

Réunion du Comité Technique pour l'étude sur la prospective de l'évolution des cabinets libéraux

2 octobre 2025

*Observatoire des métiers dans les
professions libérales*





Les objectifs de notre échange du jour

1

**Etat d'avancement et
retroplanning de la mission**

2

**Point d'étape sur l'enquête quantitative à
destination des cabinets médicaux**

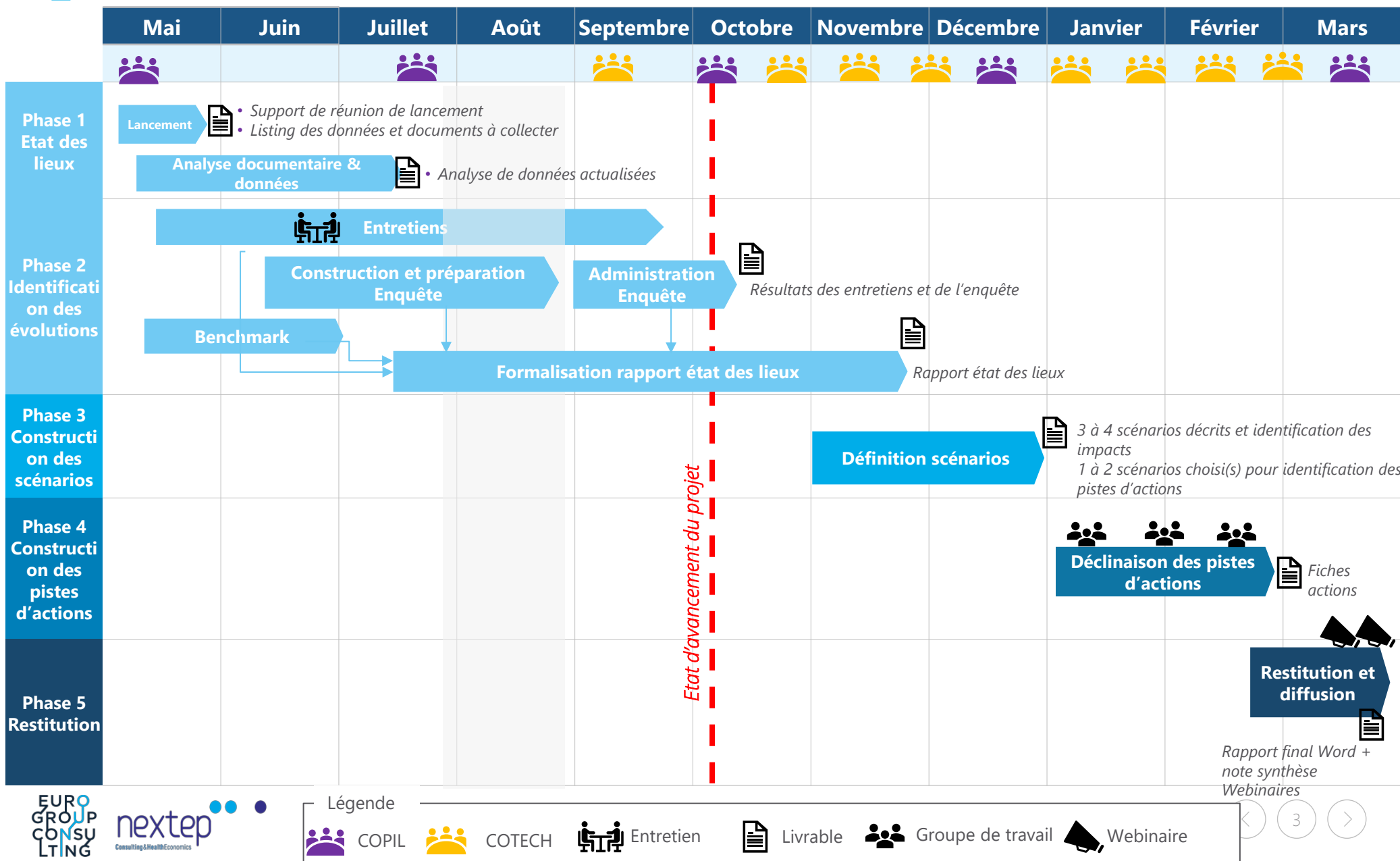
3

**Préparation de la phase 3 du projet – La
construction des scénarios prospectifs**

4

Prochaines étapes

Un calendrier permettant d'aboutir à la fin des travaux en mars 2026



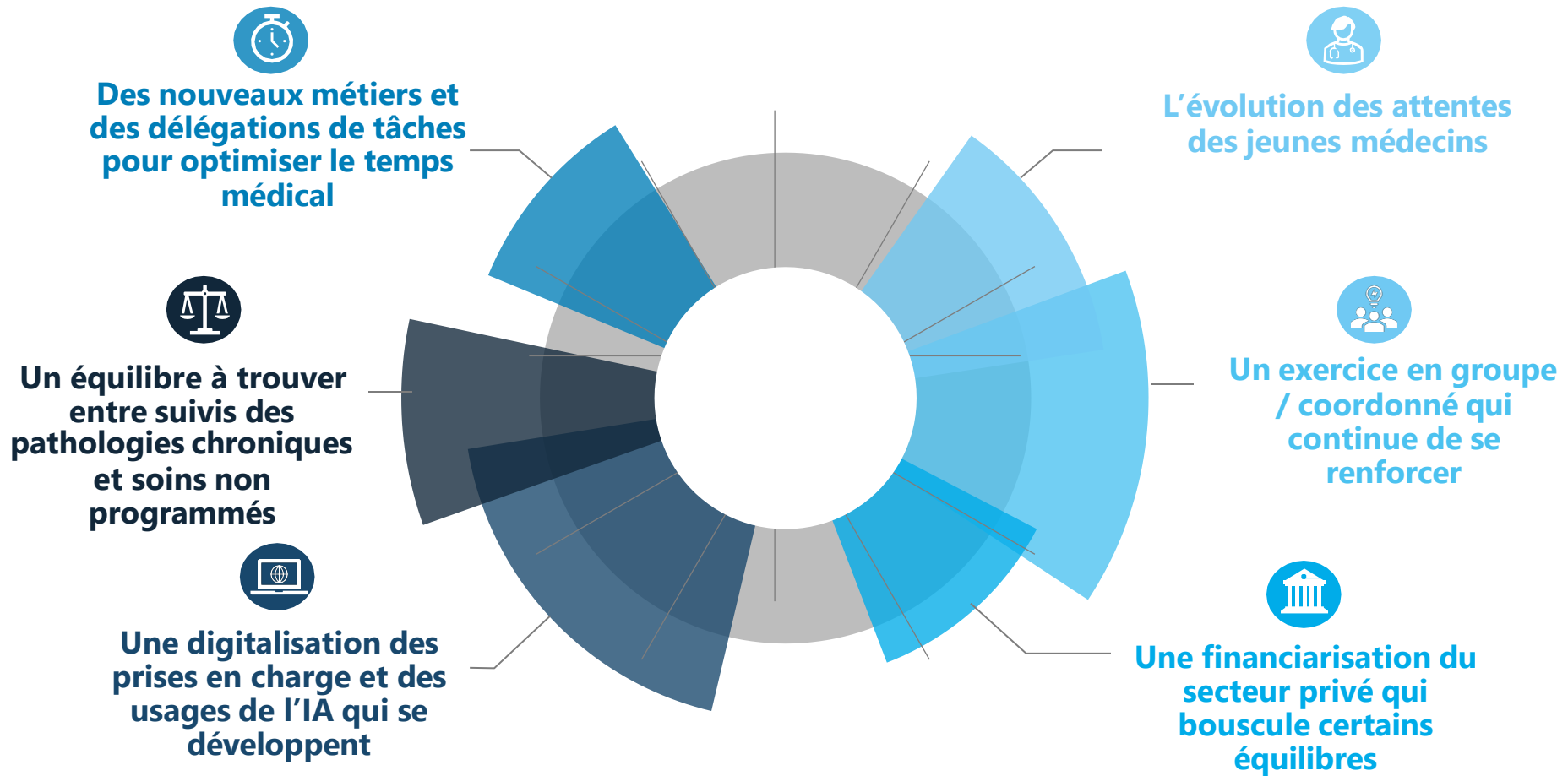
MODALITES DE DIFFUSION

1. Diffusée via OPCO
2. Relayée par les membres du comité de pilotage de la CPNEFP ?
3. Relayée par les personnes rencontrées en entretien ?
4. Relayée par les URPS ?

A VALIDER

A VALIDER

Retour sur les principaux enjeux rencontrés par les cabinets médicaux



Quelles perspectives pour les cabinets médicaux ?



OBJECTIFS DE LA METHODE

- 1. Proposer plusieurs scénarios prospectifs à horizon 5 et 10 ans permettant :**
 - d'anticiper les impacts des évolutions en cours et à venir,
 - d'alimenter la réflexion stratégique des partenaires sociaux
 - de guider l'élaboration de la GEPP de branche

- 2. Investiguer et hiérarchiser des jeux d'hypothèses afin de retenir un ou plusieurs scénarios qui sembleront les plus pertinents**



CONTENU DE LA METHODE

Pour discussion
aujourd'hui

→ Étape 1 – Identification des hypothèses d'évolution à partir des données

Pour chaque enjeu rencontré par les cabinets médicaux (cf les 6 enjeux présentés) :

- Définir **trois hypothèses d'évolution possibles**, construits à partir de l'analyse de la littérature et des données recueillies.
- Préciser, pour chacun, **l'hypothèse la plus probable, vers laquelle la situation en France tend aujourd'hui**, sur la base des retours collectés et de l'analyse réalisée.

