RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Le temps de travail des médecins

JUILLET 2026

François **AUVIGNE**
Rémy **SLOVE**
Léonore **LAFARGUE**
Olivier **PERNET-COUDRIER**
Noémie **CARLIER**

Thomas **LE LUDEC**
Sophie **LEBRET**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES
N° 2026-E-004-03

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES
N° 2026-003R

RAPPORT

Le temps de travail des médecins

Établi par

RÉMY **SLOVE**
Inspecteur des finances

LÉONORE **LAFARGUE**
Inspectrice des finances adjointe

NOÉMIE **CARLIER**
Inspectrice stagiaire des finances

OLIVIER **PERNET-COUDRIER**
Data scientist au pôle science des données de l'IGF

Sous la supervision de
FRANÇOIS **AUVIGNE**
Inspecteur général des finances

THOMAS **LE LUDEC**
Inspecteur général des affaires sociales

SOPHIE **LEBRET**
Inspectrice des affaires sociales

- JUILLET 2026 -

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCE

Igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. LE TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS, DURABLEMENT EN BAISSE, DOIT ÊTRE MIEUX SUIVI AFIN D'ÊTRE PRIS EN COMPTE DANS L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS 5

1.1. Le temps de travail médical est un des enjeux de l'offre de soins dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de renouvellement des générations 5

1.1.1. La fin du numerus clausus, le renouvellement des générations et l'augmentation des modalités d'exercice mixte, créent un besoin de mieux connaître le temps de travail médical 5

1.1.2. Le temps de travail médical est devenu un enjeu de santé publique mais aussi un enjeu pour les médecins eux-mêmes 7

1.2. Le temps de travail des médecins, et *a fortiori* le temps médical disponible, constituent un angle mort des bases de données publiques mobilisables pour suivre l'offre de soins des médecins 8

1.3. Le suivi du temps de travail des médecins repose à ce jour sur des enquêtes déclaratives, qui constatent sa diminution depuis 20 ans mais ne permettent pas d'étudier les évolutions du temps clinique 11

2. LA RÉDUCTION DES JOURS D'EXERCICE LIBÉRAL RÉVÈLE UNE RECOMPOSITION DE L'OFFRE DE SOINS QUI JUSTIFIE D'ÉVALUER DAVANTAGE LES DISPOSITIFS D'OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL 13

2.1. Le nombre de jours d'exercice libéral a diminué de 3 % à 8 % selon les spécialités entre 2021 et 2025 13

2.2. La baisse des jours d'exercice libéral ne réduit pas mécaniquement l'offre de soins, mais révèle une intensification et une polarisation de l'activité libérale . 16

2.3. L'évaluation des dispositifs visant à optimiser le temps médical et le développement du recours aux outils numériques socles sont indispensables pour s'assurer de leurs effets réels et des conditions de leur efficacité 19

2.3.1. Des modalités d'exercice de plus en plus collective dont les effets sur le temps de travail médical restent à objectiver 19

2.3.2. L'insuffisante diffusion des outils socles freine l'optimisation du gain de temps médical par l'usage d'outils numériques 22

3. À L'HÔPITAL PUBLIC, LE SUIVI ET LE PILOTAGE DÉFAILLANT DU TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS EST SOURCE D'IRRÉGULARITÉS ET NE PERMET PAS UNE ALLOCATION EFFICIENTE DES RESSOURCES MÉDICALES 24

3.1. À l'hôpital public, le temps de travail des médecins constitue un enjeu d'organisation, de responsabilités et d'attractivité 24

3.1.1. L'organisation du temps de travail à l'hôpital public repose sur un cadre statutaire complexe et une chaîne de responsabilités partagées 24

3.1.2. Dans un contexte d'effectifs croissants et d'une productivité en baisse, l'organisation du temps de travail des médecins constitue l'un des enjeux de l'attractivité de l'hôpital public 29

