

L'organisation des soins ambulatoires en France est largement déterminée par les principes de libre choix du professionnel de santé par le patient, de liberté thérapeutique et de prescription, et de liberté d'installation (Bourgueil *et al.*, 2009). Communément désignés par « soins de ville », par opposition aux soins effectués en établissement hospitalier, les soins ambulatoires fonctionnent le plus souvent dans le cadre d'un exercice libéral, de façon isolée ou non, qui peut coexister toutefois avec des structures minoritaires diverses, telles que les centres de santé¹ souvent tournés vers des populations défavorisées (HCAAM, 2014). Ce sont donc très majoritairement les professionnels de santé libéraux qui assurent ces soins ambulatoires.

Les soins primaires constituent la part la plus importante des soins ambulatoires : il s'agit des soins directement accessibles aux patients, avec une dimension généraliste et de proximité. Ils sont ainsi traditionnellement associés aux médecins généralistes libéraux, exerçant en cabinet de ville, qui sont souvent les premiers contacts avec le système de soins. Ils peuvent aussi concerner, dans une certaine mesure, les soins assurés par les médecins spécialistes libéraux en accès direct : ophtalmologues, gynécologues, pédiatres ou psychiatres, dont la consultation ne requiert pas de prescription préalable par un médecin généraliste. Cette typologie des soins primaires regroupe aussi l'activité des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes libérales, ainsi que celle des paramédicaux libéraux sur prescription médicale (notamment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes).

Si la réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004 a renforcé la place et le rôle du médecin généraliste dans l'organisation des soins ambulatoires, les médecins spécialistes – et notamment ceux qui ne sont pas en accès direct

– restent très présents dans ce secteur, même si une partie de leur activité peut s'exercer en clinique spécialisée (encadré).

Médecins : un exercice libéral aujourd'hui moins fréquent avant 50 ans

Les médecins exercent presque aussi souvent en libéral aujourd'hui qu'au début des années 2000 : d'après les répertoires Adeli et RPPS (encadré), 68 % des généralistes et 48 % des spécialistes exercent sous ce mode en 2015, soit à peine moins qu'en 2001 (70 % et 51 % respectivement). Le profil selon l'âge de l'exercice en libéral a cependant profondément évolué au cours de la période, on observe ainsi une contraction significative de la part des médecins de moins de 50 ans exerçant en libéral, qui passe de 69 % à 63 % pour les généralistes, et de 49 % à 36 % pour les spécialistes (graphiques 1a et 1b). Chez les généralistes en particulier, alors que le taux d'exercice en libéral était en 2001 fortement croissant avec l'âge jusqu'à 50-54 ans (+7 points par rapport aux moins de 35 ans), il plafonne aujourd'hui autour de 63 % chez les moins de 55 ans, quelle que soit la tranche d'âges. Chez les plus jeunes d'entre eux, l'exercice libéral est par ailleurs fortement tiré par les remplaçants en 2015, un phénomène plus marqué qu'en 2001. Ce n'est qu'à partir de 55-60 ans que la tendance s'inverse, pour les généralistes comme les spécialistes : la proportion de libéraux y est désormais nettement plus élevée qu'il y a quinze ans, si on y inclut les remplaçants. Une des explications peut être que l'allongement des durées de carrière des médecins a été plus marqué chez les libéraux, en raison notamment d'une pratique de plus en plus fréquente du cumul emploi-retraite (qui s'exerce souvent sous forme de remplacements). Ils sont, aujourd'hui, mécaniquement davantage représentés parmi les médecins âgés que leurs confrères salariés.

