmes représentent désormais 51,8 % des médecins libéraux et mixtes, contre 40 % en 2010[10], confirmant une progression continue vers une répartition plus équilibrée entre les genres. Cette évolution démographique contribue à redéfinir les modalités d'exercice, notamment en matière d'organisation du travail, d'équilibre de vie et de pratiques professionnelles, et participe plus largement aux transformations structurelles de la branche.

Ces transformations démographiques et statutaires contribuent à modifier durablement les attentes et les représentations du métier.

Vers une redéfinition du rôle du médecin libéral ?

Ces évolutions s'accompagnent d'une transformation progressive du rôle du médecin libéral. L'exercice isolé tend à reculer au profit de formes de travail coordonnées, intégrées dans des organisations collectives.

Les compétences attendues dépassent désormais la seule expertise clinique et incluent des dimensions organisationnelles, de coordination, de management et de maîtrise des outils numériques. Le médecin est de plus en plus amené à intervenir comme un acteur pivot du parcours de soins, articulant prise en charge médicale, coordination d'équipe et organisation des soins.

Constat : le métier de médecin libéral évolue plus rapidement que ses cadres de formation, d'organisation et de reconnaissance, posant la question de l'adaptation du modèle professionnel aux transformations en cours.

8. Enquête sur l'installation des jeunes médecins – CNOM, Commission Jeunes médecins (2019)

9. Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier de l'année

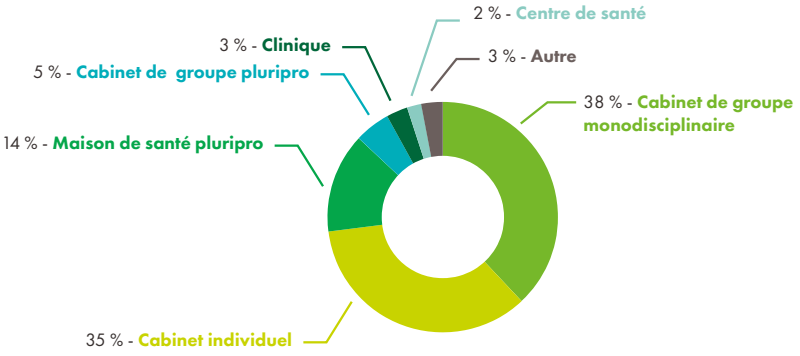
10. Atlas de la démographie médicale en France, CNOM (2024)

UNE STRUCTURATION CROISSANTE DE L'EXERCICE LIBÉRAL AUTOUR DE FORMES COLLECTIVES

L'enquête menée par l'OMPL confirme la transformation progressive des modes d'exercice au sein de la branche, marquée par une montée en puissance des formes collectives. Les cabinets de groupe monodisciplinaires constituent aujourd'hui la configuration la plus représentée (38 %), devant les cabinets individuels (35 %), tandis que les structures pluriprofessionnelles – maisons de santé et cabinets de groupe pluriprofessionnels – occupent désormais une place significative dans le paysage. Les centres de santé et autres formes d'exercice demeurent plus marginaux.

L'analyse de l'ancienneté des médecins selon le type de structure d'exercice met en évidence des logiques différenciées. Les médecins exerçant en cabinet individuel présentent globalement une ancienneté plus élevée, avec une majorité installée depuis plus de vingt ans, traduisant l'ancrage historique de ce modèle. À l'inverse, les médecins exerçant en cabinets de groupe, et plus encore en maisons de santé pluriprofessionnelles, présentent une ancienneté plus récente, avec une proportion plus importante installée depuis moins de dix ans. Ce constat confirme que les nouvelles générations de médecins s'orientent davantage vers des formes d'exercice collectives et coordonnées, participant à la recomposition progressive du modèle libéral.

Type de structure



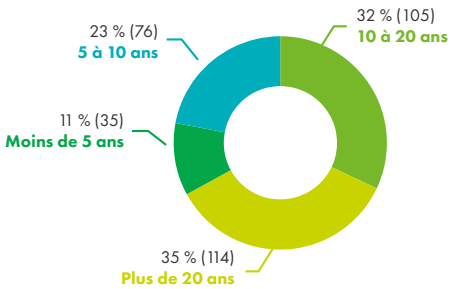
Source : Enquête OMPL 2025

5. Enquête sur l'installation des jeunes médecins – CNOM, Commission Jeunes médecins (2019)

6. Enquête sur l'installation des jeunes médecins – CNOM, Commission Jeunes médecins (2019)

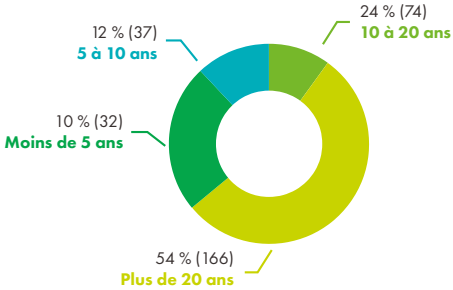
7. Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, Guillaume Garot (26 mars 2025)

Cabinet de groupe (Mono discipline)



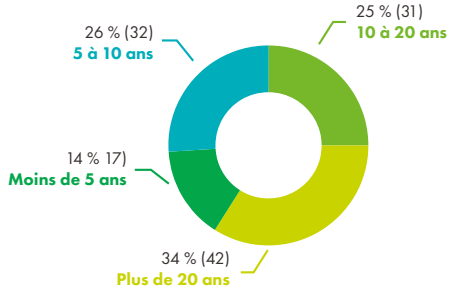
330 répondants

Cabinet individuel



309 répondants

MSP



122 répondants

Source : Enquête OMPL 2025

UNE MONTÉE EN PUISSANCE DES REGROUPEMENTS ÉCONOMIQUES ET ORGANISATIONNELS

L'exercice libéral connaît une transformation marquée par la montée en puissance des formes collectives. Les regroupements économiques, notamment sous forme de Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) et de Sociétés Civiles de Moyens (SCM), se développent dans une logique de mutualisation des ressources : locaux, équipements, charges, systèmes d'information et fonctions support. Cette dynamique répond à la fois à la complexification de l'exercice, à l'augmentation des coûts d'installation et à la recherche de conditions d'exercice plus sécurisées.

Parallèlement, les cabinets de groupe monodisciplinaire et les structures pluriprofessionnelles se développent en dehors du cadre des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), parfois intégrées à des réseaux organisés. L'exercice individuel, historiquement dominant, tend à devenir minoritaire dans les trajectoires d'installation récentes, au profit de formes d'exercice plus collectives et structurées.

Les MSP connaissent une croissance continue et constituent aujourd'hui un pilier majeur de l'organisation des soins de ville : 2 700 structures sont actuellement en activité et plus de 10 millions de patients y ont déclaré leur médecin traitant[11].

Au-delà des structures elles-mêmes, l'exercice collectif s'inscrit désormais dans une logique territoriale plus large, portée notamment par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui couvrent 82 % de la population[12]. Cette structuration renforce les logiques de coordination, d'organisation collective et d'intégration des soins à l'échelle locale.

Ainsi, l'organisation collective s'impose progressivement comme un pilier structurant de l'offre de soins libérale, même si les modèles restent hétérogènes et inégalement développés selon les territoires, les spécialités et les conditions économiques.

LES MSP COMME MODÈLE STRUCTURANT, MAIS NON EXCLUSIF

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) se sont imposées au cours de la dernière décennie comme un modèle central de structuration de l'offre de soins de ville.

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. En 2023, 2 501 MSP étaient en activité, avant que le Premier ministre, Sébastien Lecornu, annonce son ambition de viser les 5 000 établissements en 2027[13]. Leur développement s'inscrit dans une dynamique soutenue par les politiques publiques visant à renforcer l'organisation territoriale des soins, améliorer l'accès aux soins et favoriser les formes d'exercice coordonné.

Les MSP jouent un rôle structurant à plusieurs niveaux. Elles contribuent à l'organisation territoriale des soins en favorisant la coordination entre professionnels de santé, participent à l'attractivité des territoires, notamment dans les zones sous-dotées, et facilitent la structuration des parcours de soins autour d'équipes pluriprofessionnelles. Elles constituent ainsi un levier important d'amélioration de la continuité, de la lisibilité et de la coordination des prises en charge.

Pour autant, les MSP ne couvrent pas l'ensemble des dynamiques collectives observées. De nombreuses formes d'exercice coordonné se développent en dehors de ce cadre, qu'il s'agisse de cabinets de groupe, de structures pluriprofessionnelles non labellisées ou d'organisations territoriales plus larges.

11. Pacte de lutte contre les déserts médicaux, Dossier de presse, Gouvernement (25 avril 2025)

12. Rapport d'information sur les communautés professionnelles territoriales de santé, Sénat (15 octobre 2025)

13. 5 000 maisons « France santé » d'ici à 2027, Gouvernement (15 septembre 2025)

Ainsi, si les MSP représentent aujourd'hui un pilier majeur de l'exercice coordonné, elles ne constituent pas l'unique modèle d'organisation collective de la médecine libérale, qui demeure plurielle et en évolution.

CENTRES DE SANTÉ : UNE DYNAMIQUE PLUS INCERTAINE

Les centres de santé constituent une autre forme d'organisation collective de l'offre de soins, mais leur développement apparaît plus contrasté que celui des MSP. On dénombre aujourd'hui environ 455 centres de santé en France[14], dont la répartition reste inégale selon les territoires, certains bassins étant bien dotés tandis que d'autres en sont peu pourvus.

Malgré leur contribution à l'accès aux soins, notamment dans certains territoires fragiles, ces structures font face à des fragilités économiques persistantes. Leur modèle repose souvent sur des équilibres financiers instables, fortement dépendants du financement à l'acte, des cadres conventionnels existants et, dans certains cas, du soutien des collectivités.

Sur le plan organisationnel, les centres de santé présentent également des niveaux de structuration hétérogènes, avec des modèles de fonctionnement et de gouvernance encore en évolution. Ces incertitudes limitent parfois leur capacité à s'inscrire durablement comme un pilier stabilisé de l'offre de soins de ville.

Dans ce contexte, le paysage de l'exercice collectif se caractérise par la coexistence de modèles aux niveaux de maturité, de solidité économique et de structuration organisationnelle très variables, traduisant une recomposition encore inachevée des formes d'exercice coordonné.

Éclairage : des risques de dérives identifiés dans certains centres de santé

Les travaux récents de l'Assurance Maladie[15] mettent en évidence l'existence de pratiques frauduleuses au sein de certains centres de santé, qui appellent à une vigilance renforcée.

En 2025, les fraudes détectées et stoppées dans ce secteur atteignent 138 millions d'euros, dont près de la moitié a pu être interceptée avant paiement. Dans le prolongement des actions engagées depuis 2021, 23 centres de santé ont été déconventionnés en 2025 (après 30 en 2024 et 21 en 2023), traduisant un renforcement des dispositifs de contrôle.

Au-delà de ces résultats, les autorités soulignent une évolution des schémas frauduleux, caractérisés par des organisations plus structurées et une exécution plus rapide. Certains montages reposent notamment sur des facturations massives d'actes non réalisés sur de courtes périodes, parfois portées par des réseaux organisés, générant des préjudices importants en un temps limité.

Ces dérives, bien que circonscrites à une partie des structures, mettent en lumière des vulnérabilités potentielles liées à la gouvernance, aux modalités de contrôle et aux modèles économiques de certains centres. Elles soulignent la nécessité d'un encadrement adapté et d'une capacité de réaction rapide des autorités, dans un contexte de développement et de transformation de ces formes d'exercice.

14. Accès aux soins : la France compte 1740 maisons de santé, 455 centres de santé et 582 projets de CPTS, Banque des Territoires (22 avril 2021)

15. Bilan 2025 de la lutte contre les fraudes à l'Assurance maladie (Avril 2026)

L'INSCRIPTION TERRITORIALE DE L'EXERCICE COLLECTIF, PORTÉE PAR LES CPTS ET L'ÉMERGENCE DES ESS

L'exercice collectif ne se limite plus au cadre organisationnel du cabinet et s'inscrit désormais dans une logique territoriale structurée, portée notamment par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). On compte aujourd'hui environ 800 CPTS[16], traduisant une généralisation progressive de ces dispositifs de coordination à l'échelle locale.

Les CPTS jouent un rôle structurant dans l'organisation des soins, en particulier dans la gestion des soins non programmés, la coordination entre médecine de ville et hôpital, ainsi que dans la construction de parcours de soins plus fluides et territorialisés. Elles contribuent à renforcer les logiques de coopération entre professionnels et à organiser la réponse collective aux besoins de santé de la population à l'échelle du premier recours.

Cette structuration territoriale se complète également avec des nouveaux dispositifs qui émergent afin de mieux organiser le second recours : les équipes de soins spécialisés (ESS). Introduites plus récemment, ces équipes rassemblent des médecins spécialistes libéraux à l'échelle d'un territoire (département ou région) autour d'un projet de santé commun, avec pour objectif de structurer l'accès à l'expertise spécialisée et de renforcer les liens avec le premier recours.

Les ESS visent ainsi à compléter les dynamiques portées par les CPTS en intervenant spécifiquement sur l'organisation du second recours, permettant à la fois de faciliter l'accès à un avis spécialisé pour les médecins traitants, notamment via des dispositifs de télé-expertise et d'organiser la réponse territoriale en spécialité, en structurant des réseaux de professionnels. Les ESS apparaissent comme un maillon complémentaire des CPTS dans la structuration territoriale des soins, contribuant à renforcer la lisibilité et la fluidité des parcours patients, en particulier pour les prises en charge complexe.

En outre, les ESS constituent un véritable facteur d'attractivité pour les territoires, en favorisant tout à la fois l'intelligence collective au service d'une prise en charge et donc un meilleur travail en réseau pour les professionnels, mais aussi en offrant la possibilité de développer les stages en libéral dans le cadre d'une maitrise de stage (MSU).

Leur déploiement reste toutefois à un stade encore émergent : environ 75 ESS sont aujourd'hui validées ou en cours de constitution, avec une montée en charge attendue dans les prochaines années. Les spécialités les plus engagées dans cette dynamique incluent notamment la dermatologie, la cardiologie, la pédiatrie et l'ophtalmologie.

Si la couverture territoriale apparaît aujourd'hui quasi complète, les niveaux d'opérationnalité restent variables selon les territoires, les moyens mobilisés et le degré d'implication des professionnels. De la même manière, le développement des ESS soulève plusieurs enjeux, notamment en matière d'articulation avec les CPTS, dont les périmètres territoriaux diffèrent, ainsi que de moyens humains et financiers encore limités au regard des ambitions affichées.

Cette double dynamique traduit une évolution majeure : l'exercice collectif devient désormais pleinement territorial, en intégrant à la fois l'organisation du premier recours, via les CPTS, et une structuration du second recours, via les ESS. Elle dépasse ainsi les frontières physiques du cabinet pour s'inscrire dans une logique de coordination à l'échelle locale.

16. Les CPTS, de quoi parle-t-on ?, France Assos Santé (3 octobre 2025)

DES MODÈLES COLLECTIFS ATTRACTIFS MAIS ÉCONOMIQUEMENT FRAGILES

Si les formes collectives gagnent en attractivité, leur soutenabilité économique demeure un point de vigilance structurant. Le poids croissant du foncier, des investissements initiaux et des coûts de structuration constitue un frein à l'installation et au développement de certaines structures. Dans le cas des MSP, l'investissement initial peut représenter une barrière à l'entrée, tandis que leur fonctionnement reste fréquemment dépendant de soutiens publics et de financements territoriaux.

Les centres de santé, quant à eux, demeurent confrontés à des modèles économiques instables, largement dépendants du financement à l'acte et d'un cadre conventionnel parfois peu adapté aux réalités économiques actuelles. Plus largement, l'essor des regroupements rend ces structures plus attractives pour des acteurs financiers privés, introduisant des risques potentiels de dépendance économique et d'influence sur les modèles d'organisation.

Toutefois, et malgré les atouts identifiés de l'exercice coordonné, les intentions d'évolution des médecins restent mesurées : seuls 12 % déclarent envisager un regroupement ou un changement de mode d'exercice dans les cinq prochaines années (enquête quantitative OMPL). Ce décalage souligne l'existence de freins persistants (économiques, organisationnels ou culturels) à la poursuite de la structuration collective.

Ainsi, un point de tension majeur émerge entre la nécessité de structurer l'offre de soins pour répondre aux transformations du secteur et le risque d'une dépendance croissante à des logiques économiques et financières. Cette évolution soulève la question d'un possible glissement progressif de certaines organisations vers des modèles davantage influencés par des considérations économiques.