3.2. Le déficit structurel de pilotage du temps médical, l'hétérogénéité de mise en œuvre et la fréquence élevée des non-conformités au cadre règlementaire présentent des risques majeurs 30
3.3. Les organisations hospitalières ont une dépendance croissante et non maîtrisée aux dispositifs de temps de travail additionnel et d'intérim 33
3.4. Le pilotage du temps médical doit se structurer autour de maquettes organisationnelles et d'une stratégie de territoire afin d'optimiser l'allocation du temps médical 37

INTRODUCTION

Le Premier ministre a confié à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances une mission visant à dresser l'état des lieux du temps de travail des médecins en ville et à l'hôpital.

Conformément à la lettre de mission, le présent rapport a pour objet :

- de recenser l'ensemble des sources de données disponibles permettant d'approcher le temps de travail médical ;
- de faire un état des lieux des connaissances à date portant sur le temps de travail des médecins en ville et à l'hôpital, sur ses évolutions et sur l'efficacité des dispositifs permettant de l'optimiser ;
- d'apporter des éléments d'objectivation concernant les liens entre temps de travail et activité libérale des médecins en ville ;
- d'analyser l'organisation du temps de travail à l'hôpital public, du point de vue de la conformité et du pilotage.

La notion de temps de travail des médecins recouvre plusieurs dimensions qui n'ont fait l'objet d'aucune définition précise qu'elle soit juridique ou académique. Dans ce rapport, le temps de travail médical ou temps de travail des médecins est défini comme l'ensemble du temps professionnel consacré par les médecins à l'exercice de leurs fonctions, qu'il s'agisse du temps directement clinique avec le patient (consultations, visites, actes techniques), du temps clinique indirect pour traiter le patient en dehors de la consultation (coordination avec d'autres professionnels de santé, analyse de résultats et tenue du dossier médical, échange avec la famille, etc.) et du temps non clinique qui n'est pas relié à un patient mais inhérent à l'activité médicale qu'elle soit libérale ou en établissement de santé (formation, recherche, tâches administratives, encadrement, …).

Le temps médical désigne quant à lui la quotité de temps clinique disponible apportée par l'ensemble des médecins dans une même structure ou un même territoire Le temps médical est fonction de deux éléments : le temps individuel de chaque médecin et les effectifs de médecins en activité. Si cette dernière donnée fait l'objet d'un suivi régulier, tant au niveau des établissements de santé qu'au niveau national par les pouvoirs publics, le temps de travail des médecins n'est aujourd'hui ni connu ni suivi.

Les données existantes ne permettent pas en effet de retracer dans sa totalité le temps de travail des médecins avec l'ensemble de ses composantes cliniques et non cliniques ou encore de prendre en compte l'ensemble des modes d'exercice des médecins (libéral, salarié, mixte).

L'orientation principale des travaux de la mission a été de dresser un état des lieux de ce qu'il était possible, dans l'organisation actuelle du système de santé, de connaître du temps de travail des médecins en adoptant une approche distincte entre le secteur libéral et l'exercice au sein des hôpitaux publics. Au sein du secteur libéral, le temps de travail relève du choix d'organisation individuel du médecin et est en grande partie retracé par l'activité libérale de facturation. Dans le secteur hospitalier public, le temps de travail des médecins est intégré dans un fonctionnement collectif, encadré par un corpus réglementaire et piloté par la direction des établissements.

Pour conduire ses travaux la mission s'est appuyée sur une exploitation approfondie des données d'activité des médecins libéraux (analyse des données de remboursement du système national des données de santé) en se concentrant sur les médecins généralistes ainsi que sept autres spécialités retenues en raison de leurs différences en matière de pratiques cliniques, de féminisation, d'âge et de secteurs de conventionnements. La mission s'est également appuyée sur les données d'activité hospitalière (base Diamant de la DNUM).