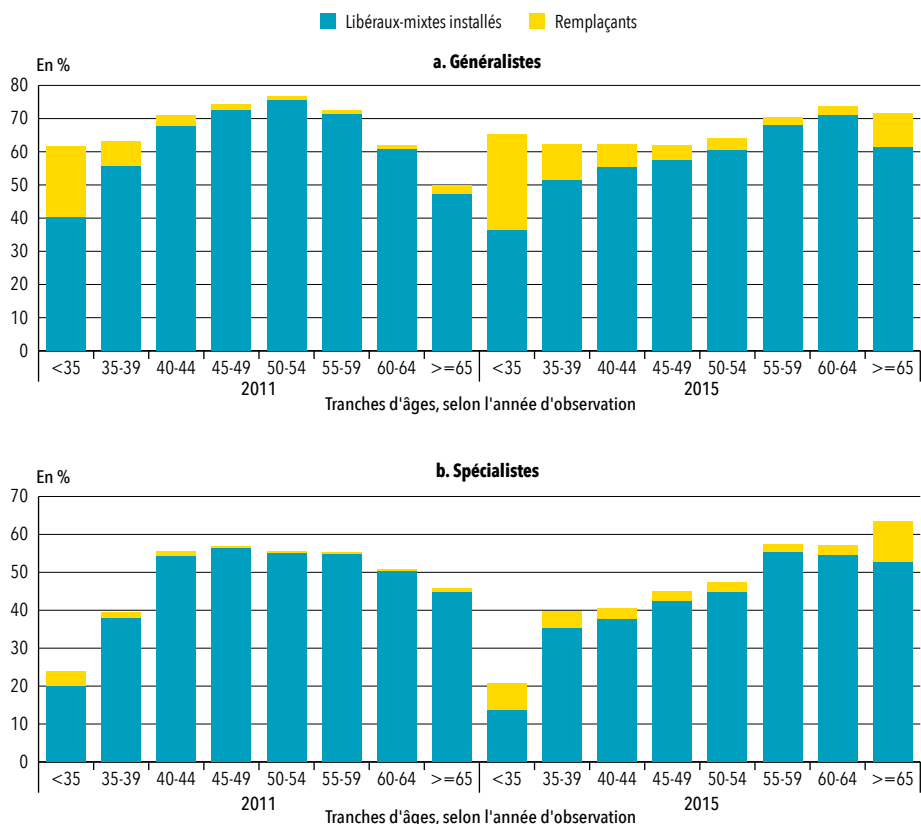
1. La CNAMTS dénombrait environ 750 centres de santé ayant eu une activité au cours de l'année 2013 sur l'ensemble du territoire français (Métropole + DOM).

En ambulatoire, les jeunes professionnels de santé plébiscitent l'exercice en groupe

Dans le secteur des soins de ville, les professionnels ont le choix d'exercer de façon isolée, dans leur propre cabinet, ou peuvent exercer avec d'autres confrères, sous forme de société ou non, la plupart du temps au sein d'un cabinet de groupe mono-disciplinaire (HCAAM, 2014). Cette forme d'exercice est en nette expansion depuis le début des années 2000, chez la plupart des professionnels de santé où l'exercice libéral est fortement représenté :

médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou encore orthophonistes (graphique 2). La proportion d'infirmiers exerçant dans ce cadre a ainsi progressé de 33 % en 2011 à 38 % en 2015. Les raisons de ce développement sont multiples : l'exercice en groupe permet notamment la mise en commun de moyens, la possibilité d'acquiescer et de rentabiliser des équipements coûteux, ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail et de disponibilité (Audric, 2004). Concernant la taille des groupes,

Graphique 1 Part des libéraux installés et des remplaçants parmi les médecins, selon l'âge et l'année d'observation

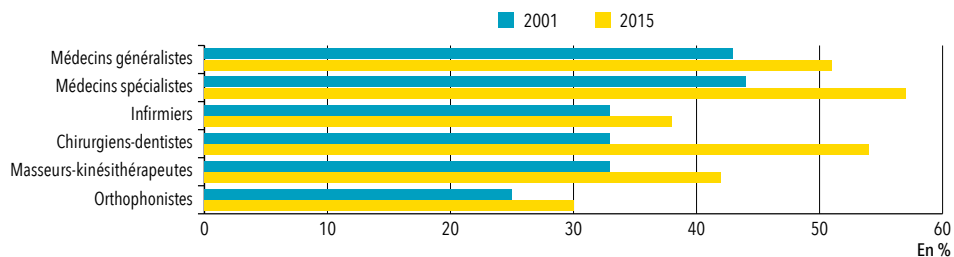


Note > Afin de rendre les champs comparables entre les deux années, les praticiens hospitaliers temps plein avec secteur privé ont été retirés du champ des « libéraux ou mixtes » en 2015.

Champ > Ensemble des médecins actifs au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, Adeli 2001, RPPS 2015.

Graphique 2 Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société) dans le secteur des soins de ville



Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans Adeli et le RPPS.

Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, Adeli 2001, Adeli 2015, RPPS 2015.

Encadré De la délicate comptabilisation des professionnels de santé dans les structures ambulatoires

Les répertoires RPPS et Adeli sont les seuls qui comptabilisent de façon exhaustive les professionnels de santé, quels que soient leur mode d'exercice ou leur activité. Ils sont relativement fiables pour dénombrer les professionnels, identifier leurs caractéristiques professionnelles (spécialité, diplôme...), ou encore identifier ceux exerçant dans un cadre libéral grâce aux rapprochements réguliers faits avec les données CNAMTS (voir les fiches 1 et 2). L'analyse des structures d'exercice à travers ces répertoires requiert, en revanche, certaines précautions :