Répondre à la question : Vers quelle hypothèse la dynamique actuelle semble-t-elle évoluer naturellement ? (hypothèse constatée)

Non formalisée
à ce jour

→ Étape 2 – Détermination du scénario cible

- **Identifier le scénario jugé souhaitable par le comité de pilotage de la CPNEFP** et le cas échéant, à la lumière des retours issus de l'enquête quantitative.

Répondre à la question : Vers quel scénario souhaitons-nous collectivement orienter l'avenir ? (Scénario cible)

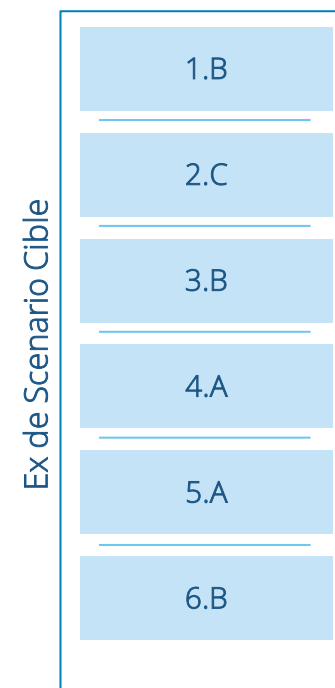
- **Mettre en perspective ce scénario avec la trajectoire actuelle :**
 - **Cas 1 :** Les objectifs de la CPNEFP sont alignés avec la tendance naturelle observée → proposer des actions pour **accélérer et renforcer cette dynamique**.
 - **Cas 2 :** Les objectifs de la CPNEFP diffèrent de la tendance naturelle → proposer des actions de remédiation permettant de **réorienter la trajectoire et de converger vers le scénario souhaité**.

La construction des scénarios prospectifs – Méthodologie de travail (3/3)

ILLUSTRATION

Principaux enjeux rencontrés par les cabinets médicaux	Hypothèse A	Hypothèse B	Hypothèse C
1. L'évolution des attentes des jeunes médecins	1.A	1.B	1.C
2. Un équilibre à trouver entre suivis des pathologies chroniques et soins non programmés	2.A	2.B	2.C
3. Une digitalisation des prises en charge et des usages de l'IA qui se développent	3.A	3.B	3.C
4. Des nouveaux métiers et des délégations de tâches pour optimiser le temps médical	4.A	4.B	4.C
5. Un exercice en groupe / coordonné qui continue de se renforcer	5.A	5.B	5.C
6. Une financiarisation du secteur privé qui bouscule certains équilibres	6.A	6.B	6.C

Le scénario final retenu sera une combinaison des différentes hypothèses cibles sélectionnées pour chacun des enjeux.



Construction d'un scénario

✓ Illustration - Enjeux 1 : L'évolution des attentes des jeunes médecins

✓ Hypothèse constatée : 1C

✓ Hypothèse cible : 1A

→ Plan d'action : définir et mettre en œuvre les leviers permettant de passer de l'hypothèse 1C à l'hypothèse 1A

1. L'évolution des attentes des jeunes médecins



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Féminisation de la profession, recherche d'équilibre vie pro / perso, augmentation du nombre des médecins d'ici 5 ans, préférence pour l'exercice collectif, prévalence des déserts médicaux, proposition de médecins libéraux (vs salariat)

Hypothèses

1.A. Renaissance du libéral

Le libéral est redynamisé et redevient une option forte.

- **Le cabinet libéral se réinvente :** structures modernisées, travail en groupe, meilleure répartition des tâches.
- Les jeunes médecins redécouvrent la liberté d'organisation et la rémunération attractive du libéral.

1.B. Statut hybride

Le statut hybride permet de conserver un équilibre entre liberté et vie d'équipe.

- **Développement du temps partiel** hospitalier/centre de santé conjugué à une pratique du libéral

1.C. Essor du salariat

Le salariat recentre le médecin sur sa pratique médicale

- **Disparition quasi complète des cabinets libéraux individuels.** Les jeunes rejoignent des centres de santé, MSP, cabinets multi-professionnels,
- **Majorité de médecins salariés,** avec une pratique sécurisée, coordonnée et allégée des charges administratives.