Elle a exploité les résultats de trois enquêtes qu'elle a construites et qui ont été menées respectivement auprès des directions d'établissements publics de santé (230 réponses pour un échantillon de 284 questionnaires adressés) ; auprès des médecins de ces mêmes établissements (14 725 réponses) et auprès des médecins libéraux des sept spécialités médicales retenues (1 560 réponses).

Au-delà des entretiens qualitatifs qu'elle a menés notamment avec les organisations représentatives des médecins ou des gouvernances des hôpitaux, la mission a également réalisé des déplacements auprès de trois établissements hospitaliers (Hospices civils de Lyon, centre hospitalier de Tourcoing, GHU Paris Saclay de l'AP-HP).

La mission n'a néanmoins pas pu procéder, fautes de données suffisantes, à une analyse du temps de travail des médecins salariés du secteur privé (lucratif et non lucratif). Elle n'a également pas pu analyser de manière approfondie les effets sur le temps de travail des dispositifs mis en place pour faciliter les parcours de soins (partage et délégations de tâches à d'autres professionnels de santé, exercice coordonné, etc.).

Le rapport se concentre par ailleurs sur la seule question du temps de travail et de l'évolution de l'activité des médecins et n'examine que de manière accessoire la question des rémunérations et son lien avec le temps de travail, cette question nécessitant à elle seule des investigations lourdes que la mission ne pouvait conduire dans le temps qui lui était imparti.

De même, la mission a fait le choix de porter principalement ses analyses sur le temps clinique et son organisation compte tenu de son impact direct sur le temps médical disponible et n'a pas exploré la question du temps non clinique sauf pour essayer d'en approcher la quotité au travers des données disponibles et des enquêtes conduites par la mission.

À l'issue de ses travaux, la mission formule quatre constats, :

- il n'existe pas à l'heure actuelle de base de données et d'outils de suivi permettant aux pouvoirs publics d'avoir une connaissance précise du temps de travail des médecins, de sa composition et de mesurer son évolution ;
- les enquêtes déclaratives existantes comme les travaux sur les données statistiques de la mission montrent une baisse du temps de travail des médecins libéraux avec un phénomène plus marqué chez les médecins généralistes depuis une quinzaine d'années. Le rajeunissement et la féminisation de la profession ont une incidence sur la quotité de temps médical global même si sur le moyen terme la différence entre femmes et hommes tend à disparaitre ;
- l'exercice mixte, soit le partage d'activité entre secteur libéral et salarié se développe significativement et devrait se poursuivre avec un attrait pour le secteur salarié (public ou privé) et le souhait d'avoir une activité diversifiée. Les données disponibles ne permettent cependant pas de mesurer les évolutions de ce phénomène et son incidence sur le temps de travail, l'ensemble de l'activité d'un même médecin ne pouvant pas être retracé ;

- dans les hôpitaux publics, la réglementation n'est pas systématiquement appliquée et le pilotage du temps médical peu développé. Sur les cinq dernières années, la productivité hospitalière par médecin a diminué et le nombre de médecins a augmenté de même que les dépenses relatives aux dispositifs de compensation de déficit du temps médical (temps de travail additionnel, recours à l'intérim), tout particulièrement dans les centres hospitaliers moins attractifs que les CHU qui peuvent utiliser ces dispositifs comme outils d'attractivité.

Il convient par ailleurs de souligner que ces évolutions, si elles ont un effet sur la question de l'accès aux soins, ne sont néanmoins qu'un aspect des tensions actuelles sur l'offre de soins. En dehors des évolutions sur le rapport au travail des médecins, la question de l'organisation territoriale de l'offre de soins a des incidences sur les organisations de travail en particulier à l'hôpital public.