Ce que révèle la structuration collective

La montée en puissance des formes collectives transforme dans une certaine mesure la nature du cabinet médical. Celui-ci n'est plus uniquement un lieu de soins, mais devient une organisation complexe intégrant coordination, gestion, logistique et ressources humaines. Le travail en groupe contribue à améliorer l'attractivité de l'exercice et la qualité perçue des prises en charge, en favorisant la coopération entre professionnels et la continuité des soins.

Cependant, cette évolution expose également la branche à de nouveaux risques, notamment en matière de financiarisation, de perte d'autonomie professionnelle et de fragilisation des équilibres économiques des structures.

Cette structuration s'inscrit dans une dynamique largement encouragée par les politiques publiques, qui soutiennent le développement des MSP et des CPTS dans une logique d'organisation territoriale des soins, à travers des financements ciblés, un accompagnement des projets et la promotion de formes d'exercice coordonné. Les accords conventionnels interprofessionnels (ACI) participent à cette dynamique, avec un objectif de couverture complète du territoire et une volonté d'améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-dotées.

Dans ce contexte, les formes d'exercice coordonné s'imposent progressivement comme des outils centraux de pilotage des soins de ville et d'attractivité territoriale, tout en soulevant des enjeux nouveaux quant à leur soutenabilité économique et à la préservation de l'autonomie du modèle libéral.



Focus benchmark : des dynamiques de regroupement également à l'œuvre en Europe

Les évolutions observées en France s'inscrivent dans une tendance plus large de transformation des modes d'exercice en Europe, marquée par un renforcement des formes collectives, encouragé par les politiques publiques et les enjeux d'efficience des systèmes de santé.

En Belgique, le regroupement des professionnels de santé s'est fortement développé sous l'impulsion des pouvoirs publics. Deux modèles coexistent : les centres de santé, structurés principalement autour d'une logique de mutualisation des coûts et des moyens, et les maisons médicales pluriprofessionnelles, qui reposent sur un mode de rémunération forfaitaire et favorisent une organisation coordonnée des soins. Ces structures visent à améliorer l'accès aux soins, renforcer la prévention et optimiser l'organisation collective des prises en charge[17].

En Italie, le regroupement progresse également, bien que la pratique individuelle demeure historiquement majoritaire. Les autorités publiques ont engagé une structuration progressive de l'offre de soins de proximité, notamment à travers le développement des Agrégations Fonctionnelles Territoriales (AFT), des Unités de Soins Primaires Complexes (UCCP) et des maisons de santé communautaires, soutenues par le Plan National de Relance et de Résilience (PNRR) lancé en 2021. Ces dispositifs visent à renforcer la coordination territoriale, améliorer l'accès aux soins primaires et favoriser une organisation collective, appuyée par des incitations financières explicites[18].

Ces expériences illustrent une convergence européenne vers des modèles d'exercice plus coordonnés et territorialisés, tout en conservant des spécificités nationales en matière d'organisation, de financement et de degré d'intégration des professionnels.

UNE FINANCIARISATION CROISSANTE DE CERTAINS SEGMENTS DE L'EXERCICE LIBÉRAL

UNE PRÉSENCE ACCRUE D'ACTEURS FINANCIERS DANS LE SECTEUR

Le secteur de la santé apparaît aujourd'hui comme un domaine particulièrement attractif pour les acteurs financiers, en raison de sa solvabilité, de sa rentabilité potentielle et des dynamiques de concentration qui peuvent y être encouragées. Les investissements privés prennent des formes variées (fonds de *private equity*, foncières, groupes de santé ou holdings spécialisées) et s'inscrivent dans un mouvement plus large de structuration économique de l'offre de soins.

Cette évolution est en partie favorisée par les besoins croissants de financement des structures médicales, liés notamment à l'acquisition de plateaux techniques coûteux, ou aux mises aux normes réglementaires. Si ces apports en capitaux permettent à certains cabinets de se développer et de se moderniser plus rapidement, ils peuvent également générer des situations de dépendance économique vis-à-vis d'acteurs financiers.

Face à ces constats, certains professionnels s'organisent pour préserver leur indépendance, à l'image de regroupements portés par les praticiens eux-mêmes (par exemple le groupe VIDI). De son côté, l'État a initialement encouragé les dynamiques de financiarisation, y voyant un levier d'efficience et de rationali-

17. Rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2024

18. PNRR – Maisons communautaires et prise en charge de la personne, 2025

sation du système de soins, avant qu'émergent des interrogations croissantes dans plusieurs rapports publics[19 20].

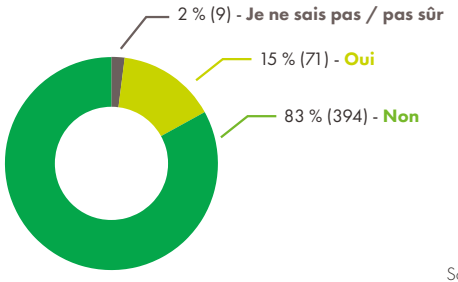
Les perspectives de financiarisation demeurent contrastées selon les spécialités et leur niveau d'intensité capitalistique. Les disciplines nécessitant des investissements techniques lourds, comme la radiologie ou l'ophtalmologie, apparaissent particulièrement exposées aux dynamiques d'intégration financière, en raison des besoins en équipements et des marges associées. À l'inverse, des spécialités comme la médecine générale, caractérisées par des coûts d'entrée plus faibles et une rentabilité plus encadrée, semblent à ce stade moins concernées. Dans ce contexte, le système semble évoluer vers un modèle hybride, combinant structures indépendantes et organisations financiarisées.

DES LOGIQUES AMBIVALENTES : STRUCTURATION VERSUS PERTE D'AUTONOMIE

Les investissements privés peuvent contribuer à moderniser les structures, financer les équipements lourds et favoriser la diffusion de bonnes pratiques organisationnelles. Toutefois, ils s'accompagnent également de risques perçus comme significatifs par les professionnels.

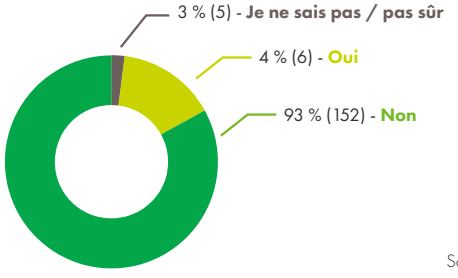
Selon l'enquête OMPL, 15 % des médecins spécialistes[21] déclarent avoir été démarchés par des structures à capitaux privés, contre 4 % des médecins généralistes.

Avez-vous déjà été démarché par une structure à capitaux privés pour une proposition de rachat, fusion ou gestion de votre cabinet ? Médecins spécialistes



Source : Enquête OMPL 2025

Avez-vous déjà été démarché par une structure à capitaux privés pour une proposition de rachat, fusion ou gestion de votre cabinet ? Médecins généralistes



Source : Enquête OMPL 2025

19. Rapport « Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? », Corinne Imbert, Sénat (25 septembre 2024)

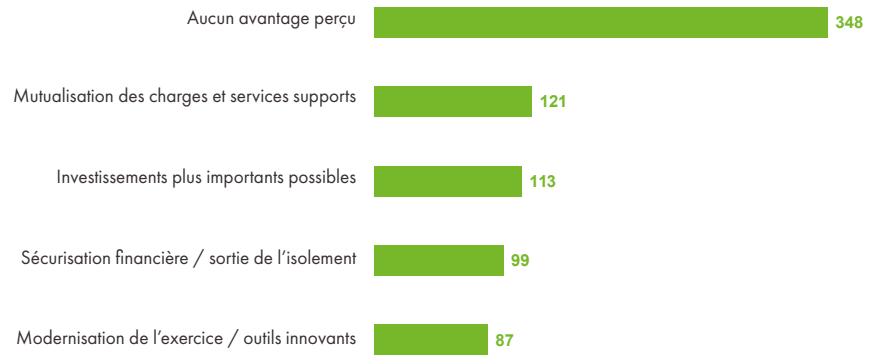
20. Causes et effets de la financiarisation du système de santé, Inspection Générale des Finances, Inspecitions Générale des Affaires Sociales (Mai 2025)

21. Dans ce rapport, le terme médecin généraliste est considéré comme une spécialité à part entière. Lorsque nous parlons de médecins spécialistes, il s'agit des autres spécialités médicales distinctes du rôle de médecin généraliste

Les employeurs se disent ouverts à une intégration ou un rachat, avec une ouverture plus marquée chez les praticiens très expérimentés (21% des employeurs avec plus de 20 ans d'exercice) ou en début de carrière (14 % des employeurs avec moins de 5 ans d'exercice).

Malgré cela, une majorité demeure réticente : 348 employeurs sur 641 ne perçoivent aucun avantage à la financiarisation, tandis que seuls 121 évoquent la mutualisation des charges ou des fonctions support comme bénéfice potentiel.

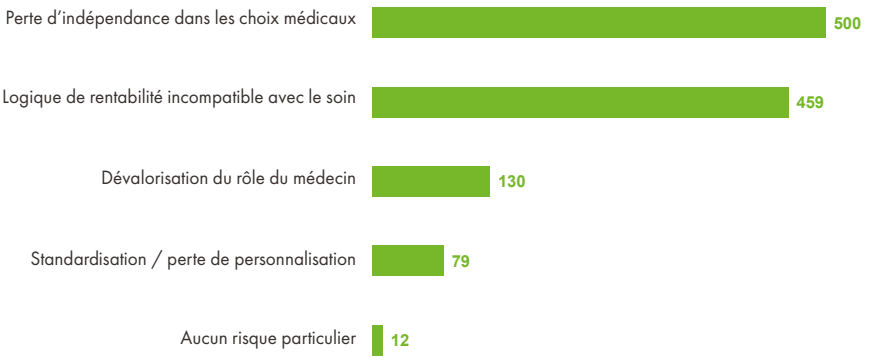
Quels avantages potentiels associez-vous à la financiarisation ?



Source : Enquête OMPL 2025

Les risques identifiés sont nombreux. 78 % des employeurs citent la perte d'indépendance dans les choix médicaux et 72 % évoquent une logique de rentabilité incompatible avec la qualité du soin. Ces préoccupations sont encore plus marquées chez les salariés, qui redoutent l'influence croissante des gestionnaires financiers sur les décisions stratégiques et organisationnelles.

Quels risques vous semblent les plus préoccupants ?



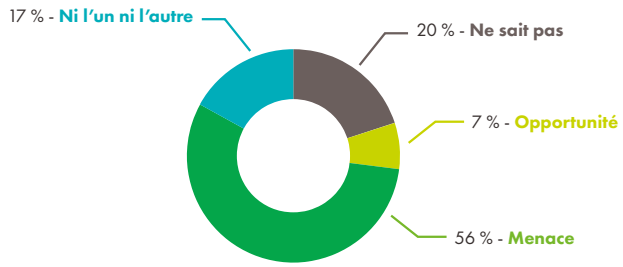
Source : Enquête OMPL 2025

La financiarisation apparaît ainsi ambivalente : elle peut structurer certaines filières et améliorer l'organisation des soins, mais elle génère également des risques de concentration excessive, de déséquilibre de pouvoir et de pression économique sur les pratiques médicales. Dans les spécialités nécessitant des investissements techniques lourds et des équipements coûteux, cette contrainte économique peut influencer les choix d'organisation et, selon certains acteurs, fragiliser la qualité des prises en charge.

Dans l'enquête OMPL, 56 % des employeurs considèrent la financiarisation comme une menace, contre 7 % seulement qui y voient une opportunité.

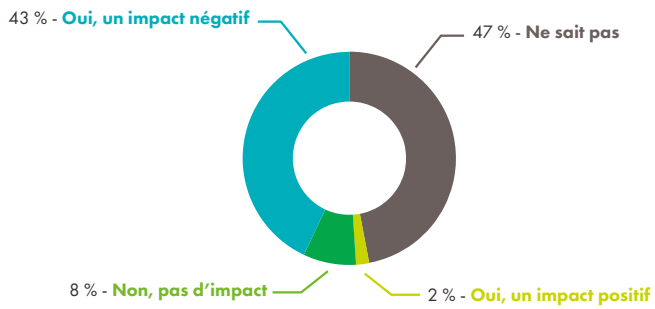
Du côté des salariés, 43 % estiment que l'arrivée d'investisseurs aurait un impact négatif sur leur pratique professionnelle, avec une inquiétude particulièrement forte chez les personnels de direction et les fonctions support.

Employeurs : Pensez-vous que la financiarisation représente une opportunité ou une menace pour votre structure ?



Source : Enquête OMPL 2025

Salariés : Pensez-vous que l'arrivée d'acteurs privés ou d'investisseurs externes dans la gestion du cabinet pourrait avoir un impact sur votre pratique professionnelle ?



Source : Enquête OMPL 2025

UN CADRE RÉGLEMENTAIRE EN ÉVOLUTION MAIS ENCORE PERÇU COMME INCOMPLET

Face à ces transformations, le cadre réglementaire évolue progressivement, sans toutefois lever l'ensemble des préoccupations. La loi Khattabi (2023) vise à encadrer le développement des centres dentaires et ophtalmologiques[22], tandis que la réforme des sociétés d'exercice libéral cherche à préserver l'indépendance des praticiens[23].

Les attentes exprimées en matière de régulation portent principalement sur la garantie de l'indépendance médicale, la transparence sur les investisseurs, l'encadrement juridique des prises de participation et la limitation des logiques lucratives dans les structures de soins.

Certains professionnels appellent à une régulation renforcée, voire à une interdiction de la financiarisation, tandis que d'autres témoignent d'un intérêt plus limité pour ces enjeux selon les contextes d'exercice[24].

Au total, la financiarisation est largement perçue comme une évolution structurante mais ambivalente, susceptible de transformer durablement l'exercice libéral. Si elle peut contribuer à la modernisation et à la structuration du secteur, elle soulève également des interrogations majeures sur l'autonomie professionnelle, l'équilibre économique des structures et les conditions d'exercice à moyen et long terme.

L'ÉMERGENCE DE NOUVEAUX MÉTIERS ET LA MONTÉE EN COMPÉTENCES COMME LEVIER DE SOUTENABILITÉ DU MODÈLE LIBÉRAL

LES ASSISTANTS MÉDICAUX : UN DÉPLOIEMENT EN PROGRESSION MAIS ENCORE INÉGAL

Créée en 2018 dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 », la fonction d'assistant médical vise à libérer du temps médical en prenant en charge, en amont de la consultation, des tâches administratives et certains actes préparatoires. L'objectif initial était d'atteindre 4 000 assistants médicaux fin 2022 ; il a depuis été relevé à 10 000 postes, dans un contexte où 6,7 millions de personnes ne disposent pas de médecin traitant[25]. En 2024, plus de 6 000 assistants médicaux sont en poste[26]. Le déploiement cible prioritairement la médecine générale et les territoires en tension : 75 % des contrats concernent des médecins généralistes et 60 % sont situés en zones sous-denses.

L'enquête OMPL confirme une montée en charge progressive du dispositif : 34 % des employeurs déclarent bénéficier d'un assistant médical. Parmi eux, 53% perçoivent encore l'aide de l'Assurance Maladie, tandis que 47 % ont pérennisé le poste sans soutien financier. Les MSP apparaissent les plus avancées dans le recours à ces professionnels (44 % des employeurs en MSP), et les médecins récemment installés y ont davantage recours. Par ailleurs, près d'un médecin sur deux souhaiterait pouvoir bénéficier de ce soutien, en particulier parmi les praticiens exerçant seuls.

Inversement, leur implantation varie toutefois selon les structures : 51 % des assistants médicaux exercent en cabinets individuels, 20 % en cabinets de groupe et 24 % en MSP.

Pour autant, 58 % des employeurs déclarent ne pas disposer d'assistant médical. L'enquête met en évidence plusieurs freins persistants : rigidité des dispositifs d'aide, contraintes administratives, difficulté à démontrer rapidement la plus-value organisationnelle et économique du poste.

22. Loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé

23. Ordonnance n° 2023-77 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées

24. Etude OMPL

25. Accès aux soins dans les territoires : le rôle croissant des assistants médicaux, Vie Publique (2 août 2023)

26. Le cap des 6 000 assistants médicaux franchi : un soutien essentiel pour les médecins libéraux au quotidien, Assurance Maladie (22 janvier 2024)

Ainsi, si l'assistant médical constitue le « nouveau métier » le plus plébiscité par les médecins et un levier central de soutenabilité du modèle libéral, son appropriation demeure partielle et conditionnée à un ajustement des modalités de financement, de formation et d'accompagnement.