Tendance

2. Un équilibre à trouver entre suivis des pathologies chroniques et soins non programmés



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Montée des pathologies chroniques et tension sur la prise en charge des soins non programmés avec urgences sous tension, une répartition ville-hôpital via le SAS qui se structure, répartition ville-hôpital via le SAS, protocoles de coordination/plan de soins néanmoins une démographie médicale contrainte et fortes disparités territoriales d'accès

Hypothèses

2.A. Cabinets polyvalents

Un même cabinet assure à la fois le suivi des maladies chroniques et la prise en charge des soins non programmés de sa file active

- Le statut quo reste la norme avec un effet d'engorgement des listes de consultations et dans les services des urgences

2.B. « Abandon » des soins non programmés

Les cabinets médicaux se recentrent sur la prise en charge des pathologies chroniques et renvoient les soins non programmés

- Emergence de cabinets de soins non programmés sur l'ensemble du territoire, adossés à quelques lits → vers une professionnalisation de la prise en charge non programmée

2.C. Spécialisation de la médecine de ville

La médecine de ville se spécialise autour des prises en charge, par type de pathologie / population

- Des missions qui se développent pour ces cabinets autour de la prévention primaire et secondaire, un suivi plus personnalisé, etc.
- Emergence aussi de cabinets sur l'activité non programmée

Tendance

3. Une digitalisation des prises en charge et des usages de l'IA qui se développent



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Digitalisation des prises en charge, développement de l'IA dans les applicatifs métiers, accélération de la télésurveillance au service de prises en charge plus fluides et plus exhaustives mais fracture du numérique qui se creuse dans certains territoires et investissement couteux aujourd'hui.

Hypothèses

3.A. Numérisation de la gestion administrative

**Un virage vers le numérique
restreint aux tâches de gestion
administrative du cabinet**

- Digitalisation centrée sur l'administratif (agenda, facturation) + poches d'usage (dictée vocale, imagerie)
- Accès inégal au DMP/ENS (pratiques hétérogènes), SI non interopérables

3.B. IA du back office

**Les cabinets médicaux
investissent dans une gestion
dématérialisée et dynamique du
back office**

- Investissement de l'IA pour la gestion de l'agenda, la prise de RDV, le codage, la prescription, etc.

3.C. IA 360°

**Les cabinets investissent dans
l'aide au diagnostic et au suivi
patient ainsi que pour le back
office**

- Suivi par IA des patients chroniques : suivi conversationnel et ETP par IA, synthèse et bilan des résultats d'analyse de façon automatique et remontée d'alertes
- Préparation des consultations avec IA : pré-consultation par IA, analyse des résultats d'exams

Tendance

4. Des nouveaux métiers et des délégations de tâches pour optimiser le temps médical



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Développement du statut d'assistant médical et des IPA, des protocoles de soins, recours à de nouveaux outils et renforcement des prises en charge pluriprofessionnelles avec un enjeu de professionnaliser la délégation tout en conservant le rôle central du médecin dans la prise en charge

Hypothèses

4.A.

Délégation administrative

Les médecins délèguent surtout les tâches administratives et de coordination

- Assistants médicaux en montée mais périmètre de mise en œuvre flou (statut à clarifier, accès DMP/ENS inégal) surtout accueil/administratif et préparation de dossiers
- Délégations cliniques rares ; IPA peu intégrées et plutôt salariées sous supervision

4.B.

Délégation de tâches « cliniques »

Les médecins délèguent de plus en plus pour se recentrer autour de la consultation médicale « à valeur ajoutée »

- Délégation à une IPA de ville sur certains suivis chroniques, renouvellement d'ordonnance, etc.
- Délégation du suivi médicamenteux au pharmacien
- Délégation du suivi de biologie au biologiste

4.C.

Concentration des savoir-faire

Les médecins se renforcent autour de la prise en charge du patient

- Consolidation au sein du cabinet des différentes compétences nécessaires à une prise en charge 360° : automate de biologie et de dispensation nominative délocalisé, table de radiologie conventionnelle, etc.

Tendance

5. Un exercice en groupe / coordonné qui continue de se renforcer



Facteurs impactant / paramètres contextuels

Financements incitatifs et subventions (ex MSP), nouveaux métiers et délégation de tâches, une tendance générationnelle marquée vers le salariat, financiarisation accrue dans certaines spécialités, organisation territoriale (ex via CPTS), ...

Hypothèses

5. A

Exercice individualisé redynamisé avec coordinations renforcées

Les cabinets libéraux individuels persistent mais **entrent dans des logiques de coordination renforcées** via la participation accrue des professionnels de santé aux CPTS, URPS, et autres modalités d'organisation des soins en ville au niveau local.

En parallèle, **ces cabinets libéraux se regroupent et mutualisent leurs moyens** (assistants, numérique, secrétariat), tout en permettant à chaque médecin de conserver une autonomie complète. Chaque professionnel de santé reste « propriétaire » du capital de son cabinet.