Proposition	Acteur	Priorité
Suivre le temps de travail des médecins par les données		
Proposition n° 1 : Constituer un répertoire des médecins contenant leur identifiant du répertoire partagé des professionnels de santé et leur code statistique non signifiant afin de constituer une base d'appariement entre les données d'exercice salarié et d'activité libérale.	Drees	1
Proposition n° 2 : Mettre en place un horodatage des données de facturation carte Vitale.	Cnam/ GIE Sésam Vitale	1
Proposition n° 3 : Mettre en place un dispositif de suivi de l'activité des remplaçants via les données de facturation carte Vitale	Cnam/GIE Sésam Vitale	2
Proposition n° 4 : Enrichir l'exercice de statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) avec des données relatives à l'organisation hospitalière, à l'organisation du temps de travail.	Drees/DNUM du ministère de la santé	2
Proposition n° 5 : Recalibrer le panel des médecins généralistes de la Drees pour l'ouvrir à l'ensemble des modes d'exercice de la médecine générale, incluant notamment les remplaçants.	Drees	3
Dimensionner et piloter la ressource médicale		
Proposition n° 6 : Intégrer les évolutions du temps de travail et de l'activité libérale des médecins dans la définition des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former.	DGOS	1
Proposition n° 11 : Mettre en œuvre un plan national de mise en conformité du temps de travail des médecins au sein des établissements publics de santé.	DGOS	1
Proposition n° 12 : Mettre en place un plafond annuel maximum de montant de TTA versé par médecin.	DGOS	2
Proposition n° 13 : Prévoir le déclenchement du TTA lorsqu'il est lié à la permanence des soins uniquement sur une plage limitée de nuit allant de 20 h à 8 h du matin.	DGOS	2
Proposition n° 14 : Missionner l'Anap pour la création de maquettes organisationnelles pour chaque spécialité, en lien avec les CNP, et rendre obligatoire un plan, soumis à la validation des ARS, de modification des organisations en application de ces maquettes pour les établissements ayant un recours au TTA hors normes ou des lignes de PDSES qui dysfonctionnent.	DGOS	1
Proposition n° 15 : Créer une organisation territoriale des affaires médicales et mettre en place un dispositif de concertation au sein des GHT, visant notamment à formaliser les modalités d'organisation du temps de travail à l'échelle territoriale.	DGOS	1
Proposition n° 7 : Lancer une mission sur la rémunération des médecins en ville, au regard notamment de la révision de la CCAM et des évolutions du temps de travail.	Ministres	2
Proposition n° 7 bis : Lancer une mission sur la rémunération des médecins à l'hôpital public.	Ministres	2
Optimiser le temps médical		
Proposition n° 8 : Mettre en place un dispositif d'évaluation des effets sur le temps médical liés à la mise en place de structures d'exercice coordonné, au partage de compétences entre professionnels de santé et au recours aux outils numériques.	Drees/Cnam	3
Proposition n° 9 : Renforcer les incitations à l'alimentation du dossier médical partagé en intégrant l'indicateur de taux d'usage du numérique en santé en tant qu'indicateur socle de la dotation numérique ou en instaurant un mécanisme de sanction sur la base de l'obligation légale d'alimentation.	Cnam/DNS	2
Proposition n° 10 : Mieux encadrer le temps médical continu en interdisant la mise en place de cycles de travail hebdomadaire d'une durée inférieure à 39 heures de temps clinique, lissée sur quatre mois.	DGOS	2

1. Le temps de travail des médecins, durablement en baisse, doit être mieux suivi afin d'être pris en compte dans l'évolution de l'organisation des soins