Focus benchmark : des modèles internationaux contrastés entre logiques pluriprofessionnelles et organisation centrée sur le médecin[27,28]

Les comparaisons internationales mettent en évidence des degrés variables de structuration des équipes et de délégation des tâches, selon les modèles d'organisation des soins.

Dans les systèmes à dominante pluriprofessionnelle, comme en **Allemagne**, au **Canada** (Québec) ou en partie en **Suisse**, le recours aux assistants médicaux et aux personnels non médicaux est globalement plus développé qu'en France.

En **Allemagne**, les assistants médicaux (MFA) occupent une place centrale dans la gestion des tâches médicales simples et administratives, principalement au sein des structures collectives (MVZ), tandis qu'ils restent plus rares dans les cabinets individuels.

Au **Québec**, la logique est comparable, avec une mobilisation plus importante de personnels d'appui pour soutenir l'activité médicale.

En **Suisse**, les assistants médicaux (MPA) sont très répandus dans les cabinets de médecine générale et assurent des fonctions polyvalentes, bien que l'intégration d'autres professionnels paramédicaux demeure plus limitée. Des réflexions sont actuellement en cours pour renforcer la formation infirmière et élargir leurs compétences.

Dans les modèles davantage centrés sur le médecin, comme en **Belgique** ou en **Italie**, les assistants médicaux (MPA) sont également largement présents dans les cabinets de médecine générale, avec un rôle polyvalent d'appui à l'activité clinique et organisationnelle. En revanche, l'intégration d'autres professionnels paramédicaux reste plus restreinte. Dans ces deux pays, des discussions nationales sont engagées pour faire évoluer la formation des infirmiers et élargir leur champ d'intervention, traduisant une transition progressive vers des modèles plus collaboratifs.

Ces comparaisons montrent que la délégation de tâches et la structuration des équipes constituent des leviers communs d'efficience, mais que leur intensité dépend fortement des modèles organisationnels, du cadre réglementaire et du niveau de structuration des soins primaires.

27. Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays, Lucie Michel, Irdes (Octobre 2021)

28. L'organisation territoriale des soins de premier recours, Cour des comptes (Mai 2024)

LES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCÉE (IPA) : UN POTENTIEL IDENTIFIÉ MAIS SOUS-EXPLOITÉ EN VILLE

Créés en 2018, les infirmiers de pratique avancée (IPA) sont des infirmiers diplômés d'Etat ayant suivi une formation universitaire complémentaire leur permettant d'assurer, dans un cadre protocolisé, le suivi de patients atteints de pathologies chroniques stabilisées, d'adapter certains traitements, de renouveler des prescriptions et de participer à la coordination des parcours. En 2025, 3 973 IPA étaient diplômés et 1 988 étaient en formation[29].

Au-delà des IPA, la question des délégations de tâches cliniques s'inscrit dans un mouvement plus large : élargissement des compétences des infirmiers, implication accrue des pharmaciens dans le suivi des maladies chroniques et la vaccination, montée en compétences des sages-femmes ou des orthoptistes dans certaines filières. Cette évolution est encouragée par les pouvoirs publics pour répondre à la tension démographique médicale et améliorer l'accès aux soins.

Toutefois, cette dynamique s'accompagne d'une tension persistante. Si les professionnels reconnaissent l'intérêt de mieux répartir certaines tâches cliniques, notamment pour le suivi des pathologies chroniques, ils expriment également des réticences à déléguer des actes qu'ils considèrent comme relevant du « cœur du raisonnement médical ». La délégation apparaît ainsi comme un levier stratégique face aux défis démographiques, mais son appropriation reste contrastée.

Le potentiel des IPA et, plus largement, des délégations cliniques, est identifié, mais leur déploiement en ville demeure conditionné à des clarifications en matière de financement, de responsabilités, d'articulation des rôles et d'acceptabilité professionnelle.

DÉLÉGATION, POLYVALENCE ET NOUVEAUX MÉTIERS : VERS DES ÉQUIPES ÉLARGIES MAIS ENCORE EN STRUCTURATION

Dans un contexte de tension démographique et de complexification des prises en charge, la délégation de tâches administratives et cliniques s'impose progressivement comme un levier structurant de soutenabilité du modèle libéral. Elle vise un objectif partagé par les médecins : recentrer le temps médical sur les actes cliniques à forte valeur ajoutée - gestion des situations complexes, suivi des pathologies chroniques, coordination des parcours. Cette dynamique se traduit par une montée en polyvalence des équipes, particulièrement visible dans les cabinets de taille intermédiaire et de grande taille, où la présence de professionnels variés facilite la répartition des rôles. Les fonctions évoluent et s'élargissent, mais restent encore peu standardisées et inégalement reconnues selon les territoires et les structures. L'enquête OMPL confirme ces besoins de structuration organisationnelle : parmi 700 employeurs interrogés, 352 identifient l'assistant de gestion administrative comme le métier le plus utile au sein d'un cabinet libéral, 193 citent un technicien support numérique et 116 un coordinateur de parcours. Ces résultats traduisent une attente forte en matière de soutien organisationnel et numérique, au-delà des seules fonctions cliniques.

Toutefois, des tensions persistent. 58 % des employeurs ne disposent pas d'assistant médical et certains répondants estiment qu'aucun nouveau métier n'est nécessaire. D'autres expriment une frustration liée à l'impossibilité financière de créer des postes supplémentaires ou à une complexité croissante des rôles. Une forme de confusion apparaît également autour des nouveaux métiers paramédicaux, révélant un besoin de clarification des responsabilités et de stabilisation des cadres d'exercice. L'émergence de nouveaux métiers et la montée en compétences constituent ainsi un levier central de transformation du modèle libéral. Leur déploiement durable reste cependant conditionné à des financements adaptés, à une meilleure lisibilité des rôles et à une organisation capable d'intégrer ces évolutions sans fragiliser les équilibres existants.

29. Recensement des étudiants IPA et des nouveaux diplômés 2025 – 2026, UNIPA

UNE DIGITALISATION RAPIDE, ENCORE INCOMPLÈTEMENT INTÉGRÉE DANS LES PRATIQUES

UNE PROGRESSION RAPIDE DE LA TÉLÉMÉDECINE ET DES OUTILS NUMÉRIQUES

La digitalisation des pratiques médicales connaît une accélération notable. En 2024, 13,9 millions de téléconsultations ont été réalisées, soit une progression de près de 20 % en un an, dont plus de la moitié par des professionnels libéraux, traduisant une appropriation croissante des outils numériques en médecine de ville[30]. Parallèlement, les services en ligne se multiplient (prise de rendez-vous, ordonnance numérique, télé-expertise, télésurveillance) et les logiciels métiers deviennent progressivement plus intégrés, notamment sous l'impulsion du référencement par l'Agence du Numérique en Santé.

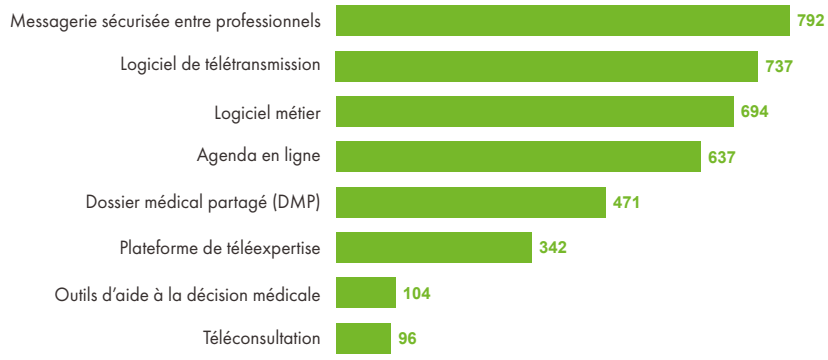
L'enquête OMPL met en évidence une adoption très large des outils numériques « socles» par les employeurs : 100% utilisent une messagerie sécurisée, 93 % la télétransmission, 88 % un logiciel métier, 80 % un agenda en ligne et 59% le dossier médical partagé (DMP). Ces outils sont désormais ancrés dans les pratiques quotidiennes.

En revanche, la pénétration des outils dits « avancés » demeure plus limitée. Seuls 12 % déclarent recourir à la téléconsultation et 13 % à des outils d'aide à la décision clinique, dont certains relèvent de l'intelligence artificielle. Cette différence suggère que le numérique est aujourd'hui largement utilisé lorsqu'il est devenu incontournable ou réglementairement intégré, mais qu'il suscite davantage de prudence lorsqu'il modifie plus profondément les pratiques cliniques.

Les freins identifiés sont largement partagés. 49 % des employeurs citent le coût des solutions numériques comme principal obstacle, 44 % évoquent les difficultés d'interopérabilité entre outils, 29 % mentionnent le temps d'apprentissage nécessaire et 19 % pointent un manque de formation ou d'accompagnement. Les préoccupations liées à la confidentialité des données restent également présentes.

Ces difficultés systémiques, en particulier l'absence d'interopérabilité, peuvent alimenter une forme de "fatigue numérique" et fragiliser l'adhésion des professionnels aux innovations futures.

Quels outils numériques utilisez-vous régulièrement ?



Source : Enquête OMPL 2025

30. Assises de la télémédecine 2025-2026 : un nouvel élan pour les acteurs, ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées (26 janvier 2026)

OUTILS NUMÉRIQUES : UN POTENTIEL FORT, SOUS CONDITIONS DE STRUCTURATION

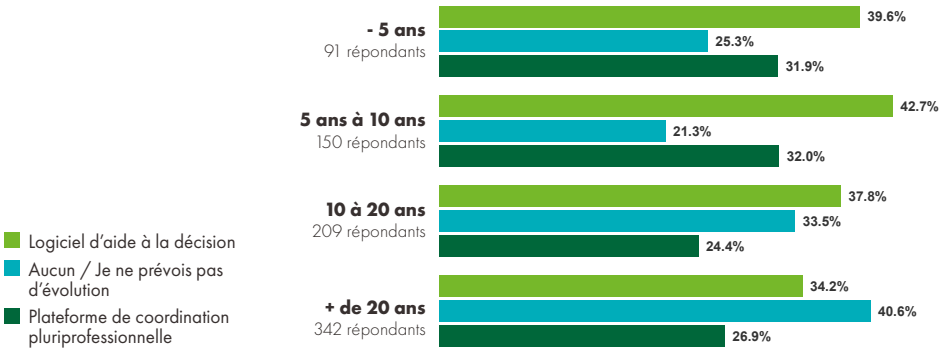
La téléconsultation est aujourd'hui identifiée comme utile dans des situations ciblées (pour les patients connus ou âgés) mais elle demeure insuffisante pour répondre aux besoins des publics précaires ou isolés. À l'inverse, la télé-expertise est perçue comme plus structurante, car elle renforce la coopération entre professionnels sans altérer la relation de soins.

Plus largement, les outils numériques s'imposent comme un levier d'évolution majeur des cabinets médicaux, mais leur appropriation reste contrastée. L'enquête OMPL met en évidence un biais générationnel marqué. Les professionnels ayant moins de 5 ans d'exercice se montrent particulièrement demandeurs d'outils d'aide à la décision clinique et de plateformes de coordination pluriprofessionnelle ; seuls 25 % d'entre eux n'envisagent aucune évolution dans leur usage des outils numériques. À l'inverse, 41 % des professionnels ayant plus de 20 ans d'exercice déclarent ne pas prévoir d'évolution de leurs pratiques numériques.

Un biais lié au mode d'exercice apparaît également : les répondants exerçant en cabinet individuel sont majoritaires à ne pas envisager d'évolution dans l'utilisation de nouveaux outils numériques. Cette position est toutefois corrélée à l'ancienneté, puisque parmi les 309 répondants en cabinet individuel, 166 ont plus de 20 ans d'exercice, confirmant l'effet générationnel.

Quels outils numériques, que vous n'utilisez pas déjà, aimeriez-vous adopter à l'avenir ? (en fonction de l'ancienneté d'exercice)

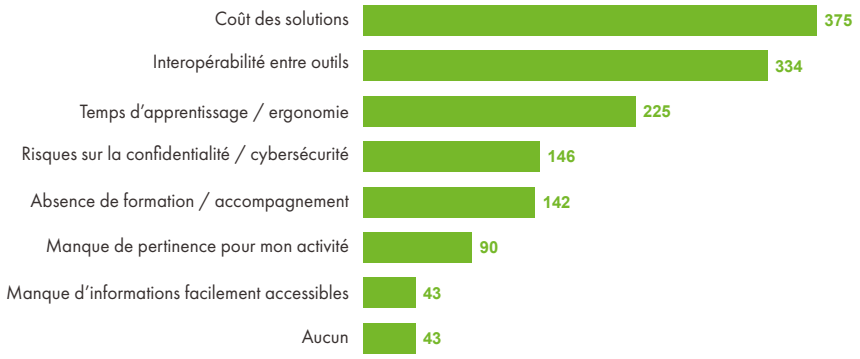




Source : Enquête OMPL 2025

L'adoption des outils numériques se heurte par ailleurs à des freins structurels. Le principal obstacle identifié est le coût d'investissement, cité en priorité par les directeurs (67 %), mais aussi par les fonctions support (48 %) et les coordinateurs (36 %). Les difficultés d'interopérabilité constituent également un frein important, notamment en MSP et en cabinet de groupe. L'absence de formation est un problème transversal : si le coût est moins perçu comme un obstacle chez les professionnels les plus expérimentés (41 % pour ceux ayant plus de 20 ans d'expérience contre 51 % pour les moins de 5 ans), la question de la formation devient plus saillante avec l'ancienneté (38 % contre 20 %).

Quels freins rencontrez-vous dans l'usage d'outils numériques au cabinet ?



Source : Enquête OMPL 2025

Du côté des salariés, la volonté d'évolution numérique apparaît globalement limitée. Elle est particulièrement faible chez les professionnels ayant plus de 10 ans d'ancienneté (44 % n'envisagent pas d'évolution contre 21 % chez les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté), chez les secrétaires médicales (46 %) et chez ceux exerçant en cabinet individuel (45 % contre 21 % en MSP). À l'inverse, les professionnels les plus jeunes expriment davantage de besoins en outils de règlement en ligne et de coordination. Les fonctions support sont également demandeuses d'outils de paiement en ligne (environ 30 %), tandis que les outils de coordination sont particulièrement attendus en MSP (41 %) et par les coordinateurs (45 %).

Les enjeux d'interopérabilité constituent un point de vigilance majeur. La fragmentation des données entre l'hôpital, la ville et l'espace numérique de santé génère des pertes d'information, des examens redondants et une perte de temps pour les équipes. Si le dossier médical partagé constitue une avancée reconnue, son usage quotidien reste perçu comme chronophage et insuffisamment intégré aux logiciels métiers.

Le numérique représente un levier majeur d'efficience, d'attractivité et de transformation organisationnelle pour les cabinets libéraux. Son déploiement effectif dépend toutefois moins de l'équipement que de la capacité collective à structurer l'interopérabilité, le financement et l'accompagnement au changement.

Quels outils numériques, que vous n'utilisez pas déjà, aimeriez-vous adopter à l'avenir ? (salariés)



Source : Enquête OMPL 2025

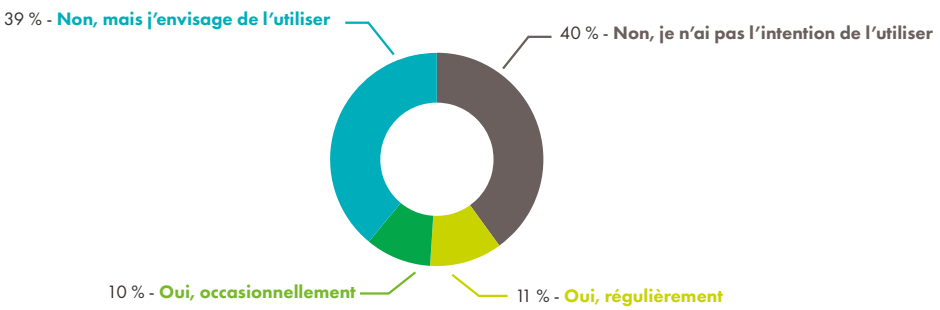
30. Assises de la télémédecine 2025-2026 : un nouvel élan pour les acteurs, ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées (26 janvier 2026)

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : UN POTENTIEL RECONNU, UNE APPROPRIATION ENCORE CONTRASTÉE

L'intelligence artificielle se diffuse progressivement dans le secteur de la santé, en particulier dans certaines spécialités pionnières telles que la radiologie, la dermatologie ou l'anatomopathologie, où elle est mobilisée comme outil d'aide au diagnostic, d'interprétation d'images et de structuration des données cliniques. Elle s'étend également aux fonctions non cliniques : rédaction assistée de comptes rendus, tri des messages, gestion documentaire, dictée médicale ou assistance téléphonique. Des outils numériques d'assistance médicale émergent ainsi au sein des principaux écosystèmes logiciels.