5. B

Exercice hybride : individualisé et de groupe

Mix équilibré entre libéral et salarié, permettant de conserver un rôle indépendant tout en participant à un collectif. Le médecin conserve généralement un exercice libéral mais il peut entrer dans le **salariat de manière facilitée en raison du développement important de l'exercice collectif (notamment dans des MSP)**.

Le développement de grandes MSP est associé à celui de missions d'aller-vers dans les déserts médicaux afin de couvrir les zones sous-dotées.

5. C

Un collectif généralisé, structuré et obligatoire

Le modèle individuel devient marginal. La coordination est institutionnalisée et quasiment obligatoire (protocoles, outils numériques communs, réunions régulières) et portée par des structures bien organisées (MSP, centres intégrés...) Organisation en structures mono- ou multispécialités.

La majorité des médecins sont désormais salariés. **L'aller vers devient une obligation** et non plus une incitation.

Tendance

6. Une financiarisation du secteur privé qui bouscule certains équilibres



Facteurs impactant / paramètres contextuels

Investissements privés accrus dans les cabinets médicaux, concentration et regroupement de cabinets, un cadre réglementaire flou, recherche d'optimisation des coûts, attentes générationnelles (salarial ou formes hybrides plus attractives pour les jeunes médecins)

Hypothèses

6. A

Des cabinets médicaux dominés par la logique financière

L'entrée des capitaux privés dans les cabinets médicaux se fait sans contrôle strict. Les gestionnaires financiers dominent les décisions stratégiques et organisationnelles.

La financiarisation concerne certaines spécialités en particulier.

6. B

Une financiarisation maîtrisée dirigée vers les outils de prise en charge

Les fonds privés investissent de manière encadrée par une régulation stricte. Les médecins gardent une forte indépendance, les cabinets restent majoritairement libéraux mais bénéficient d'un soutien financier pour se moderniser. L'équilibre entre logique médicale et logique économique est préservé.

6. C

Un exercice médical préservé de toute financiarisation

L'entrée de capitaux privés est interdite dans certaines spécialités jugées sensibles et fortement limitée ailleurs. Les cabinets restent dans une logique médicale traditionnelle, financés par la solidarité nationale ou des modèles collectifs alternatifs. Protection de certaines spécialités menacées par la financiarisation

Evolution naturelle
la plus probable



Prochaines étapes

1. Diffusion de l'enquête quantitative → Octobre - novembre

2. Echange autour des scénarios avec la CPNE FP → 09 octobre – **horaire ?**

3. Consolidation des éléments d'état des lieux → fin novembre

4. Evaluation des scénarios → début décembre

ANNEXES

1. L'évolution des attentes des jeunes médecins



Facteurs impactants / paramètres contextuels

Féminisation de la profession, recherche d'équilibre vie pro / perso, augmentation du nombre des médecins d'ici 5 ans, préférence pour l'exercice collectif, prévalence des déserts médicaux, proposition de médecin libéraux (vs salariat)

La renaissance du libéral

Le libéral est redynamisé et redevient une option forte. Le cabinet libéral se réinvente : structures modernisées, travail en groupe, meilleure répartition des tâches. Les jeunes médecins redécouvrent la liberté d'organisation et la rémunération attractive du libéral.

- **Équilibre vie pro/vie perso** → charge de travail plus importante mais améliorée grâce à une organisation repensée (digital, ...)
- **Exercice collectif** → privilégié (cabinets de groupe regroupés par spécialités ?)
- **Dimension collaborative** → renforcée, mais dans un cadre choisi par les praticiens.
- **Souplesse dans l'exercice** → élevée, liberté d'organisation préservée.
- **Pratique du médical vs administratif** → charge administrative toujours présente mais réduite

Le libéral hybride (Mix Salariat / Libéral)

Les cabinets libéraux existent mais accueillent surtout des praticiens à temps partiel. Beaucoup combinent libéral + hôpital/centre de santé + téléconsultation. Les jeunes diversifient leurs activités et garder une liberté de choix

- **Équilibre vie pro/vie perso** → bon compromis grâce à la flexibilité du mix
- **Exercice collectif** → fréquent via cabinets de groupe ou collaborations territoriales.
- **Dimension collaborative** → variable, selon l'implication et la structure choisie.
- **Souplesse dans l'exercice** → très forte, chacun compose son propre rythme.
- **Pratique du médical vs administratif** → charge administrative toujours présente mais partiellement mutualisée ou déléguée.

L'essor du collectif salarié

Disparition quasi complète des cabinets libéraux individuels. Les jeunes rejoignent des centres de santé, MSP, cabinets multi-professionnels, ... **Majorité de médecins salariés**, avec une pratique sécurisée, coordonnée et allégée des charges administratives.