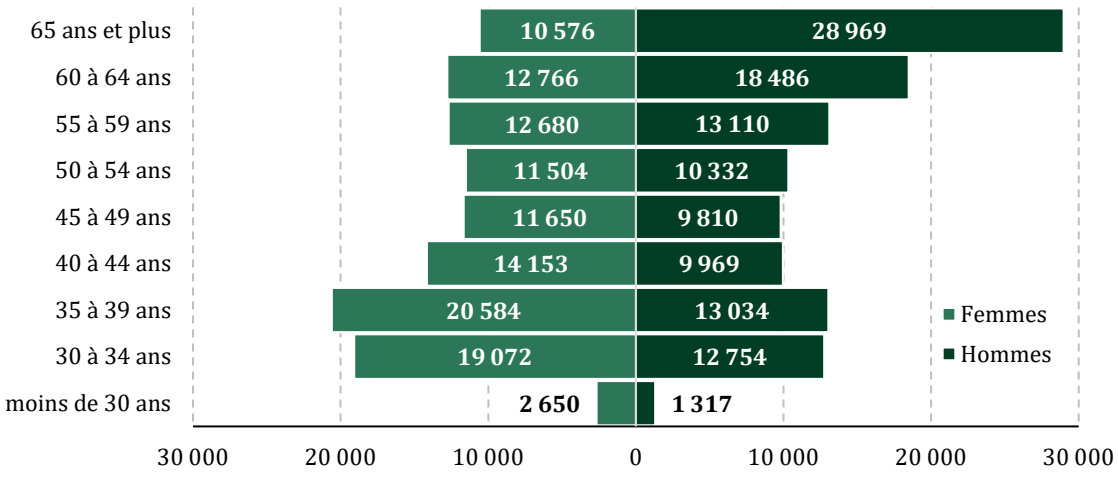
1.1. Le temps de travail médical est un des enjeux de l'offre de soins dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de renouvellement des générations

1.1.1. La fin du *numerus clausus,* le renouvellement des générations et l'augmentation des modalités d'exercice mixte, créent un besoin de mieux connaître le temps de travail médical

Le temps médical disponible repose en premier lieu sur le nombre de médecins en activité. La politique restrictive de régulation des entrées dans la profession au travers du dispositif du *numerus clausus*[1] mis en place par la loi du 12 juillet 1971 relative à l'organisation des professions médicales et à l'accès aux études médicales, a conduit à de fortes tensions sur la disponibilité de l'offre médicale. Si les recrutements sont repartis à la hausse à partir des années 2000, ce n'est qu'à compter de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qu'il est mis fin au dispositif du *numérus clausus* au profit d'une programmation quinquennale des recrutements. Le temps de formation des médecins pouvant durer jusqu'à 12 ans, cette réforme n'a cependant pas encore produit ses effets.

Le *numerus clausus* et son assouplissement progressif au début des années 2000 ont par ailleurs conduit à un rajeunissement de la population des médecins, quel que soit leur statut. Dans le même temps, la profession s'est de plus en plus ouverte aux femmes qui sont désormais à parité avec les hommes (50,1 % des médecins en exercice en 2025[2]) et dont la part devrait continuer à croitre compte tenu de la pyramide des âges.

Graphique 1: **Pyramide des âges des médecins en 2024**



Source : Rapport annuel d'évaluation des politiques sociales 2025 – données RPPS retraitées par la Drees.

[1] Dispositif de fixation du nombre annuel de places ouvertes en formation

[2] Source : RPPS retraité par la Drees.

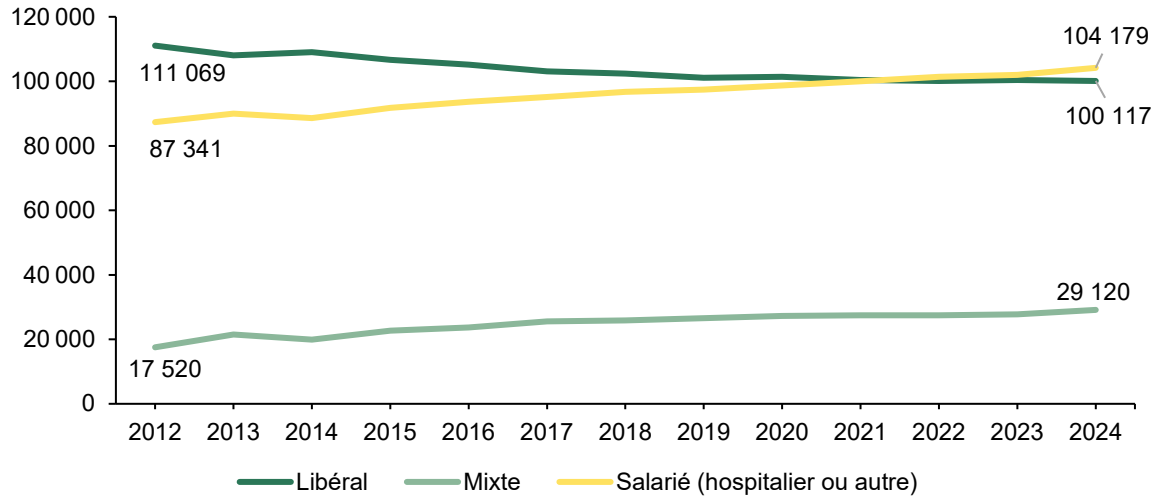
La profession de médecin regroupe **plusieurs types d'exercice,** dont les enjeux en matière de temps de travail médical diffèrent :