Selon l'enquête OMPL, l'usage actuel de l'IA conversationnelle demeure minoritaire chez les employeurs : 21 % des médecins déclarent l'utiliser aujourd'hui. Toutefois, 39 % envisagent d'y recourir à l'avenir, ce qui pourrait porter à près de 60 % la proportion de praticiens utilisateurs. À l'inverse, 40 % ne souhaitent pas y avoir recours.

Utilisez-vous l'intelligence artificielle conversationnelle pour certaines tâches dans votre pratique médicale (ex. Pour rédiger des comptes rendus, etc.) ?



Source : Enquête OMPL 2025

Les attentes exprimées par les médecins se concentrent prioritairement sur une aide clinique. Plus d'un tiers des répondants souhaitent disposer de logiciels d'aide à la décision médicale et évoquent la perspective d'une « médecine augmentée ». 58 % anticipent un impact de l'IA sur leur pratique médicale, près de la moitié sur l'organisation du cabinet et 33 % sur la relation avec les patients. Les médecins spécialistes apparaissent plus enclins à intégrer ces outils (23 % sont favorables à leur développement), tandis que les médecins généralistes se montrent plus réservés (près de 44 % expriment des réticences).

Cette dynamique s'accompagne d'un besoin de formation : 29 % des médecins souhaitent avec certitude bénéficier d'une formation à l'IA, 44 % s'y déclarent ouverts, tandis que 27 % s'y opposent.

Du côté des salariés, l'usage de l'IA conversationnelle reste très marginal : 80 % ne l'utilisent pas et 54 % n'ont pas l'intention de le faire. Les professionnels les plus récents dans le métier sont toutefois plus ouverts (38 % des salariés ayant moins de 5 ans d'ancienneté déclarent l'utiliser occasionnellement ou régulièrement), de même que ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle (40 % sont intéressés par son usage).

Les impacts potentiels de l'IA sont largement identifiés : plus de la moitié des salariés exerçant des fonctions support et l'ensemble des directeurs anticipent des effets sur l'organisation interne ; 45 % des salariés en cabinet de groupe évoquent un impact sur l'organisation, 42 % sur la relation patient et 38 % sur la pratique médicale. Pour autant, la volonté de formation reste limitée : 47 % des salariés ne souhaitent pas se former à l'IA et 41 % souhaitent d'abord connaître le format proposé. Le refus est particulièrement marqué chez les salariés ayant plus de 10 ans d'expérience (environ 60 %). Seuls les directeurs se montrent majoritairement favorables à une formation (67 %).

Les entretiens qualitatifs confirment une perception globalement positive de l'IA comme levier de réduction de la charge administrative et d'amélioration de l'efficience. Néanmoins, des réserves persistantes sont exprimées : crainte d'une perte de contrôle médical, incertitudes juridiques, biais algorithmiques et nécessité de conserver un raisonnement clinique autonome.

L'IA apparaît ainsi comme un outil d'optimisation et d'appui à la décision, susceptible de transformer l'organisation des cabinets et les pratiques professionnelles, mais dont l'intégration reste conditionnée à la formation, à l'accompagnement au changement et à une clarification des responsabilités.

Au-delà de son appropriation par les professionnels, l'intelligence artificielle transforme également la place du patient dans la relation de soins. De plus en plus accessibles au grand public, les outils conversationnels et assistants d'IA sont désormais mobilisés par certains patients pour rechercher des informations médicales, interpréter des symptômes ou préparer une consultation. Cette évolution modifie progressivement les interactions entre patients et professionnels de santé : les consultations s'inscrivent davantage dans une logique d'échange et de discussion autour d'informations parfois générées par l'IA, dont la qualité et la fiabilité peuvent être variables.

Cette évolution constitue à la fois une opportunité et un défi. Si ces outils peuvent favoriser une meilleure information des patients et renforcer leur implication dans leur parcours de soins, ils peuvent également générer des incompréhensions, des attentes inadaptées ou la diffusion d'informations erronées. Les professionnels sont ainsi amenés à développer de nouvelles compétences d'explication, de pédagogie et d'esprit critique afin d'accompagner ces nouveaux usages, tout en conservant leur rôle central dans la décision médicale.





30. Assises de la télémédecine 2025-2026 : un nouvel élan pour les acteurs, ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées (26 janvier 2026)

FOCUS IA. LES PROMESSES DE L'IA : UNE OPPORTUNITÉ POUR LES CABINETS MÉDICAUX ?[31]

PROMESSE 1

Un gain de temps via une prise en charge des aspects administratifs

L'IA peut automatiser des tâches répétitives : extractions d'informations pertinentes pour la réalisation de comptes rendus, tri des mails/demandes patients, gestion de dossiers, envoi automatisé de rappels d'examens, traitement automatisé de questionnaires de satisfaction patients ou des demandes de prise de rendez-vous, etc.

Pour les cabinets, l'ensemble de ces applications pourrait signifier des gains de temps sur la charge administrative.

- Jusqu'à 30 % du temps des professionnels peut être consacré à des tâches non cliniques, ce qui pourrait être optimisé (base DGOS/ANAP).
- Des applications existent déjà comme CareCall qui propose une «secrétaire médicale artificielle», PraxyCabinet ou Arkhn Assistant sont des IA familières avec le «langage médical» proposant des transcriptions automatiques de consultations, la rédaction de comptes-rendus synthétiques et permettant donc la simplification de la saisie et du suivi des dossiers.

PROMESSE 2

Une amélioration de la qualité des prises en charge via un soutien à la décision clinique

Certaines applications d'IA permettent d'améliorer la précision d'analyse de certains clichés, de repérer plus tôt certaines maladies et donc d'aider au diagnostic (imagerie, détection de pathologies, diagnostic différentiel, etc.). L'ensemble de ces applications sont donc susceptibles de permettre au médecin de proposer une qualité de prise en charge optimisée.

- Les solutions comme Milvue ou Better World proposent des diagnostics préliminaires en quelques secondes, réduisant l'attente et accélérant la prise en charge. La solution Damae médicale permet de faciliter le dépistage des cancers de la peau via une «biopsie numérique».
- L'ANAP a recensé 15 nouvelles formations pour préparer les professionnels à l'usage de l'IA, signe d'une montée en maturité du secteur.

31. Rapport « Mettre l'intelligence artificielle au service de la santé » - Ministère de la Santé (2025), L'IA en santé, un enjeu majeur pour la HAS et l'ensemble du système de santé – HAS (2025)

PROMESSE 3

Un renforcement de la prévention et du suivi patient, utiles en médecine générale et spécialités de ville

L'IA pourrait également personnaliser la prévention, participer à l'anticipation de certains risques et améliorer le suivi ambulatoire via l'analyse des données de santé.

Pour les cabinets, cela signifie un accès croissant à :

- des outils d'aide à la décision préventive (risque cardiovasculaire, suivi diabète…),
- des solutions d'éducation thérapeutique automatisées,
- des alertes personnalisées sur les parcours patients.

- Le programme SASN (stratégie d'accélération santé numérique) finance des projets IA à hauteur de 90 M€ pour développer des innovations en prévention et en imagerie.
- L'évaluation des IA à visée préventive bénéficie d'un financement dédié pouvant atteindre 70 M€.

PROMESSE 4

Une facilitation de l'accès aux soins, notamment en zones sous-dotées

L'IA peut réduire les inégalités géographiques d'accès aux professionnels de santé en :

- orientant mieux les patients,
- optimisant les créneaux de consultation,
- permettant un pré-diagnostic via outils conversationnels ou imagerie assistée.

Une opportunité pour les cabinets : absorber plus de demandes avec la même capacité médicale.

- La télé-imagerie et les DMN (dispositifs médicaux numériques) avec IA figurent parmi les solutions soutenues par les ARS pour améliorer l'accès dans plusieurs régions pilotes (Bretagne, Pays de la Loire, Grand Est…).
- Les appels à projets régionaux permettent de soutenir des dizaines d'expérimentations IA en ville, notamment en imagerie et diagnostic.

Les promesses portées par l'IA sont également accompagnées d'enjeux, ayant des impacts potentiels, notamment sur l'organisation des cabinets

Enjeu réglementaire - Le cadre réglementaire autour de l'IA pose question car il doit à la fois protéger les professionnels et les patients, accompagner les usagers dans leur rapport à l'IA, sans pour autant restreindre l'accès à ces innovations

Un cadre renforcé qui fonctionnerait bien (AI Act, guide HAS, sécurisation des données) doit être susceptible de générer la confiance de l'ensemble des acteurs de l'écosystème vis-à-vis des outils d'IA en simplifiant l'accès à des outils IA fiables et certifiés pour les cabinets médicaux.

Pour les cabinets, cela signifie un accès renforcé à des outils certifiés, opérationnels, sécurisés et interopérables qui pourront prochainement leur être proposés.

- Le programme d'accompagnement à la mise en conformité des DMN concerne plus de 5 000 établissements et acteurs de santé.
- 31 CHU/CHR participent au développement des entrepôts de données de santé, dont les outils bénéficieront indirectement aux soins de ville (ex : modèles d'IA entraînés sur données hospitalières partagées)

Enjeu humain – L'arrivée de l'IA et les promesses associées sont susceptibles d'avoir des impacts sur l'organisation RH des cabinets médicaux à moyen / long terme

L'arrivée de l'IA dans les cabinets médicaux, et les promesses qu'elle porte en matière d'automatisation des tâches administratives, est susceptible de transformer l'organisation des ressources humaines à moyen / long terme.

Les outils d'IA, en prenant en charge certaines tâches aujourd'hui réalisées en premier lieu par les secrétaires médicales (prise de rendez-vous, tri des appels, génération des comptes rendus, rappels et confirmations, relances, etc.), peuvent réduire le volume de travail administratif traditionnel. Cette évolution peut contribuer à diminuer la surcharge du secrétariat et permettre une réallocation du temps vers des missions à plus forte valeur humaine, comme l'accueil, la coordination du parcours patient, la remise de documents médicaux, la logistique du cabinet ou encore l'accompagnement des patients. Le rôle du secrétariat médical serait ainsi appelé à évoluer.

Si les effets de l'IA sur l'emploi dans les cabinets médicaux demeurent difficiles à anticiper avec précision, une adoption plus poussée pourrait néanmoins entraîner, à terme, un ralentissement des recrutements dans certains cabinets, et possiblement — même si cela reste incertain — quelques réductions de postes.

L'intégration de ces technologies générera également de nouveaux besoins : paramétrage et gestion des outils, contrôle qualité des données, vérification des saisies automatiques, supervision humaine des réponses produites par les systèmes d'IA et formation des équipes aux nouveaux usages numériques. Dans les structures plus importantes (MSP, centres de santé), cette évolution pourrait même se traduire par la création de nouveaux rôles spécialisés, tels que des référents numériques ou des postes renforcés de coordination.

Enjeu professionnel – L'adoption de l'IA dans la pratique médicale risque de redéfinir les standards professionnels

Au-delà des enjeux organisationnels, l'intelligence artificielle est susceptible de transformer en profondeur la pratique médicale elle-même. L'intégration d'outils d'aide à la décision clinique, d'analyse prédictive, de détection automatisée d'anomalies ou de synthèse intelligente des dossiers modifie progressivement les conditions dans lesquelles s'exerce le raisonnement médical.

À mesure que ces outils se diffusent et gagnent en fiabilité, ils pourraient contribuer à redéfinir les standards attendus en matière de sécurisation des prescriptions, de traçabilité des décisions, de gestion des risques ou d'optimisation du temps médical. Dans ce contexte, la compétence professionnelle ne se limitera plus à la maîtrise des connaissances cliniques, mais intégrera la capacité à mobiliser, superviser et interpréter des outils d'intelligence artificielle.

Un risque de décrochage relatif pourrait ainsi émerger pour les praticiens qui choisiraient de ne pas intégrer progressivement ces technologies dans leur exercice. Sans recourir à ces outils, ils pourraient se retrouver en décalage avec les pratiques dominantes, notamment en matière d'efficience, de comparaison des performances ou de sécurisation des parcours. L'enjeu n'est pas tant celui d'un remplacement que d'un différentiel de compétitivité professionnelle et organisationnelle.

L'adoption de l'IA devient ainsi un enjeu stratégique pour la profession : non pas pour déléguer le jugement clinique, mais pour maintenir un niveau d'exigence, de performance et d'attractivité en phase avec l'évolution du système de santé. Cette transition suppose un accompagnement structuré, afin d'éviter l'émergence d'une médecine à deux vitesses entre praticiens « augmentés » et praticiens en retrait face aux outils numériques.

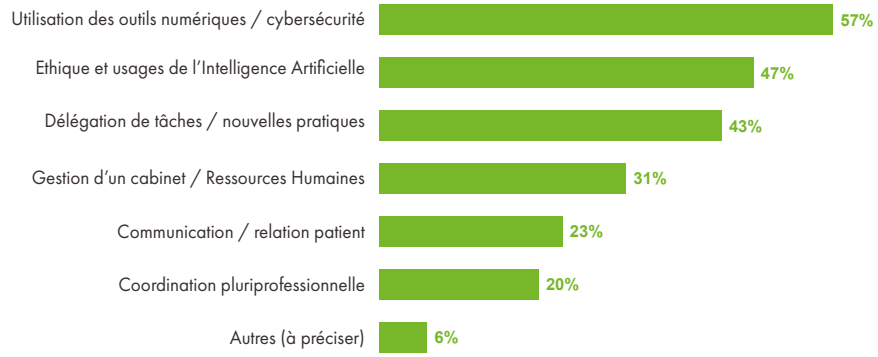
LA FORMATION CONTINUE COMME PILIER DE LA SOUTENABILITÉ DU MODÈLE LIBÉRAL

UNE MONTÉE EN COMPLEXITÉ QUI RENFORCE LE BESOIN DE PROFESSIONNALISATION CONTINUE

La transformation rapide des pratiques médicales, liées aux enjeux de prise en charge (vieillissement de la population, progression des pathologies chroniques, coordination accrue des parcours, diffusion du numérique et de l'intelligence artificielle), renforce l'exigence d'une formation continue structurée tout au long de la carrière. La validation périodique des compétences, inscrite dans les référentiels de la HAS, confirme cette nécessité d'actualisation permanente des savoirs et des pratiques.

La formation ne concerne désormais plus uniquement le médecin, mais l'ensemble des équipes : assistants médicaux, secrétaires, coordinateurs, fonctions support. Les résultats de l'enquête OMPL confirment cette attente.

Quels sujets de formation vous semblent prioritaires pour l'avenir ?



Source : Enquête OMPL 2025

En parallèle, du côté des employeurs, plus d'un médecin sur deux indique être intéressé par une formation relative aux outils numériques et à la cybersécurité. 47 % souhaitent bénéficier d'une formation sur l'éthique et les usages de l'intelligence artificielle et 43 % se déclarent intéressés par des formations portant sur les nouvelles pratiques et la délégation de tâches.

Des différences générationnelles apparaissent :

- Les médecins ayant moins de 5 ans d'exercice sont davantage intéressés par des formations relatives aux nouvelles pratiques et à la délégation de tâches.
- Pour les professionnels plus expérimentés, le besoin de formation est plus important sur l'intelligence artificielle et les enjeux éthiques associés.

Du côté des salariés, 63 % déclarent souhaiter se former dans les prochaines années sur des sujets liés à la transformation de leur métier, proportion qui dépasse 75 % chez les professionnels ayant moins de 10 ans d'expérience et atteint 77 % parmi les fonctions support. Les thématiques prioritaires concernent principalement les nouvelles technologies : utilisation des outils numériques (environ 50 % des répondants, tous profils confondus), cybersécurité, éthique et usages de l'IA. La communication et la relation patient sont également citées, en particulier en maison de santé pluriprofessionnelle.

La formation apparaît ainsi comme un levier stratégique non seulement pour maintenir la qualité des soins, mais aussi pour accompagner la transformation des métiers et préserver l'attractivité du modèle libéral.