- **Équilibre vie pro/vie perso** → facilité par le salariat, horaires cadrés, charge de travail maîtrisée
- **Exercice collectif** → central, dans des maisons de santé ou structures intégrées.
- **Dimension collaborative** → maximisée, travail pluridisciplinaire quotidien.
- **Souplesse dans l'exercice** → limitée, dépend des règles de la structure.
- **Pratique du médical vs administratif** → focus sur le médical, l'administratif est pris en charge par la structure.

2. Un équilibre à trouver entre suivis des pathologies chroniques et soins non programmés



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Montée des pathologies chroniques et tension sur la prise en charge des soins non programmés avec urgences sous tension, une répartition ville-hôpital via le SAS qui se structure répartition ville-hôpital via le SAS, protocoles de coordination/plan de soins néanmoins une démographie médicale contrainte et fortes disparités territoriales d'accès

2.A. Cabinets polyvalents

Un même cabinet assure à la fois le suivi des maladies chroniques et la prise en charge des soins non programmés de sa file active

- Le statut quo reste la norme avec un effet d'engorgement des listes de consultations et dans les services des urgences

- **Profil des cabinets** → polyvalents
- **Rôle du médecin généraliste** → rôle traditionnel
- **Missions du cabinet** → prise en charge aiguë, suivi, coordination
- **Coordination ville-hôpital** → limitée avec engorgement des services d'urgences et un SAS qui se déploie
- **Maillage territorial** → pas d'impact sur le maillage territorial

2.B. « Abandon » des soins non programmés

Les cabinets médicaux se recentrent sur la prise en charge des pathologies chroniques et renvoient les soins non programmés

- Emergence de cabinets de soins non programmés sur l'ensemble du territoire, adossés à quelques lits → vers une professionnalisation de la prise en charge non programmée

- **Profil des cabinets** → 2 typologies de cabinets : spécialisés vs. Soins non programmés
- **Rôle du médecin généraliste** → médecin généraliste pivot du parcours « maladies chroniques » pour ses patients
- **Missions du cabinet** → pour les cabinets spécialisés : prise en charge aiguë, suivi / pour les cabinets non programmés : prise en charge aiguë, lien avec le recours hospitalier
- **Coordination ville-hôpital** → qui se structure autour de l'émergence des structures non programmées pour la CCMU1
- **Maillage territorial** → vers moins de désert ?

2.C. Spécialisation de la médecine de ville

La médecine de ville se spécialise autour des prises en charge, par type de pathologie / population

- Des missions qui se développent pour ces cabinets autour de la prévention primaire et secondaire, un suivi plus personnalisé, etc.
- Emergence aussi de cabinets sur l'activité non programmée

- **Profil des cabinets** → 2 typologies : cabinets spécialisés autour d'une activité, cabinets de soins non programmés
- **Rôle du médecin généraliste** → s'inscrit sur des parcours spécifiques
- **Missions du cabinet** → pour les cabinets spécialisés : prévention, suivi, diagnostic, coordination du parcours / pour les cabinets non programmés : prise en charge aiguë, lien avec le recours hospitalier
- **Coordination ville-hôpital** → autour des cabinets non programmés
- **Maillage territorial** → vers une accentuation de la fracture ?

Tendance

3. Une digitalisation des prises en charge et des usages de l'IA qui se développent



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Digitalisation des prises en charge, développement de l'IA dans les applicatifs métiers, accélération de la télésurveillance au service de prises en charge plus fluide et plus exhaustive mais fracture du numérique qui se creuse dans certains territoires et investissement couteux aujourd'hui.

3.A. Numérisation de la gestion administrative

Un virage vers le numérique restreint aux tâches de gestion administrative du cabinet

- Digitalisation centrée sur l'administratif (agenda, facturation) + poches d'usage (dictée vocale, imagerie)
- Accès inégal au DMP/ENS (pratiques hétérogènes), SI non interopérables

- **Impact sur les prises en charge** → Aucune, faible digitalisation du parcours
- **Accessibilité de l'offre** → rend plus accessible
- **Investissement** → investissement limité
- **Impact RH** → impact sur les fonctions supports, peu de nouvelles compétences nécessaires

3.B. IA du back office

Les cabinets médicaux investissent dans une gestion dématérialisée et dynamique du back office

- Investissement de l'IA pour la gestion de l'agenda, la prise de RDV, le codage, la prescription, etc.