> l'analyse de l'exercice en groupe chez les libéraux : chez les médecins notamment, la plupart des activités renseignées par les libéraux sont déclarées comme étant exercées dans un cabinet libéral (91 %, dont 95 % pour les médecins généralistes). La qualité de l'information concernant le type de cabinet (individuel, ou en groupe) déclaré par chaque médecin libéral y semble assez satisfaisante, d'après les comparaisons effectuées avec d'autres sources sur le champ des médecins généralistes comme l'enquête DREES-CNAMTS de 2002 (Audric, 2004), le Baromètre santé médecins généralistes de l'INPES (Baudier *et al.*, 2010), ou encore l'enquête effectuée en 2011 auprès du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale DREES-ORS-URPS (Jakobovitch *et al.*, 2012). En effet, malgré une vraisemblable légère sous-déclaration de l'exercice en groupe dû au fait que certains médecins peuvent tarder à y signaler leurs changements de cadre d'exercice, l'essor du travail en groupe depuis le début des années 2000 est bien retracé par le RPPS et Adeli, avec une tendance relativement comparable à celle obtenue à partir des sources précitées ;

> la potentielle sous-déclaration de certaines autres activités : l'analyse du RPPS chez les médecins conduit en effet à penser que des activités peuvent être sous-déclarées, quand elles sont exercées dans certains secteurs. Des comparaisons avec d'autres sources de données (Assurance maladie [cf. ci-dessous], SAE [voir la fiche 3]) semblent indiquer que l'exercice en clinique privée est par exemple sous-estimé dans le tableau de l'Ordre. Or les médecins travaillant en clinique privée possèdent très souvent un cabinet dans lequel ils exercent une grande partie de leur activité, ce cabinet pouvant être d'ailleurs implanté au sein de la clinique. De la même manière, certaines activités ne sont pas toujours bien renseignées par les médecins lorsqu'elles sont exercées en complément d'une activité principale effectuée en cabinet, notamment celles exercées dans une structure salariée (établissement de santé, centre de santé, établissement médico-social, crèche...). L'hypothèse que ces médecins peuvent avoir tendance à ne déclarer à l'Ordre qu'une seule activité libérale en cabinet (activité principale en termes de volume horaire) semble confirmée par les résultats des enquêtes auprès du panel de médecins généralistes libéraux DREES-ORS-URPS (Jakobovitch *et al.*, 2012).

l'enquête effectuée en 2011 auprès d'un panel de médecins généralistes (encadré) suggère qu'elle est encore relativement modeste pour ces derniers : plus de la moitié des cabinets de groupes dans lesquels déclarent exercer les généralistes ne comptent que deux médecins.

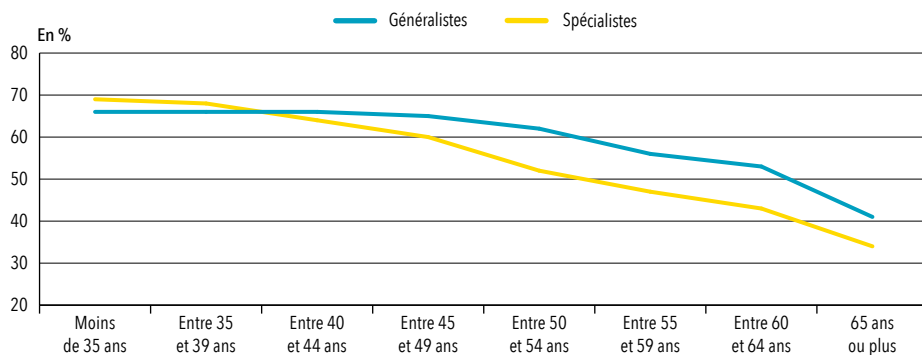
De fait, l'exercice en groupe est très prisé des jeunes générations de professionnels de santé. Ce phénomène est particulièrement visible chez les jeunes médecins : les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent sous cette forme, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus. Cet effet générationnel est encore plus marqué chez les spécialistes (graphique 3). Parmi ces derniers, les jeunes libéraux ont une pratique davantage tournée vers les activités techniques que leurs aînés (Mikol et Pla, 2015), pouvant nécessiter des investissements lourds : la mutualisation en exercice de groupe permet ainsi de les faciliter.

Des formes d'exercice pluriprofessionnel en développement : maisons, pôles et centres de santé

L'exercice en ville organisé sous forme pluriprofessionnelle, même s'il demeure encore marginal, se développe rapidement depuis une dizaine d'années. Il regroupe les centres de santé, structures anciennes composées de personnels majoritairement salariés et généralement destinées à des publics particuliers et des formes nouvelles de création plus récente, pôles et maisons de santé pluriprofessionnels qui connaissent une rapide expansion. Concernant ces derniers, l'usage distingue les maisons de santé – structures regroupant géographiquement des professionnels – et les pôles, si le regroupement ne s'effectue pas au sein des mêmes murs².