UN ACCÈS À LA FORMATION ENCORE PERÇU COMME PERFECTIBLE

Malgré l'importance des besoins exprimés, l'accès à la formation demeure fragile. L'offre est souvent perçue comme insuffisamment adaptée aux contraintes de l'exercice libéral, parfois trop généraliste et pas toujours suffisamment opérationnelle.

Le fonctionnement du Compte personnel de formation (CPF) suscite des critiques récurrentes : rejets administratifs, perte de droits non consommés, manque de lisibilité des procédures. Ces difficultés alimentent un sentiment de frustration chez certains professionnels, alors même que la formation est identifiée comme une priorité stratégique.

Les employeurs soulignent par ailleurs des lacunes en management, en gestion des ressources humaines, en maintenance des outils informatiques et en pilotage des plateformes numériques. La diffusion progressive de l'intelligence artificielle renforce la nécessité de formations spécifiques permettant d'en comprendre les limites, d'en sécuriser les usages et d'en maîtriser l'intégration dans la pratique.

La question n'est donc pas seulement celle du volume de formation disponible, mais de son accessibilité, de sa lisibilité et de son adéquation aux réalités organisationnelles des cabinets.



FORMER AUJOURD'HUI POUR MAINTENIR L'EXERCICE LIBÉRAL DEMAIN

La formation apparaît comme un déterminant central de la soutenabilité du modèle libéral. Les jeunes médecins expriment un besoin d'accompagnement renforcé dès l'entrée dans la vie professionnelle, notamment pour la gestion des situations complexes, la coordination et l'organisation du cabinet.

L'insuffisance des stages en ville, en particulier pour certaines spécialités encore fortement hospitalo-centrées, limite l'exposition aux modes d'exercice libéraux et peut influencer les choix d'installation. Chez les spécialistes, le développement d'une activité mixte (libérale / hospitalière) constitue un levier de maintien des compétences techniques, mais génère des contraintes organisationnelles et économiques.

Dans un contexte de tension démographique persistante, la formation continue devient un outil d'adaptation stratégique : elle conditionne la capacité des professionnels à intégrer les évolutions technologiques, à organiser la délégation de tâches, à structurer les équipes et à maintenir un niveau d'exigence clinique élevé.

Ainsi, la formation ne constitue pas uniquement un enjeu de montée en compétences individuelle. Elle apparaît comme un facteur clé d'équilibre du modèle libéral, à l'intersection des enjeux d'attractivité, de qualité des soins et d'adaptation aux mutations structurelles du système de santé.

En synthèse, quelques chiffres clefs sur les cabinets médicaux libéraux[32] :

34 600
structures (soit une évolution de -3% en 5 ans)

97 100
salariés (soit une évolution de plus de 11% en 5 ans)

12 ans
d'existence en moyenne

2,8
effectifs en moyenne par cabinet (+12% en 5 ans)

Plus d'1 salarié sur 4
est désormais cadre ou profession intermédiaire (27% des emplois en 2022 contre 23% en 2018).

Une hausse de 15%
des soins réalisés dans les cabinets représentant une dépense de 25Mds d'euros (+2% en 5 ans entre 2018 et 2022)

33. Données 2022 - Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités & Insee & Acoss / traitements et estimations Pragma Etudes

SCÉNARIOS PROSPECTIFS : QUEL AVENIR POUR LES CABINETS MÉDICAUX LIBÉRAUX ?

L'élaboration des scénarios prospectifs repose sur une démarche d'analyse croisée, combinant travaux documentaires, exploitation de données sectorielles et concertation avec les acteurs de terrain. Des ateliers de travail ont ainsi été conduits avec des professionnels de santé, des représentants de la branche et des experts, afin **d'identifier les principales dynamiques de transformation à l'œuvre, d'en qualifier les impacts et de confronter les visions sur les évolutions à venir.**

Ces travaux ont permis de structurer la réflexion autour de cinq enjeux clés, déjà mis en évidence dans l'état des lieux, et d'en analyser les prolongements à travers une démarche prospective. Ces enjeux, déjà à l'œuvre aujourd'hui, façonnent l'évolution des cabinets médicaux libéraux et en détermineront les trajectoires futures :

- l'organisation des prises en charge (pathologies chroniques et soins non programmés),
- le développement de l'exercice coordonné et des partenariats,
- les dynamiques de financiarisation et de gouvernance,
- l'évolution des métiers et de la délégation de tâches,
- ainsi que la digitalisation et les usages de l'intelligence artificielle.

La construction des scénarios repose sur une double entrée analytique. D'une part, une lecture par enjeu permet d'examiner, pour chacune des dimensions structurantes, les transformations à l'œuvre et leurs implications. D'autre part, chacun de ces enjeux est décliné selon deux trajectoires contrastées :

- **un scénario tendanciel**, qui prolonge les dynamiques actuelles et met en lumière leurs effets à moyen terme ;
- **un scénario souhaité**, construit et défini par les membres de la CPNE-FP, qui explore une trajectoire alternative, fondée sur des choix d'organisation, de régulation et de politiques publiques permettant d'orienter ces évolutions.

Cette approche vise à articuler compréhension des tendances et capacité de projection, en mettant en évidence à la fois les risques d'évolution non maîtrisée et les marges de manœuvre pour construire un modèle plus soutenable, plus attractif et mieux aligné avec les besoins de santé et les attentes des représentants de la branche.

Enfin, ces scénarios ont vocation à nourrir une réflexion opérationnelle. En effet, les membres de la CPNE-FP ont exploré les mesures à adopter pour permettre de passer d'un scénario tendanciel à un scénario souhaité. En ce sens, des fiches actions, élaborées à partir des enseignements des ateliers, ont été créées afin d'identifier les leviers concrets de transformation, les acteurs à mobiliser et les conditions de mise en œuvre nécessaires à leur déploiement.

PATHOLOGIES CHRONIQUES ET SOINS NON PROGRAMMÉS : DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE SOUS TENSION

MODÈLE TENDANCIEL D'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE : UNE DISSOCIATION CROISSANTE DU SUIVI DES POPULATIONS, AU RISQUE DE FRAGMENTER LES PARCOURS ET LE RÔLE DE PREMIER RECOURS

L'organisation des prises en charge connaît aujourd'hui des évolutions qui transforment progressivement le rôle et le fonctionnement des cabinets médicaux libéraux de médecine générale. **Sous l'effet du vieillissement de la population, de l'augmentation des besoins de santé et des mutations des modes d'exercice, les équilibres traditionnels entre suivi classique des patients, urgences de prise en charge et coordination sont en train de se redéfinir.**

Une première évolution majeure concerne la place croissante des pathologies chroniques. Le vieillissement de la population et la progression des maladies de longue durée inscrivent durablement l'activité des cabinets dans une logique de suivi au long cours. **Le temps médical pourrait ainsi se réorienter vers la prévention, l'accompagnement des patients et la coordination des différents intervenants du parcours de soins, au détriment d'autres types de prises en charge, comme les soins non programmés.**

Mécaniquement, pour répondre aux besoins croissants, la gestion des soins non programmés tend à s'organiser en dehors du cabinet de médecine générale. Le développement de structures dédiées comme les centres de soins non programmés, ou encore les dispositifs territoriaux, permet d'apporter une réponse plus immédiate à la demande, tout en limitant son impact sur l'activité quotidienne des médecins. **Cette évolution contribue à un recentrage des cabinets sur leur patientèle habituelle, mais modifie en profondeur leur rôle dans le premier recours.**

Enfin, les transformations organisationnelles s'accompagnent d'une évolution du contenu même de l'activité médicale. **La délégation progressive des actes les plus simples à des professionnels paramédicaux conduit les médecins à se concentrer davantage sur les situations complexes. Cette recomposition renforce les besoins de coordination, d'arbitrage et de priorisation dans la gestion des prises en charge.**

Cette évolution n'est pas sans conséquence sur les conditions d'exercice. **La concentration du temps médical sur des situations plus complexes tend à allonger la durée des consultations et à accroître l'intensité de la prise en charge, avec des besoins renforcés en coordination et en suivi.** Dans ce contexte, l'adéquation du modèle économique actuel peut être interrogée. **Un allongement significatif du temps consacré à chaque patient, dans un cadre de tarification peu différencié, peut fragiliser l'équilibre économique des cabinets. Cette tension apparaît particulièrement marquée en médecine générale, où la recomposition des prises en charge est plus directement liée aux évolutions démographiques et à la montée des pathologies chroniques.**

Ces tendances convergent vers un modèle libéral plus segmenté et spécialisé, dans lequel les différentes dimensions de la prise en charge, du suivi chronique et des soins non programmés aux actes complexes, tendent à se dissocier. **Si cette organisation peut améliorer l'efficience globale, elle fait également peser un risque de fragmentation des parcours et d'éloignement du cabinet de médecine générale de son rôle de premier recours global.**

MODÈLE SOUHAITÉ DE L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE : UN ÉQUILIBRE QUI PRÉSERVE LA POLYVALENCE DU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET RENFORCE SON RÔLE DE PIVOT DE PROXIMITÉ DANS DES PARCOURS STRUCTURÉS ET LISIBLES

À l'inverse de cette dynamique de dissociation des parcours, **un scénario souhaité vise à préserver un équilibre entre structuration des prises en charge et maintien du rôle central du cabinet de médecine générale dans le premier recours.**

Dans cette hypothèse, le cabinet médical de médecine générale conserve un exercice polyvalent. Il continue d'assurer à la fois le suivi des pathologies chroniques et la prise en charge d'une partie des soins non programmés, selon des modalités d'organisation lisibles pour les patients et soutenables pour les équipes. **L'articulation avec les structures dédiées aux soins non programmés est maintenue, mais dans une logique de complémentarité et non de substitution.**

Cette organisation repose également sur un ancrage territorial fort. Le cabinet s'inscrit pleinement dans son environnement local, en lien étroit avec les autres acteurs de santé, tout en conservant une relation de proximité avec sa patientèle. **Cette continuité relationnelle constitue un levier essentiel de qualité des prises en charge et de pertinence des orientations dans le système de soins.**

Par ailleurs, les parcours de soins gagnent en lisibilité et en structuration. **Des procédures plus formalisées en matière de prévention, de suivi de la patientèle, de rappels de consultations, de relances de dépistage ou de suivi des patients chroniques permettent ainsi d'anticiper les besoins, de sécuriser les trajectoires des patients et d'améliorer la continuité des prises en charge, en particulier pour les pathologies chroniques.**

Dans ce scénario, la structuration des organisations ne conduit pas à une séparation trop marquée entre les différents types de prises en charge (suivi des pathologies chroniques, soins non programmés, situations complexes), mais repose au contraire sur une meilleure articulation des rôles et des interventions. Le cabinet conserve ainsi sa fonction de pivot de proximité au sein de parcours coordonnés, continus et adaptés aux besoins des patients.

FINANCIARISATION ET GOUVERNANCE

MODÈLE TENDANCIEL DE FINANCIARISATION ET DE GOUVERNANCE : UNE STRUCTURATION ÉCONOMIQUE CROISSANTE, AU RISQUE DE TENSIONS ENTRE PERFORMANCE ET AUTONOMIE MÉDICALE

Portée par des besoins croissants d'investissement, de modernisation et d'organisation, la financiarisation constitue l'une des transformations les plus structurantes de l'exercice libéral. Elle contribue ainsi à faire évoluer en profondeur les modèles économiques et les modes de gouvernance des cabinets, notamment les cabinets de spécialités nécessitant d'importants plateaux techniques.

Cette dynamique se traduit d'abord par un changement d'échelle des structures. Dans certaines spécialités, le développement de cabinets de plus grande taille, soutenus par des

investissements externes, répond à des besoins accrus en équipements, en outils numériques et en organisation. **Cette évolution favorise des modèles plus standardisés, reposant sur l'optimisation des ressources, la mutualisation des moyens et un pilotage plus centralisé de l'activité. Dans certains cas, l'exercice libéral tend ainsi à se rapprocher de logiques organisationnelles plus structurées et rationalisées.**

Elle s'inscrit également dans une transformation des attentes des nouvelles générations de médecins vis-à-vis des conditions d'exercice : plus sécurisées, plus prévisibles, moins contraignantes sur le plan administratif. **Les structures de plus grande taille ou appuyées par des investissements externes offrent en effet un cadre organisationnel perçu comme plus stable, reposant sur une mutualisation des fonctions support et une réduction de la charge de gestion individuelle.** Ces attentes renvoient notamment à la recherche d'horaires de travail plus maîtrisés, d'une charge administrative réduite, d'un revenu plus lisible et d'un environnement de travail davantage collectif.

Ces transformations s'accompagnent d'une évolution des rôles au sein des structures. Des médecins investissent de plus en plus des fonctions de gouvernance, assumant des responsabilités de pilotage stratégique, organisationnel et économique. Cette hybridation des fonctions redéfinit progressivement le métier médical, désormais situé à l'interface entre pratique clinique et gestion de structures complexes.

En plus des nouvelles fonctions assumées par les médecins-dirigeants, l'entrée d'acteurs financiers renforce cette dynamique de transformation. Si elle permet d'accélérer le développement des structures et de soutenir les investissements, elle introduit également des exigences de rentabilité et de performance économique. **Ces logiques peuvent entrer en tension avec les principes fondateurs de l'exercice médical, en particulier l'indépendance des décisions cliniques et le sens du métier.**

Au-delà de ces enjeux, un point structurant réside dans l'évolution du rapport des médecins à leurs outils de travail. **Le développement de modèles capitalistiques conduit en effet à une dissociation progressive entre exercice médical et propriété des structures : cabinets, plateaux techniques ou équipements ne sont plus nécessairement détenus par les praticiens eux-mêmes.** Cette perte de maîtrise patrimoniale transforme en profondeur les conditions d'exercice. Elle s'inscrit également dans un mouvement plus large de transformation du rapport des médecins à leur activité, marqué par une moindre appétence pour les fonctions entrepreneuriales traditionnelles.

Ce scénario tendanciel dessine un modèle d'exercice libéral plus structuré, plus capitalisé et davantage piloté, mais aussi potentiellement éloigné de ses fondements traditionnels. Dans ce cadre, les arbitrages entre qualité des soins, viabilité économique et autonomie professionnelle deviennent centraux, avec un risque de déséquilibre au détriment des dimensions médicales, mais aussi d'un affaiblissement du lien entre responsabilité professionnelle et maîtrise des conditions d'exercice, historiquement constitutif de l'exercice libéral.

MODÈLE SOUHAITÉ DE FINANCIARISATION ET DE GOUVERNANCE : UNE RÉGULATION MAÎTRISÉE CONCILIANT PERFORMANCE ÉCONOMIQUE, QUALITÉ DES SOINS ET INDÉPENDANCE MÉDICALE

À l'inverse d'une financiarisation subie, un scénario souhaité vise à organiser et encadrer ces évolutions afin d'en maîtriser les effets, tout en préservant les fondements du modèle libéral.

Dans cette perspective, la gouvernance des structures repose sur un équilibre explicite entre logique médicale et logique économique. **Les décisions stratégiques intègrent des enjeux de performance et de viabilité, mais restent alignées avec les objectifs de qualité des soins, de continuité des prises en charge et d'accès pour les patients.** Les médecins conservent un rôle central dans les orientations cliniques et organisationnelles.

La financiarisation est ainsi encadrée pour en limiter les dérives. Les investissements externes demeurent possibles et peuvent constituer un levier utile de modernisation et de structuration, **mais ils s'inscrivent dans un cadre régulé garantissant la transparence, l'indépendance des décisions médicales et la primauté de l'intérêt du patient.**

Dans le même temps, les pouvoirs publics jouent un rôle d'orientation. Les soutiens financiers sont ciblés vers des projets répondant à des objectifs de santé publique, tels que la structuration de l'offre, l'innovation utile, l'amélioration de l'accès aux soins ou encore le renforcement des coopérations territoriales. **Cette régulation contribue à éviter une logique de développement uniquement guidée par la rentabilité.**

Enfin, des mécanismes de transparence et de contrôle viennent sécuriser les pratiques. Ils visent à prévenir les risques de capture par des intérêts non médicaux et à garantir que les décisions cliniques restent fondées sur des critères médicaux et éthiques.

Ainsi, le scénario souhaité dessine un modèle d'exercice libéral à la fois structuré et régulé, dans lequel la performance économique constitue un levier au service de la qualité des soins, sans remise en cause de l'autonomie et de la responsabilité médicale.