- **Impact sur les prises en charge** → Aucune, faible digitalisation du parcours
- **Accessibilité de l'offre** → rend plus accessible
- **Investissement** → investissement important mais gain d'efficacité sur la planification et le codage
- **Impact RH** → impact sur les fonctions supports avec une externalisation de la fonction

3.C. IA 360°

Les cabinets investissent dans l'aide au diagnostic et au suivi patient ainsi que pour le back office

- Suivi par IA des patients chroniques : suivi conversationnel et ETP par IA, synthèse et bilan des résultats d'analyse de façon automatique et remontée d'alertes
- Préparation des consultations avec IA : pré-consultation par IA, analyse des résultats d'exams

- **Impact sur les prises en charge** → digitalisation poussée du parcours qui permet d'avoir beaucoup plus de prévention et d'améliorer l'état de santé générale
- **Accessibilité de l'offre** → rend plus accessible et permet de limiter les déserts médicaux
- **Investissement** → investissement financier très important qui impliquera une certaine concentration des investissements
- **Impact RH** → impact sur l'ensemble des métiers qui doivent s'acculturer aux nouvelles technologies

Tendance

4. Des nouveaux métiers et des délégations de tâches pour optimiser le temps médical



Facteurs impactant/ paramètres contextuels

Développement du statut d'assistant médical et des IPA, des protocoles de soins, recours à de nouveaux outils et renforcement des prises en charge pluriprofessionnelles avec un enjeu de professionnaliser la délégation tout en conservant le rôle central du médecin dans la prise en charge

4.A. Délégation administrative

Les médecins délèguent surtout les tâches administratives et de coordination

- Assistants médicaux en montée mais périmètre flou (statut à clarifier, accès DMP/ENS inégal) surtout accueil/administratif et préparation de dossiers
- Délégations cliniques rares ; IPA peu intégrées et plutôt salariées sous supervision

- **Evolution des missions du médecin** → se recentre sur la prise en charge
- **Statut des professionnels paramédicaux** → impact limité
- **Maillage territorial** → ne permet pas de mieux répondre aux besoins des territoires en déficit médical
- **Enjeux réglementaires** → pas d'impact structurant, vers une plus grande reconnaissance des AM ?
- **Investissement** → aucun

4.B. Délégation de tâches « cliniques »

Les médecins délèguent de plus en plus pour se recentrer autour de la consultation médicale « à valeur ajoutée »

- Délégation à une IPA de ville sur certains suivis chroniques, renouvellement d'ordonnance, etc.
- Délégation du suivi médicamenteux au pharmacien
- Délégation du suivi de biologie au biologiste

- **Evolution des missions du médecin** → le médecin généraliste / spécialiste se recentre sur sa discipline et plutôt sur l'aigu et renforcement des missions des autres professions médicales (pharmacien, biologiste, etc.)
- **Statut des professionnels paramédicaux** → renforcement du rôle des IPA
- **Maillage territorial** → renforce l'aller vers et la proximité du suivi sur des besoins de soins courants
- **Enjeux réglementaires** → nécessite de revoir le code de la santé publique
- **Investissement** → aucun

4.C. Concentration des savoir-faire

Les médecins se renforcent autour de la prise en charge du patient

- Consolidation au sein du cabinet des différentes compétences nécessaires à une prise en charge 360° : automate de biologie et de dispensation nominative délocalisés, table de radiologie conventionnelle, etc.

- **Evolution des missions du médecin** → le médecin consolide l'ensemble des compétences et conventionne avec ses pairs
- **Statut des professionnels paramédicaux** → développement de l'interdisciplinarité au sein du cabinet, développement des besoins RH
- **Maillage territorial** → permet de limiter les temps d'accès à certains examens
- **Enjeux réglementaires** → limités
- **Investissement** → important

5. Un exercice en groupe / coordonné qui continue de se renforcer



Facteurs impactants / paramètres contextuels

Financements incitatifs et subventions (ex MSP), nouveaux métiers et délégation de tâches, une tendance générationnelle marquée vers le salariat, financiarisation accrue dans certaines spécialités, organisation territoriales (ex via CPTS), ...

Libéral individuel redynamisé via coordinations renforcées

Les cabinets libéraux individuels persistent mais **entrent dans des logiques de coordination renforcées** via la participation accrue des professionnels de santé aux CPTS, URPS, et autres modalités d'organisation des soins en ville au niveau local.

En parallèle, **ces cabinets libéraux se regroupent et mutualisent leurs moyens** (assistants, numérique, secrétariat), tout en permettant à chaque médecin de conserver une autonomie complète. Chaque professionnel de santé reste « propriétaire » du capital de son cabinet.

- **Dimension collaborative** → Collaboration volontaire et ciblée, échanges réguliers sur la coordination des soins et la gestion commune des moyens.
- **Délégation de tâches** → Mutualisation des tâches administratives et logistiques ; le médical reste individuel.
- **Professions présentes** → Mono-spécialité principalement, mais avec recours ponctuel à d'autres professionnels selon besoins.
- **Organisation des structures** → Décentralisée mais organisée autour de ressources communes.
- **Répartition territoriale** → Pas de maillage territorial, le regroupement vise surtout l'efficacité interne et la réduction des coûts

Libéral hybride et renforcement de l'exercice de groupe

Mix équilibré entre libéral et salarié, permettant de conserver un rôle indépendant tout en participant à un collectif. Le médecin conserve généralement un exercice libéral mais il peut entrer dans le **salariat de manière facilitée en raison du développement important de l'exercice collectif (notamment dans des MSP)**.