En mars 2016, il existe près de 800 structures de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en

Graphique 3 Distribution de la part des médecins installés en groupe (ou société) en 2015, par tranche d'âges



Note > Ces ratios sont calculés comme le nombre de professionnels libéraux exerçant en cabinet de groupe ou sous forme de société rapporté à l'effectif de l'ensemble du champ considéré ci-dessous. À noter que les remplaçants sont exclus du calcul, car il n'est pas possible de déterminer la forme de la structure où ils exercent dans les sources.

Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, RPPS 2015.

2. D'après la loi, les maisons de santé – qu'elles soient établies sur un seul ou plusieurs sites géographiques – se caractérisent par une équipe pluriprofessionnelle de premier recours, porteuse d'un projet de santé pour la population d'un territoire, composée d'au moins deux généralistes libéraux et d'un autre professionnel de santé de premier recours (paramédicaux ou pharmaciens). Les pôles au sens de la loi désignent des regroupements de professionnels qui peuvent avoir différents modes d'exercice.

fonctionnement sur le territoire ayant demandé leur reconnaissance par les ARS (source : Observatoire des recompositions de l'offre de soins³). En comptant également les 400 MSP ayant vu leur projet sélectionné par les ARS, on peut estimer qu'à l'horizon de la fin de l'année 2016, compte tenu de la dynamique observée, un millier environ de structures pluriprofessionnelles pourraient être en activité. Des éléments particuliers de rémunération ont été mis en place, d'abord à titre expérimental⁴ sous forme d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR), destinés à financer les fonctions de coordination au sein des maisons et pôles ainsi que les nouveaux services apportés. Dans leur configuration moyenne, ces maisons comportent environ cinq médecins (médecins généralistes pour la plupart, comptés en équivalent temps plein) et une petite dizaine d'autres professionnels (paramédicaux, chirurgiens-dentistes, pharmaciens⁵...). Elles représentent ainsi une part encore modeste de l'offre de soins de ville de premier recours.

Une évaluation réalisée par l'IRDES entre 2009 et 2014 a porté sur environ 90 sites bénéficiaires des ENMR, en majorité des maisons ou pôles de santé. Elle met tout d'abord en évidence une logique d'implantation majoritaire des maisons de santé dans des espaces à dominante rurale fragiles en termes d'accès à l'offre de soins (Chevallard *et al.*, 2013). Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels les maisons de santé sont moins présentes, on observe également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premier recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. Dans ces différents espaces, le développement de ces structures semble assez efficace pour préserver la démographie de médecins généralistes. L'évaluation de l'IRDES met aussi en évidence une meilleure productivité⁶ et de moindres dépenses générées en ambulatoire pour ce type de structures pluriprofessionnelles regroupées relativement aux cabinets isolés, ainsi qu'une meilleure qualité des pratiques⁷ pour les médecins généralistes y exerçant (Mousquès, 2015[a] et 2015[b]). ■

Pour en savoir plus

- **Assurance maladie**, Données sur l'analyse des dépenses, disponibles sur : www.ameli.fr/l-assurance-maladie, Rubrique statistiques et publications, Analyse-des-dépenses.
- **Baudier F., Bourgueil Y., Evrard Y., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J.**, 2010, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 157, septembre.
- **Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J.**, 2009, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 141, avril.
- **Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y.**, 2013, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 190, septembre.

3. Présentation de l'Observatoire des recompositions de la DGOS du ministère chargé de la Santé faite à l'occasion des 5^{es} journées de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) le 11 mars 2016.

4. Ce dispositif expérimental a laissé place en février 2015 à l'adoption d'un règlement arbitral qui inscrit dans le cadre conventionnel, de façon pérenne, des modalités adaptées de rémunération destinées aux structures pluriprofessionnelles de proximité.

5. Le cas des pharmaciens intégrés aux MSP correspond généralement à un exercice au sein d'une officine située à proximité.

6. Les indicateurs de productivité utilisés rapportent le temps travaillé par médecin à trois critères d'activité : la file active de patients de plus de 16 ans, la patientèle inscrite médecin traitant, et le nombre de consultations, visites et actes techniques réalisés pour ces patients.

7. La qualité des pratiques est mesurée ici à travers quatre dimensions : suivi des patients diabétiques, vaccination, dépistage et prévention, et efficacité des prescriptions.

- > **Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)**, 2014, *La coopération entre professionnels de santé*, Rapport, 10 juillet 2014.
- > **Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.**, 2012, « Les emplois du temps des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 797, mars.
- > **Mousquès J.**, 2015[a], « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité des dépenses », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 210, juin.
- > **Mousquès J.**, 2015[b], « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 211, juillet-août.