EXERCICE COORDONNÉ ET PARTENARIATS

MODÈLE TENDANCIEL D'EXERCICE COORDONNÉ : UNE INTÉGRATION CROISSANTE ET INVOLONTAIRE DANS DES ÉCOSYSTÈMES TERRITORIAUX, AU RISQUE D'UNE COMPLEXIFICATION ORGANISATIONNELLE

L'exercice coordonné s'impose progressivement comme une dimension centrale de l'organisation des soins en ville. Sous l'effet des besoins croissants de coordination, des politiques publiques et des évolutions des pratiques professionnelles, **les cabinets médicaux libéraux s'inscrivent de plus en plus dans des logiques collectives et territoriales.**

Cette évolution se traduit d'abord par le développement des structures regroupées. Cabinets de groupe, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé tendent à se généraliser, devenant des formes d'organisation structurantes de l'offre de soins, en particulier dans les territoires sous-dotés. Toutefois, leur niveau de structuration et leurs modalités de fonctionnement restent variables selon les contextes locaux.

En parallèle, l'intégration des cabinets dans les dispositifs territoriaux se renforce. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins spécialisés (ESS), les services d'accès aux soins (SAS) ou encore les dispositifs conventionnels encouragent la coordination entre professionnels. Si les CPTS structurent principalement les coopérations territoriales du premier recours, les ESS participent progressivement à l'organisation du second recours et au renforcement des liens entre médecins généralistes et spécialistes. **Portés par des incitations financières et des politiques publiques volontaristes, ces cadres contribuent à formaliser les pratiques de coopération et à structurer les interactions entre acteurs.**

En conséquence, le rôle du cabinet de ville évolue. Il ne se limite plus à la prise en charge individuelle des patients, mais **s'inscrit dans un écosystème plus large, intégrant des fonctions de coordination, de suivi de parcours et de participation à des dynamiques territoriales.**

Cette évolution conduit à une intégration croissante des cabinets dans des organisations collectives, au service de l'accès aux soins et de la continuité des prises en charge. Elle s'accompagne toutefois d'une complexification des modes de fonctionnement et d'une dépendance accrue aux dispositifs existants, qui peuvent limiter la **lisibilité et l'appropriation par les professionnels.**

MODÈLE SOUHAITÉ D'EXERCICE COORDONNÉ : UN COLLECTIF STRUCTURÉ ET CHOISI, LEVIER DE QUALITÉ, D'ATTRACTIVITÉ ET DE RÉSILIENCE TERRITORIALE

À l'inverse d'une coordination subie et parfois perçue comme contraignante, **un scénario souhaité viserait à faire de l'exercice coordonné un levier pleinement maîtrisé, au service de la qualité des soins, de l'attractivité des territoires et de la soutenabilité du modèle libéral.**

Dans cette perspective, **la dynamique de regroupement des professionnels se poursuit, mais s'inscrit dans une logique choisie** et structurée : les cabinets et structures pluriprofessionnelles renforcent la mutualisation des moyens, secrétariat, outils numériques, fonctions de coordination, **afin d'améliorer l'efficience organisationnelle et les conditions d'exercice.** Cette organisation collective répond également aux attentes croissantes des médecins en matière d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, en permettant une meilleure répartition de la charge de travail, une mutualisation des contraintes et une plus grande prévisibilité des rythmes d'exercice.

Parallèlement, la coordination entre acteurs gagne en maturité. Au sein des MSP, des CPTS et des ESS, elle repose sur des outils et des processus partagés : protocoles communs, temps d'échange réguliers, règles de fonctionnement explicites. Cette structuration facilite la gestion des parcours complexes, en particulier pour les patients atteints de pathologies chroniques. **Elle s'accompagne également d'une évolution du rôle des médecins, de plus en plus impliqués dans des fonctions de coordination, de supervision d'équipes et d'organisation des parcours de soins, au-delà de leur seule activité clinique.**

Les équipes de soins spécialisés (ESS) complètent cette organisation territoriale en structurant les coopérations entre médecins spécialistes à l'échelle des territoires. Elles contribuent à améliorer les échanges entre premier et second recours, à fluidifier l'accès à l'expertise spécialisée et à développer des pratiques collaboratives entre professionnels. **Dans certaines spécialités en accès direct, telles que l'ophtalmologie, la gynécologie,**

la pédiatrie ou la psychiatrie, elles participent également à l'organisation du premier recours. À terme, les ESS constituent un levier de structuration des parcours, mais également d'attractivité des territoires, notamment en facilitant l'accueil des internes et le développement des stages en médecine libérale.

Aussi, les coopérations entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social se renforcent. Cette approche plus intégrée permet de mieux articuler les interventions des différents acteurs et d'assurer une prise en charge plus fluide des patients.

Les missions territoriales, accès aux soins, prévention, coordination, sont également davantage organisées à l'échelle collective. Elles ne reposent plus uniquement sur l'engagement individuel des professionnels, mais s'inscrivent dans des cadres structurés, plus lisibles et plus pérennes.

Dans ce cadre, **le cabinet libéral évolue vers un rôle d'acteur territorial de santé à part entière. Il ne se limite plus à la production d'actes et à la réalisation de consultations, mais contribue activement à l'organisation des parcours et à la réponse aux besoins de santé des populations.**

Le scénario souhaité serait un modèle d'exercice coordonné à la fois structuré et maîtrisé, conciliant performance organisationnelle, qualité des prises en charge et maintien de l'autonomie des professionnels.

DIGITALISATION ET USAGES DE L'IA

MODÈLE TENDANCIEL DE DIGITALISATION : UNE TRANSFORMATION RAPIDE ORIENTÉE VERS L'EFFICIENCE, QUI RECONFIGURE LES ORGANISATIONS ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les usages du numérique au sein des cabinets médicaux se développent rapidement, portés par la structuration des organisations, l'augmentation de leur taille et les capacités d'investissement accrues liées aux dynamiques de regroupement et de financiarisation. Cette évolution ne se limite pas à l'introduction d'outils : elle redéfinit en profondeur les modes de fonctionnement et les équilibres internes des structures.

Dans un premier temps, cette transformation se traduit par une numérisation importante des fonctions administratives. Les outils numériques permettent d'automatiser une part croissante des tâches de gestion — prise de rendez-vous, gestion des dossiers patients, facturation — contribuant à standardiser les pratiques et à fluidifier les flux d'information. **Cette évolution réduit la charge administrative, mais transforme également les rôles au sein des équipes et les compétences attendues.**

Dans un second temps, l'intelligence artificielle s'impose progressivement comme un levier de productivité et de pilotage. Elle est d'abord mobilisée pour optimiser l'organisation des cabinets : **planification de l'activité, suivi des indicateurs, gestion des flux de patients ou appui aux tâches administratives.** Cette diffusion s'accompagne de l'émergence de nouvelles fonctions, notamment liées à la gestion des données, au pilotage des outils numériques et au support technique, en particulier dans les structures de grande taille.

L'IA s'intègre progressivement dans certaines pratiques cliniques, principalement sous forme d'aide à l'interprétation d'images, de structuration des dossiers, d'aide au repérage de facteurs de risque ou de soutien à la décision dans des situations ciblées. Elle permet de structurer l'information médicale, de soutenir le diagnostic et d'améliorer le suivi des patients. Elle peut par exemple être mobilisée pour la préanalyse d'imagerie, l'aide au repérage de lésions, la hiérarchisation de dossiers selon le niveau d'urgence, la synthèse d'informations cliniques ou encore l'assistance à la rédaction de comptes rendus, etc. Toutefois, son déploiement reste largement guidé par des logiques d'efficience, visant à optimiser le temps médical et à prioriser les prises en charge.

L'IA comme appui à la décision clinique en situation réelle

Cette évolution se confirme dans les usages observés sur le terrain[33]. L'analyse des requêtes adressées à des assistants médicaux conversationnels met en évidence un recours croissant à l'IA comme appui à la décision en situation réelle. Les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes, sollicitent ces outils principalement pour des besoins directement liés à la pratique clinique, notamment l'aide au diagnostic et à la prescription.

Ces usages traduisent une mobilisation de l'IA « au moment du doute », face au patient, afin de confirmer une hypothèse, d'interpréter des résultats ou de sécuriser une décision thérapeutique. Ils témoignent également des tensions auxquelles sont confrontés les professionnels, entre pression sur le temps médical, complexité des situations et besoin de réponses immédiates.

Enfin, le recours croissant à ces outils par des professionnels non-médecins, notamment les infirmiers et les pharmaciens, illustre un élargissement des usages au-delà des périmètres traditionnels, en lien avec les évolutions de l'organisation des soins.

À moyen terme, cette dynamique conduit à une intégration généralisée de l'IA dans les cabinets médicaux. **Le modèle tendanciel dessine ainsi des structures fortement numérisées, organisées autour de la recherche d'efficience opérationnelle et de la complémentarité entre compétences humaines et outils intelligents.**

33. « L'aide au diagnostic et la prescription, stars des requêtes sur l'assistant médical conversationnel MedGPT », Le Quotidien du Médecin (01/04/2026)

MODÈLE SOUHAITÉ DE DIGITALISATION : UN NUMÉRIQUE MAÎTRISÉ ET INTEROPÉRABLE, AU SERVICE DU SOIN ET PLEINEMENT INTÉGRÉ DANS LES PRATIQUES

Dans un scénario souhaité, la digitalisation et l'usage de l'intelligence artificielle ne sont pas uniquement guidés par des objectifs d'efficience, mais visent en priorité à améliorer la qualité des soins, le suivi des patients et les conditions d'exercice des professionnels.

Le numérique et l'IA sont mobilisés en priorité comme des leviers d'amélioration du soin. **Leur déploiement vise à renforcer la qualité des prises en charge, à améliorer le suivi des patients et à faciliter le travail des professionnels, notamment en réduisant leur charge administrative.**

L'intelligence artificielle est encadrée et ses résultats font l'objet d'évaluations rigoureuses, afin de garantir la fiabilité et la sécurité des outils utilisés en pratique. Cet encadrement renvoie notamment à la validation scientifique des outils, à la conformité réglementaire, à la traçabilité des usages, à la protection des données et à la clarification de la responsabilité en cas d'erreur ou de dysfonctionnement. **Les outils utilisés répondent à des exigences de transparence, de fiabilité et de validation, permettant leur appropriation par les professionnels et leur acceptabilité par les patients.** En outre, les professionnels de santé sont formés et accompagnés pour recourir à ces outils de manière éclairée, éthique et respectueuse des données des patients. Les usages de l'intelligence artificielle par les patients sont également pleinement pris en compte. Les professionnels de santé sont accompagnés pour intégrer cette nouvelle réalité dans leur pratique, en développant leur capacité à analyser, contextualiser et, lorsque cela est nécessaire, corriger les informations issues d'outils d'IA utilisés par les patients. **L'intelligence artificielle devient ainsi un support au dialogue et à la décision partagée, sans remettre en cause la responsabilité ni l'expertise clinique du médecin.**



Par ailleurs, les investissements dans les outils numériques permettent un usage plus cohérent et plus intégré de l'IA au sein des cabinets. **L'automatisation des tâches administratives se généralise, fiabilisant les processus — gestion documentaire, prescriptions, facturation — et libérant du temps médical au profit des activités cliniques.**

Les nouveaux usages du numérique renforcent le suivi des patients, en particulier pour les pathologies chroniques. Des dispositifs de télésurveillance et d'accompagnement s'appuient sur l'IA pour analyser les données de santé, générer des alertes et soutenir l'éducation thérapeutique. **La préparation des consultations est également optimisée grâce à des outils de préconsultation permettant de structurer en amont les informations utiles.**

Enfin, l'interopérabilité constitue un levier central de cette transformation. Le développement d'outils réellement communicants permet de fluidifier les parcours de soins, d'améliorer le partage d'information et de renforcer la coordination entre les acteurs.

Ce scénario souhaité dessine un modèle numérique intégré, maîtrisé et centré sur le soin, dans lequel l'IA devient un levier d'amélioration de la qualité, de la coordination et de l'expérience des professionnels comme des patients, sans dérive vers une logique exclusivement technologique ou économique.

NOUVEAUX MÉTIERS ET DÉLÉGATION DE TÂCHES

MODÈLE TENDANCIEL DES MÉTIERS ET DE LA DÉLÉGATION DE TÂCHES : UNE RECOMPOSITION DES RÔLES PORTÉE PAR LA MONTÉE EN PUISSANCE DES ÉQUIPES, AU RISQUE D'UNE STRUCTURATION INCOMPLÈTE

L'évolution des cabinets médicaux s'accompagne d'une transformation progressive des métiers et d'une redistribution des rôles au sein des équipes. Cette dynamique repose sur une délégation croissante des tâches, à la fois administratives et cliniques, dans un contexte de pression accrue sur le temps médical.

Cette délégation recouvre des réalités distinctes. **D'une part, la délégation administrative concerne des activités telles que la gestion des rendez-vous, la facturation, la préparation des dossiers ou encore la coordination des flux de patients**, permettant de réduire la charge non médicale pesant sur les praticiens. **D'autre part, la délégation clinique porte sur la réalisation de certains actes ou suivis par des professionnels paramédicaux, dans un cadre défini**, contribuant à une meilleure répartition des prises en charge.

Le développement de la délégation clinique s'inscrit par ailleurs dans une dynamique largement impulsée par les pouvoirs publics, qui y voient un levier d'amélioration de l'accès aux soins et d'optimisation du temps médical, notamment à travers la promotion de dispositifs encadrés et de nouveaux métiers comme les infirmiers en pratique avancée.

Dans ce cadre, les professionnels paramédicaux voient leur place se renforcer. Assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée (IPA) et autres professions de santé participent de plus en plus activement au suivi des patients, en particulier au sein de structures pluriprofessionnelles. Cette évolution contribue à redéfinir l'organisation des soins, en répartissant davantage les responsabilités entre les différents acteurs.

En parallèle, **la structuration des cabinets, notamment avec l'augmentation de leur taille, favorise le développement d'équipes pluridisciplinaires. Les rôles y sont plus différenciés et complémentaires, permettant de mieux répartir les charges de travail et de recentrer les médecins sur les situations les plus complexes.** Toutefois, cette organisation reste encore hétérogène selon les territoires et les spécialités, avec un niveau de formalisation variable.

Les métiers administratifs se transforment significativement : **les fonctions traditionnelles évoluent vers des activités à plus forte valeur ajoutée, telles que la coordination des parcours, la gestion des flux de patients ou encore le pilotage des outils numériques.** Ces évolutions impliquent une montée en compétences continue et une adaptation permanente aux innovations technologiques.

Ce scénario tendanciel dessine un modèle en recomposition, dans lequel la délégation et la spécialisation des rôles permettent d'améliorer l'efficience des organisations. Néanmoins, cette transformation reste encore partiellement structurée, avec des enjeux persistants de clarification des rôles, de formation et de sécurisation des pratiques.

MODÈLE SOUHAITÉ DES MÉTIERS ET DE LA DÉLÉGATION : RECENTRER LE MÉDECIN SUR LE SOIN EN S'APPUYANT SUR UNE ORGANISATION APPUI ET DES FONCTIONS SUPPORT RENFORCÉES

Dans un scénario souhaité, l'évolution des métiers et de la délégation de tâches répond avant tout à un objectif central : permettre aux médecins de se recentrer sur leur cœur de métier, la prise en charge clinique des patients, en réduisant significativement la charge médico-administrative qui pèse aujourd'hui sur leur exercice.

Dans cette perspective, la priorité est donnée à une réorganisation des fonctions administratives et de coordination, afin de décharger les praticiens des tâches à faible valeur médicale. La gestion des rendez-vous, des dossiers, de la facturation, mais aussi une partie de la coordination des parcours et du pilotage des outils numériques sont pleinement pris en charge par des personnels dédiés, formés et structurés. **Cette évolution permet de libérer du temps médical et d'améliorer la fluidité de l'organisation des cabinets.**

Les métiers administratifs et de support montent ainsi en compétences et évoluent vers des fonctions à plus forte valeur ajoutée. Ils deviennent des acteurs clés du bon fonctionnement des structures, en assurant la gestion des flux, l'organisation des parcours et l'appui au pilotage. **Cette professionnalisation s'accompagne de parcours de formation adaptés et d'une meilleure reconnaissance de ces rôles.**

En parallèle, la délégation de tâches cliniques se développe de manière plus ciblée et encadrée que dans le scénario tendanciel. Elle constitue un levier complémentaire, mobilisé lorsque cela est pertinent pour améliorer la prise en charge, **mais ne remet pas en cause le rôle central du médecin dans le suivi des patients et la décision médicale.** Les professionnels paramédicaux interviennent en appui, dans un cadre défini, sans substitution extensive.