Le développement de grandes MSP est associé à celui de missions d'aller-vers dans les déserts médicaux afin de couvrir les zones sous-dotées.

- **Dimension collaborative** → Collaboration ponctuelle et ciblée avec d'autres professionnels sur la base de missions planifiées.
- **Délégation de tâches** → Mutualisation des tâches administratives et logistiques sur la période collective, tâches médicales gérées individuellement dans le cabinet.
- **Professions présentes** → Multi-spécialité dans la mission collective, mono-spécialité dans le cabinet individuel.
- **Organisation des structures** → Décentralisée pour le cabinet libéral, structurée et hiérarchisée dans les missions collectives
- **Répartition territoriale** → Optimisée pour répondre à des besoins précis, notamment dans les déserts médicaux, tout en conservant une implantation libre du cabinet principal.

Un collectif généralisé, structuré et obligatoire

Le modèle individuel devient marginal. La coordination est institutionnalisée et quasiment obligatoire (protocoles, outils numériques communs, réunions régulières) et portée par des structures bien organisées (MSP, centres intégrés...). Organisation en structures mono- ou multispecialités. La majorité des médecins sont désormais salariés. **L'aller vers devient une obligation** et non plus une incitation.

- **Dimension collaborative** → Maximisée, travail quotidien pluridisciplinaire,
- **Délégation de tâches** → Très structurée, forte délégation des tâches administratives et cliniques
- **Professions présentes** → Multi-spécialité et pluriprofessionnel
- **Organisation des structures** → Centralisée, hiérarchisée et mutualisée pour garantir efficacité et continuité des soins.
- **Répartition territoriale** → Planifiée, meilleure couverture des déserts médicaux grâce à une logique collective.

6. Une financiarisation du secteur privé qui bouscule certains équilibres



Facteurs impactants / paramètres contextuels

Investissements privés accrus dans les cabinets médicaux, Concentration et regroupement de cabinets, un cadre réglementaire flou, recherche d'optimisation des coûts, attentes générationnelle (salarial ou formes hybrides plus attractives pour les jeunes médecins),

Des cabinets médicaux dominés par la logique financière

L'entrée des capitaux privés dans les cabinets médicaux se fait sans contrôle strict. Les gestionnaires financiers dominent les décisions stratégiques et organisationnelles.

- **Gouvernance / Actionariat** → Poids dominant des capitaux privés, influence directe des gestionnaires sur les choix médicaux.
- **Qualité et organisation des soins** → Investissements ; standardisation forte, recherche d'efficacité économique ;
- **Accès et équité** → Zones rentables privilégiées ; couverture limitée des déserts médicaux ?
- **Attractivité pour les médecins** → Plus de sécurité salariale, mais perte d'autonomie ; attractif pour ceux qui rejettent le modèle libéral classique

Une financiarisation maîtrisée dirigée vers les outils de prise en charge

Les fonds privés investissent de manière encadrée par une réglementation stricte. Les médecins gardent une forte indépendance, les cabinets restent majoritairement libéraux mais bénéficient d'un soutien financier pour se moderniser. L'équilibre entre logique médicale et logique économique est préservé.

- **Gouvernance / Actionariat** → Les capitaux privés sont minoritaires et contrôlés ; les PdS gardent la gouvernance.
- **Qualité et organisation des soins** → Amélioration grâce aux investissements
- **Accès et équité** → L'État impose un maillage territorial équilibré ; investissements orientés aussi vers les zones sous-dotées.
- **Attractivité pour les médecins** → Plus de confort organisationnel et d'outils, possibilité de choisir entre salarial ou libéral hybride.

Un exercice médical préservé de toute financiarisation

L'entrée de capitaux privés est interdite dans certaines spécialités jugées sensibles et fortement limitée ailleurs. Les cabinets restent dans une logique médicale traditionnelle, financés par la solidarité nationale ou des modèles collectifs alternatifs. Protection de certaines spécialités menacées par la financiarisation

- **Gouvernance / Actionariat** → les PdS sont les seuls décisionnaires.
- **Qualité et organisation des soins** → Forte hétérogénéité (selon les moyens publics) mais garantie de primauté médicale.
- **Accès et équité** → Pilotage par l'État ou les collectivités pour assurer la couverture des zones sensibles.
- **Attractivité pour les médecins** → Renforcement du modèle libéral collectif (coopératives, MSP publiques), attractif pour les jeunes cherchant indépendance + collaboration.