Le développement des outils numériques et de l'intelligence artificielle vient renforcer cette organisation. En automatisant une partie des tâches administratives et en facilitant la gestion des informations, ces outils contribuent à réduire la charge opérationnelle et à améliorer les conditions d'exercice, sans complexifier inutilement les pratiques.

Par ailleurs, dans certaines spécialités comme l'anatomopathologie, la radiologie ou encore les spécialités à actes peu invasifs, ces évolutions s'accompagnent d'une automatisation des activités avec l'apparition d'équipements de plus en plus techniques, voire une robotisation. Ces transformations permettent aux médecins et aux paramédicaux de gagner du temps, de réduire les erreurs répétitives, de standardiser les pratiques et surtout de laisser davantage de temps médical pour l'interprétation, la décision et la relation au patient.

Pour autant, cette dynamique contribue à faire évoluer les compétences attendues, en renforçant les besoins en supervision de ces équipements, en interprétation et pilotage des outils (vers des profils de techniciens et d'ingénieurs), tout en interrogeant à plus long terme l'évolution de certains métiers et de certaines tâches.

Enfin, certaines fonctions de gestion et de pilotage peuvent être assumées par des profils dédiés, permettant d'éviter que ces responsabilités ne reposent uniquement sur les médecins. Cette répartition plus équilibrée des rôles participe à une organisation plus soutenable et plus efficace.

Ainsi, le scénario souhaité dessine un modèle dans lequel la délégation n'est pas une fin en soi, mais un levier au service du temps médical, permettant de redonner toute sa place à l'activité clinique, tout en s'appuyant sur des équipes renforcées et mieux structurées.





FICHES ACTION

COMMENT METTRE LE NUMÉRIQUE ET L'IA AU SERVICE DU SOIN ?

La diffusion rapide des outils numériques et de l'intelligence artificielle transforme en profondeur les pratiques médicales, l'organisation des cabinets et la relation avec les patients. Si ces technologies constituent un levier majeur d'efficience, leur intégration soulève des enjeux déterminants en matière de qualité des soins, de responsabilité, de formation et d'évolution des métiers.

Trois priorités d'action se dégagent : (1) accompagner les professionnels dans l'appropriation de ces outils, (2) sécuriser leur cadre d'usage et (3) anticiper leurs impacts sur les organisations et l'emploi.

ACTION 1

Former les professionnels de santé à l'usage de l'IA et à la relation patient augmentée

Objectif de l'action

Permettre aux professionnels de santé d'intégrer l'intelligence artificielle dans leur pratique quotidienne, en maîtrisant ses impacts sur la décision médicale et sur la relation avec des patients de plus en plus informés et équipés.

Description de l'action

- L'intelligence artificielle est déjà largement mobilisée par les patients en amont des consultations, notamment pour l'auto-évaluation de symptômes ou la recherche d'informations médicales. Cette évolution transforme la relation de soin, qui tend à devenir une interaction tripartite entre le patient, le médecin et l'outil numérique.
- Dans ce contexte, les professionnels peuvent se retrouver en difficulté face à des informations qu'ils ne maîtrisent pas toujours, ce qui peut fragiliser leur posture et la qualité de la prise en charge. Il devient donc essentiel de structurer une montée en compétences adaptée.
- En outre, l'utilisation de l'intelligence artificielle lors des consultations (compte rendu automatisé, analyse de dossiers, etc.) ou des actes techniques (interprétation, etc.), si elle peut être un moyen d'améliorer la pratique médicale, elle doit être mobilisée en toute transparence pour le patient[34]. Il convient donc d'accompagner le dialogue entre le médecin et le patient autour de cet usage.
- L'action consiste à déployer un programme de formation couvrant à la fois les dimensions techniques, cliniques et relationnelles de l'IA en santé. Il s'agit notamment de permettre aux professionnels de comprendre le fonctionnement et les limites des outils, d'interpréter leurs résultats avec esprit critique et d'adapter leur communication avec des patients "augmentés", tout en intégrant ces outils comme des aides à la décision, sans perte de responsabilité.

Publics concernés

Les médecins libéraux, les professionnels paramédicaux, les assistants médicaux, les internes et étudiants en santé constituent le cœur de cible de cette action, avec une attention particulière aux professionnels en exercice confrontés à une montée rapide de ces usages.

34. D'après l'article L 4001-3-I du code de la santé publique, les professionnels de santé ayant recours à des dispositifs médicaux comportant des traitements de données algorithmiques (tels que l'IA) sont dans l'obligation d'en informer les patients

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

La mise en œuvre repose sur une articulation entre plusieurs niveaux :

- les universités et facultés de médecine pour l'intégration dans la formation initiale;
- les organismes de formation continue (notamment dans le cadre du DPC) pour la diffusion auprès des professionnels en exercice ;
- les ordres professionnels et sociétés savantes pour la validation des contenus et leur appropriation ;
- les autorités sanitaires pour l'impulsion et le cadrage stratégique.

Conditions de réussite

Le succès de cette action suppose une forte mobilisation des acteurs professionnels, ainsi qu'une intégration effective de ces compétences dans les parcours de formation existants. Les contenus devront être opérationnels, adaptés aux réalités de terrain et compatibles avec les contraintes de temps des professionnels. La reconnaissance de ces compétences comme essentielles constitue également un facteur clé.

Moyens à mobiliser

Le déploiement nécessite le développement de modules pédagogiques dédiés, la production de guides pratiques par spécialité et la mise en place de formats hybrides (présentiel et distanciel). Un travail sur la mobilisation des financements de la formation continue pourra être mené avec les acteurs compétents, au regard des orientations prioritaires définies dans les cadres paritaires existants.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à court terme (1 à 3 ans), avec une montée en charge progressive.
- Les indicateurs de suivi incluent le taux de professionnels formés, le degré de confiance déclaré dans la fiabilité, l'utilité et la maîtrise des outils d'IA, ainsi que l'évolution des pratiques déclarées, par exemple en matière de recours à des outils d'aide à la rédaction, d'aide à la décision, d'analyse d'images ou d'automatisation de tâches administratives.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.

ACTION 2

Encadrer l'usage de l'IA médicale (validation, responsabilité, éthique)

Objectif de l'action

Garantir un usage sécurisé, éthique et encadré de l'intelligence artificielle en santé, en clarifiant les responsabilités et en assurant la qualité des outils utilisés.

Description de l'action

- Le développement rapide des solutions d'IA en santé s'accompagne d'incertitudes importantes : absence de cadre homogène de validation, opacité des algorithmes, difficulté à établir les responsabilités en cas d'erreur. Dans ce contexte, les professionnels restent juridiquement responsables sans toujours disposer des garanties nécessaires sur les outils utilisés.
- L'action vise à structurer un cadre national de régulation permettant d'encadrer l'ensemble du cycle de vie des solutions d'IA. Ce cadre repose sur la mise en place de procédures de certification garantissant la qualité, la fiabilité et la sécurité des outils, la définition de règles d'usage précisant dans quelles situations et selon quelles modalités ces outils peuvent être mobilisés, ainsi que la clarification du régime de responsabilité juridique.
- Par ailleurs, l'intégration de principes éthiques constitue un pilier central de cette démarche, notamment en matière de transparence des algorithmes, d'explicabilité des résultats et de protection des données de santé.

Publics concernés

Cette action concerne directement les professionnels de santé, les éditeurs de solutions numériques et les autorités chargées de l'évaluation et de la régulation. Les patients sont concernés de manière indirecte, en tant que bénéficiaires des garanties de qualité, de sécurité et de transparence associées aux outils déployés.



Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

Le pilotage relève principalement des autorités nationales :

- le ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées pour la définition du cadre global ;
- les autorités de régulation (HAS, CNIL, ANSM) pour l'évaluation, la certification et le contrôle ;
- les ordres professionnels pour la diffusion et l'appropriation ;
- les éditeurs pour la mise en conformité des solutions.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur la capacité à définir un cadre clair, lisible et opérationnel, tout en garantissant son acceptabilité par les professionnels. La mise en place de capacités effectives de contrôle et d'évaluation constitue également un enjeu clé.

Moyens à mobiliser

Les moyens incluent le développement de référentiels de bonnes pratiques, la création de dispositifs de labellisation, le renforcement de l'expertise juridique et technique des autorités, ainsi que la structuration de doctrines en matière de responsabilité.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à moyen terme (2 à 4 ans).
- Les indicateurs de suivi comprennent le nombre d'outils certifiés, le taux d'utilisation d'outils validés, le nombre de contentieux liés à l'IA et le niveau de confiance des professionnels.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.

ACTION 3

Anticiper l'impact de l'IA sur l'emploi et accompagner la transformation des métiers

Objectif de l'action

Accompagner la transformation des métiers du secteur médical et médico-administratif afin de prévenir les risques d'obsolescence et de favoriser la montée en compétences.

Description de l'action

- L'intelligence artificielle transforme en profondeur l'organisation du travail au sein des cabinets médicaux. Les fonctions administratives, en particulier, sont fortement impactées par l'automatisation des tâches de gestion (prise de rendez-vous, facturation, gestion documentaire), ce qui peut entraîner une réduction des besoins dans certaines activités.
- De nouveaux besoins émergent autour de la coordination des parcours, du pilotage des structures et de l'utilisation des outils numériques. Cette évolution nécessite d'anticiper les transformations pour éviter des effets de rupture et accompagner les transitions professionnelles.
- L'action consiste à structurer une stratégie globale d'anticipation, reposant sur l'identification des métiers à risque et des compétences émergentes, la mise en place de parcours de formation et de reconversion, ainsi que l'évolution des fiches de poste vers des fonctions à plus forte valeur ajoutée. Elle vise également à favoriser l'émergence de métiers hybrides, combinant compétences administratives, numériques et de coordination.

Publics concernés

Les personnels administratifs et médico-administratifs des cabinets, ainsi que les employeurs et gestionnaires de structures de santé.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

- Employeurs (cabinets, structures de santé) pour la mise en œuvre opérationnelle;
- Organismes de formation pour le développement des parcours ;
- Partenaires sociaux et branches professionnelles pour l'adaptation des référentiels métiers ;
- Pouvoirs publics pour l'accompagnement et le financement.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur la capacité à anticiper les évolutions, à proposer des parcours attractifs et accessibles, et à mobiliser des dispositifs de financement adaptés. Le dialogue social constitue également un levier essentiel pour accompagner ces transformations.

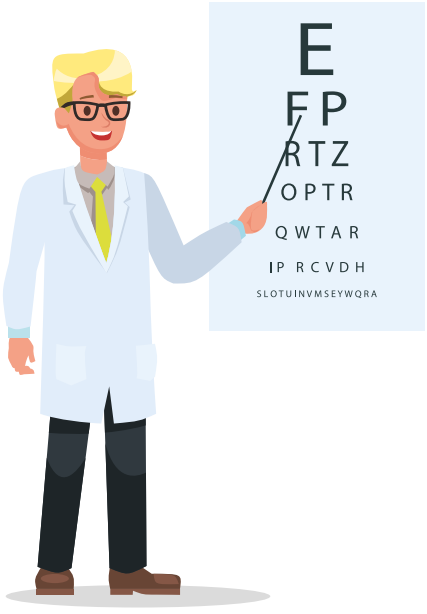
Moyens à mobiliser

Les moyens incluent le déploiement de plans de formation importants, la mise en place de dispositifs de reconversion, l'adaptation des référentiels métiers et le développement d'outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à moyen terme (3 à 5 ans).
- Les indicateurs de suivi incluent le taux de formation des personnels, l'évolution des compétences, le niveau d'employabilité et l'impact sur les effectifs administratifs.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.



COMMENT ACCOMPAGNER L'ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES ET LES NOUVEAUX MÉTIERS ?

La transformation des cabinets médicaux s'accompagne d'une évolution profonde des compétences attendues et des rôles au sein des équipes. Le développement de l'exercice coordonné, la montée en puissance des outils numériques et la recomposition des tâches redéfinissent les équilibres entre fonctions cliniques, organisationnelles et administratives.

Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas uniquement d'adapter les compétences existantes, mais de structurer de véritables parcours professionnels, de sécuriser les nouvelles formes d'organisation du travail et de renforcer l'attractivité des métiers. Trois axes d'action apparaissent prioritaires : (1) développer les compétences non cliniques, (2) renforcer le rôle des assistants médicaux et (3) structurer des trajectoires professionnelles lisibles.

ACTION 1

Développer les compétences non cliniques et managériales des professionnels de santé

Objectif de l'action

Renforcer les compétences des professionnels de santé en matière de management, de pilotage, de coordination et d'usage des outils numériques, afin d'accompagner l'évolution vers des modes d'exercice plus collectifs, structurés et technologiquement outillés.

Description de l'action

- L'évolution des modes d'exercice, marquée par le développement des structures regroupées et du travail en équipe, conduit à élargir le rôle des professionnels de santé au-delà de la seule pratique clinique. Les médecins, en particulier, sont de plus en plus amenés à assumer des fonctions de coordination, de gestion d'équipe, de pilotage d'activité et d'intégration d'outils numériques.
- Or, ces compétences restent encore peu structurées dans les parcours de formation. Cette situation peut générer des difficultés organisationnelles, une perte d'efficience ou encore une charge mentale accrue pour les praticiens.
- L'action consiste à structurer une offre de formation dédiée aux compétences non cliniques, intégrée à la fois dans la formation initiale et dans les dispositifs de formation continue. Elle vise à professionnaliser les fonctions de management, à améliorer le fonctionnement des équipes et à faciliter l'appropriation des outils numériques, dans une logique d'amélioration globale de la qualité des soins et des conditions d'exercice.

Publics concernés

Les médecins libéraux, en particulier ceux exerçant en structures regroupées, constituent le cœur de cible. Cette action concerne également les assistants médicaux, les personnels administratifs et les professionnels paramédicaux impliqués dans des fonctions de coordination.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

La mise en œuvre repose sur une coordination entre :

- la branche professionnelle et les instances paritaires (notamment l'OPCO) pour définir les priorités ;
- les organismes de formation pour concevoir et déployer les modules ;
- les URPS et les CPTS pour assurer le relais territorial et mobiliser les professionnels ;
- les employeurs (cabinets, MSP) pour intégrer ces compétences dans les pratiques.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur la capacité à proposer des formations concrètes, adaptées aux contraintes de terrain et compatibles avec l'exercice professionnel. La reconnaissance de ces compétences dans les trajectoires professionnelles constitue un levier essentiel, de même que leur accessibilité en termes de temps, de financement et de formats. Une prise de conscience du besoin par les professionnels, notamment les médecins, est également déterminante.

Moyens à mobiliser

Le déploiement nécessite le développement de modules dédiés (management d'équipe, pilotage, systèmes d'information, IA, qualité), la mobilisation des financements de la formation continue et la mise en place de formats hybrides. Le recours à des intervenants issus du terrain constitue un facteur clé d'appropriation.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à court terme (1 à 3 ans), avec une montée en puissance progressive.
- Les indicateurs incluent le nombre de professionnels formés, le taux de satisfaction, l'intégration de fonctions managériales dans les cabinets et l'évolution du temps médical consacré à des tâches non cliniques.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.



ACTION 2

Renforcer le rôle de l'assistant médical

Objectif de l'action

Poursuivre le développement des compétences et des responsabilités de l'assistant médical.

Description de l'action

- À l'origine, la conception du rôle d'assistant médical se caractérisait par une ambition particulièrement élevée. Elle visait à instituer une fonction élargie, s'inscrivant dans une logique quasi-clinique, bien au-delà d'un simple appui administratif. L'assistant médical était ainsi envisagé comme un véritable prolongement du praticien, susceptible de contribuer directement à la préparation et à l'efficience de l'acte de soin. Cette projection traduisait une volonté de transformation organisationnelle profonde de l'exercice médical.
- Toutefois, les modalités finalement retenues ont conduit à une définition sensiblement plus restreinte de ses attributions. En outre, le recours à ces profils reste encore peu développé dans les territoires.
- L'action vise à renforcer le cadre règlementaire dans lequel s'intègre la profession d'assistant médical et à renforcer la connaissance et la maitrise du dispositif.

Publics concernés

Les médecins libéraux, les assistants médicaux et les structures d'exercice coordonné constituent les principaux publics concernés.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

- Les pouvoirs publics (Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, DGOS) pour l'évolution du cadre réglementaire ;
- les ordres professionnels et représentants des professions pour la définition des règles ;
- les ARS pour l'accompagnement territorial ;
- l'Assurance Maladie pour l'intégration dans les dispositifs conventionnels.

Conditions de réussite

La réussite repose sur une clarification explicite des responsabilités, et une cohérence avec les pratiques existantes. L'acceptabilité par les pouvoirs publics constitue un enjeu clé, de même que la connaissance étendue du cadre proposé.

Moyens à mobiliser

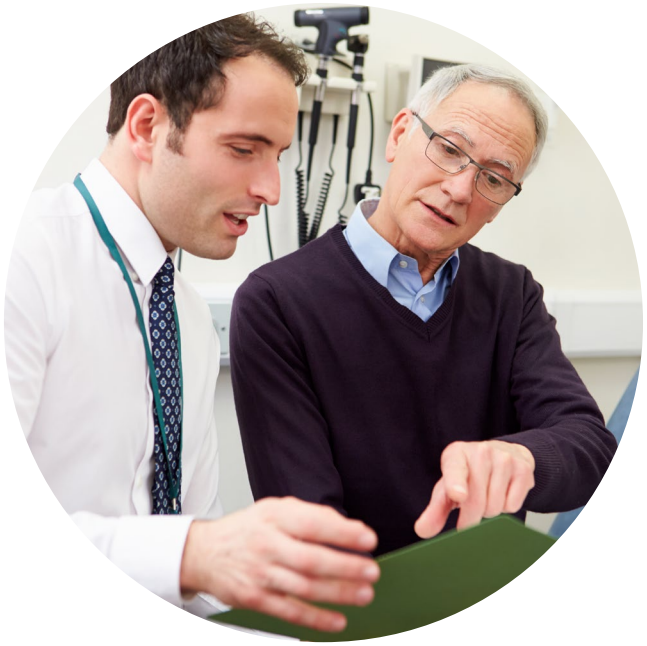
Les moyens incluent la révision des textes réglementaires, l'élaboration de protocoles nationaux et territoriaux, la production de référentiels de bonnes pratiques et le déploiement d'actions d'information et de formation.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à moyen terme (3 à 5 ans).
- Les indicateurs incluent le nombre de protocoles formalisés, le taux de recours à la délégation, la réduction des situations de risque juridique et la satisfaction des professionnels.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.





ACTION 3

Structurer des parcours professionnels attractifs pour les personnels de cabinet

Objectif de l'action

Améliorer l'attractivité, la fidélisation et la montée en compétences des personnels des cabinets médicaux en structurant des parcours professionnels évolutifs et lisibles.

Description de l'action

- Les personnels de cabinet, assistants médicaux, secrétaires, fonctions administratives, jouent un rôle croissant dans le fonctionnement des structures de soins. Leur contribution s'élargit, notamment avec le développement de la coordination, du pilotage et de l'usage des outils numériques.
- Cependant, ces métiers restent encore insuffisamment structurés, avec des perspectives d'évolution limitées et une reconnaissance variable. Cette situation peut fragiliser l'attractivité et la fidélisation des équipes, alors même que leur rôle devient stratégique.
- L'action vise à construire de véritables parcours professionnels, permettant d'offrir des perspectives d'évolution en termes de compétences, de responsabilités et de rémunération. Ces parcours pourraient notamment prévoir des évolutions entre fonctions de secrétariat médical, assistant médical, coordination de parcours, gestion administrative renforcée, appui au pilotage ou référent numérique, avec des passerelles identifiées, des blocs de compétences associés et des formations certifiantes lorsque cela est pertinent. Elle repose sur la structuration de référentiels métiers, le développement de formations qualifiantes et la mise en place de dispositifs favorisant la mobilité et la progression professionnelle.

Publics concernés

Les assistants médicaux, les secrétaires médicales et l'ensemble des personnels administratifs et techniques des cabinets médicaux.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

- La branche professionnelle et l'OPCO pour la structuration des parcours et des référentiels ;
- les organismes de formation pour le développement des certifications ;
- les employeurs pour la mise en œuvre opérationnelle ;
- les pouvoirs publics pour le soutien financier et la reconnaissance des métiers.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur la capacité à proposer de réelles perspectives d'évolution, à reconnaître les compétences acquises et à adapter les dispositifs aux différentes tailles de structures. La lisibilité des parcours constitue un enjeu central pour les professionnels.

Moyens à mobiliser

Les moyens incluent la création de référentiels métiers, le développement de formations qualifiantes (notamment autour des fonctions de coordination et de gestion), la mise en place de dispositifs de promotion interne et des incitations financières à la montée en compétences.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à moyen terme (3 à 5 ans).
- Les indicateurs incluent le taux de fidélisation des personnels, le nombre d'évolutions internes, l'attractivité des métiers (recrutements) et le niveau de qualification des équipes.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.



COMMENT ENCADRER LA FINANCIARISATION DE L'EXERCICE LIBÉRAL ?

La financiarisation de l'exercice libéral constitue une transformation structurante du système de soins. Elle répond à des besoins réels d'investissement, de modernisation et de structuration des cabinets, mais soulève également des enjeux majeurs en matière d'indépendance médicale, de gouvernance et d'équilibre du modèle.

Dans ce contexte, l'enjeu n'est pas d'entraver ces dynamiques, mais de les encadrer afin de garantir leur alignement avec les objectifs de santé publique. Trois leviers d'action apparaissent prioritaires : (1) mieux comprendre le phénomène, (2) sécuriser son cadre de développement et (3) renforcer la capacité des professionnels à en maîtriser les implications.

ACTION 1

Mieux comprendre et objectiver la financiarisation pour éclairer la décision publique en mettant en place un observatoire de la financiarisation de l'offre de soins

Objectif de l'action

Structurer une connaissance partagée et objectivée des dynamiques de financiarisation de l'exercice libéral, afin d'en mesurer l'ampleur, les formes et les impacts sur l'offre de soins.

Description de l'action

- La financiarisation du secteur médical reste aujourd'hui partiellement documentée, avec un manque de données consolidées sur les structures concernées, les types d'investisseurs impliqués et les conséquences sur l'organisation des soins.
- Dans ce contexte, l'action vise à créer un dispositif d'observation structuré permettant de produire une analyse fine et continue du phénomène. La mise en place d'un observatoire dédié permettrait de suivre les évolutions capitalistiques des structures, d'analyser les transformations organisationnelles induites et d'évaluer les impacts sur les conditions d'exercice, la qualité des soins et l'accès pour des patients.
- Au-delà du suivi quantitatif, cette démarche doit également intégrer une dimension qualitative et prospective, afin d'anticiper les évolutions du secteur et d'éclairer les choix de régulation.

Publics concernés

Cette action s'adresse en priorité aux pouvoirs publics, aux ordres professionnels, aux représentants de la branche et, plus largement, à l'ensemble des professionnels de santé libéraux.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

- Au niveau national : ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, DREES, Assurance Maladie ;
- au niveau territorial : ARS ;
- acteurs professionnels : ordres, URPS, fédérations ;
- partenaires académiques et organismes d'étude pour l'analyse et la production de connaissances.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur un accès effectif aux données économiques et juridiques, sur une coordination étroite entre les acteurs publics et professionnels, ainsi que sur l'indépendance et la crédibilité du dispositif d'observation.

Moyens à mobiliser

Les moyens incluent des ressources d'analyse (expertise économique, juridique et statistique), un financement public dédié, ainsi que des outils de collecte et de traitement des données.

Échéance et indicateurs de suivi

- La mise en place de l'observatoire s'inscrit à court terme (1 à 2 ans), avec une production régulière de rapports annuels.
- Les indicateurs de suivi incluent le nombre de structures analysées, la production de rapports et leur utilisation dans les politiques publiques.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.



ACTION 2

Encadrer la financiarisation pour préserver l'indépendance médicale et l'équilibre du modèle

Objectif de l'action

Mettre en place un cadre de régulation permettant de sécuriser la gouvernance des structures et de garantir la primauté des décisions médicales sur les logiques financières.

Description de l'action

- Le développement des investissements externes dans les structures de soins constitue un levier important de modernisation, mais il introduit également des logiques de rentabilité susceptibles d'entrer en tension avec les principes de l'exercice médical.
- L'action vise à structurer un cadre de régulation permettant d'encadrer ces dynamiques, en assurant un équilibre entre ouverture au capital et préservation de l'indépendance médicale. Elle repose notamment sur le renforcement des règles relatives à la détention du capital par les professionnels de santé, l'encadrement des conditions d'entrée des investisseurs et la clarification des règles de gouvernance des structures.
- Une réflexion peut également être menée sur des modèles inspirés d'autres secteurs régulés, conditionnant l'accès à la détention des structures à des critères de qualification ou d'exercice professionnel. L'objectif est de garantir que les décisions stratégiques restent alignées avec les enjeux de santé.

Publics concernés

Les médecins libéraux, les investisseurs, les ordres professionnels et les pouvoirs publics constituent les principaux publics concernés.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

- Le législateur pour la définition du cadre réglementaire ;
- le ministère de la Santé des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées pour le pilotage ;
- les ordres professionnels pour l'application et le contrôle ;
- les ARS pour le suivi territorial.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur l'acceptabilité du cadre par l'ensemble des parties prenantes, la sécurité juridique des dispositifs mis en place et la capacité à assurer un contrôle effectif.

Moyens à mobiliser

Les moyens incluent une expertise juridique approfondie, le renforcement des capacités des ordres professionnels en matière de contrôle et de conseil, ainsi que des outils de suivi des structures.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à moyen terme (2 à 5 ans), avec une évolution progressive du cadre réglementaire.
- Les indicateurs incluent la part des structures respectant les règles de détention, le nombre de contrôles réalisés et l'évolution de la part des capitaux externes.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.

ACTION 3

Former et outiller les professionnels pour maîtriser les enjeux économiques et entrepreneuriaux

Objectif de l'action

Renforcer les compétences des médecins en matière de gestion, de gouvernance et de compréhension des enjeux économiques, afin de leur permettre de rester acteurs des transformations de leur modèle d'exercice.

Description de l'action

- Face à la complexification des structures et à l'arrivée de nouveaux acteurs économiques, les médecins sont de plus en plus confrontés à des enjeux de gestion, de pilotage et de négociation qu'ils ne maîtrisent pas toujours.
- Cette situation peut les placer en position de fragilité face à des investisseurs ou dans des choix structurants pour leur exercice. Il devient donc essentiel de renforcer leur capacité à comprendre et à piloter les dimensions économiques de leur activité.
- L'action vise à intégrer de manière systématique des modules dédiés à la gestion de cabinet, aux modèles économiques, à la gouvernance et aux enjeux de financiarisation dans les parcours de formation initiale et continue. Elle repose également sur le développement de ressources pédagogiques accessibles (MOOC, guides, référentiels) et sur un accompagnement des professionnels dans leurs projets d'installation ou de structuration.

Publics concernés

Les médecins libéraux, les internes et jeunes médecins, ainsi que les professionnels impliqués dans la gestion de structures.

Acteurs impliqués et niveaux d'intervention

- Les universités et facultés de médecine pour la formation initiale ;
- les organismes de formation continue pour le déploiement ;
- les ordres professionnels et les organisations représentatives pour la diffusion ;
- les fédérations et syndicats pour l'accompagnement.

Conditions de réussite

La réussite de cette action repose sur l'accessibilité des formations, leur adéquation aux réalités du terrain et la reconnaissance de ces compétences comme essentielles à l'exercice médical. La mobilisation des acteurs de la formation constitue un levier clé.

Moyens à mobiliser

Les moyens incluent le développement de contenus pédagogiques, le financement via les dispositifs existants (notamment le DPC), ainsi que des plateformes numériques permettant un accès large et flexible.

Échéance et indicateurs de suivi

- Cette action s'inscrit à court terme pour le développement des contenus, avec une intégration à moyen terme dans les parcours de formation.
- Les indicateurs incluent le nombre de professionnels formés, le taux de participation et le niveau d'appropriation.

Le suivi de ces indicateurs a vocation à être assuré par la branche, en articulation avec les partenaires sociaux, l'OPCO compétent et, selon les actions concernées, les institutions publiques ou professionnelles disposant des données nécessaires. Les indicateurs proposés constituent des pistes de suivi à consolider et à prioriser par la branche.

NOTES

+ de **300** publications depuis 2005

34 études statistiques

- Entreprises d'architecture *(4)*
- Cabinets ou entreprises d'expertises en automobile *(3)*
- Études d'administrateurs et mandataires judiciaires *(1)*
- Cabinets d'avocats *(4)*
- Offices de commissaires-priseurs judiciaires et sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques *(2)*
- Études d'huissiers de justice *(2)*
- Cabinets dentaires libéraux *(4)*
- Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers *(3)*
- Cabinets médicaux *(3)*
- Pharmacie d'officine *(4)*
- Cabinets et cliniques vétérinaires *(4)*

18 études prospectives

- Cabinets ou entreprises d'expertises en automobile *(2012, 2023)*
- Études d'administrateurs et mandataires judiciaires *(2013)*
- Cabinets d'avocats *(2008, 2016, 2022)*
- Offices de commissaires-priseurs judiciaires et sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques *(2014, 2018)*
- Études d'huissiers de justice *(2012, 2018)*
- Cabinets dentaires libéraux *(2012, 2020)*
- Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers *(2012)*
- Cabinets médicaux *(2014, 2021)*
- Pharmacie d'officine *(2012, 2018)*
- Cabinets et cliniques vétérinaires *(2019)*

15 études transverses

- Chômage des salariés *(2013)*
- Qualité de l'emploi *(2013)*
- L'emploi à temps partiel, choisi ou subi par les salariés ? *(2013)*
- Qualité de vie au travail *(2014, 2017, 2023)*
- Entreprises libérales et territoires *(2013 et 2019)*
- Le numérique dans les entreprises libérales *(2019)*
- Apprentissages informels *(2019)*
- OMPL : 15 ans au service de 13 branches d'entreprises libérales *(2021)*
- Cartographie des mobilités *(2020)*
- Entreprises libérales après la crise *(2022)*
- Métiers en tension *(2023)*
- Formations en alternance *(2023).*

247 baromètres

- 9 baromètres OMPL *(2005, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024)*
- 21 baromètres secteurs *(2005, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022)*
- 91 baromètres branches professionnelles *(2005, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024)*
- 126 baromètres régionaux *(2005, 2016, 2017, 2018, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024)*

28 études thématiques

- Turnover : cabinets dentaires *(2008)*, pharmacie d'officine *(2010)*
- Emploi des seniors : laboratoires de biologie médicale *(2010)*
- Emploi et trajectoires professionnelles : entreprises d'architecture *(2010)*, pharmacie d'officine *(2010)*
- Temps partiel et qualifications, cliniques vétérinaires *(2011)*
- Emploi à temps partiel, pharmacie d'officine *(2013)*
- Cabinets ou entreprises d'expertises en automobile en Europe *(2014)*
- Insertion professionnelle des salariés en contrat d'alternance : cabinets dentaires *(2014)*, pharmacie d'officine *(2015)*
- Chômage des pharmaciens adjoints *(2015)*
- Externalisation dans les cabinets d'avocats *(2016, 2017)*
- Application de la grille de classification, pharmacie d'officine *(2017)*
- Construction de projets professionnels des étudiants vétérinaires et des ASV *(2019)*
- Plateforme emploi-compétences, entreprises d'architecture *(2019)*
- Emploi des travailleurs handicapés, laboratoires de biologie médicale *(2020)*
- Égalité professionnelle : cabinets médicaux *(2010)*, laboratoires de biologie médicale *(2010, 2020)*
- L'équipe dentaire en Europe *(2021)*
- Les salariés des pharmacies d'officine face aux tensions sur les recrutements et problématiques de fidélisation *(2023)*
- Répertoire des métiers non vétérinaires *(2024)*
- Assistants dentaires en endodontie et pédodonties *(2024)*
- Assistants juridiques et attachés juridiques dans les cabinets d'avocats *(2024)*
- Cartographie des métiers, entreprises d'architecture *(2025)*
- Métiers de la logistique, pharmacie d'officine *(2025)*
- Déclinaison du baromètre salariés, cabinets dentaires *(2025)*

Ompl

Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales
www.ompl.fr • 18-20 boulevard de Reuilly • 75012 Paris • ompl@ompl.fr

Conception et réalisation : Studio Sandy Champion