- **l'exercice libéral** majoritairement en cabinet mais également dans les établissements de santé privés, qui repose sur les principes de liberté d'installation, de choix des patients, et d'organisation en matière de temps de travail, avec des conventions médicales qui encadrent la tarification des actes et consultations remboursés par la sécurité sociale ;
- **l'exercice salarié au sein des établissements de santé publics** qui est réalisé majoritairement dans le cadre d'un statut réglementaire ;
- **l'exercice salarié au sein d'établissement de santé privés** qui est régi par le code du travail et par des conventions collectives spécifiques[3] ;
- **l'exercice mixte,** qui consiste pour un praticien à exercer selon plusieurs des trois modes d'exercices précédents, et qui implique, pour reconstruire son temps de travail médical, de connaître la ventilation de son activité entre ces trois exercices.

L'analyse de l'évolution des modes d'exercice déclarés par les médecins permet de constater une augmentation de la part de médecins en exercice mixte et une baisse continue du nombre de médecins choisissant l'exercice libéral exclusif. L'exercice salarié augmente également au sein duquel l'hôpital public représente 60,5 % des effectifs en 2025[4].

La mission a choisi de concentrer ses investigations sur les deux modes d'exercice pour lesquels les médecins sont les plus nombreux : l'exercice libéral (partie 2), en incluant l'activité libérale des médecins en exercice mixte, et l'exercice à l'hôpital public (partie 3).

Graphique 2 : Évolution des effectifs de médecins par type d'exercice entre 2012 et 2024



Source : Rapport annuel d'évaluation des politiques sociales 2025 – données RPPS retraitées par la Drees.

[3] En particulier la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

[4] Source : données RPPS retraitées par la Drees.

1.1.2. Le temps de travail médical est devenu un enjeu de santé publique mais aussi un enjeu pour les médecins eux-mêmes

Dans ce contexte d'évolution de la démographie médicale, la question du temps de travail des médecins est un des leviers pour agir sur la ressource médicale avec un triple enjeu.

- **Un enjeu de santé publique**

Avec le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques est en augmentation et le nombre de patients présentant des polypathologies nécessite des prises en charge de plus en plus complexes, sollicitant davantage le temps des praticiens et nécessitant davantage de coordination entre professionnels de santé. 16 % de la population française sera ainsi âgée de 75 ans et plus d'ici 2052 (cette tranche d'âge représente 9 % de la population d'aujourd'hui). 21 % de cette même population cumulent aujourd'hui au moins trois pathologies chroniques[5].

L'accès à un médecin généraliste ou plus encore à un médecin spécialiste est plus ou moins aisé selon les territoires compte tenu de l'inégale répartition géographique des médecins. Alors que le nombre de médecins pour 1 000 habitants est en France égal à celui de la moyenne des pays de l'OCDE avec 3,9 médecins, le degré de satisfaction des Français quant à la disponibilité de soins de qualité est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (60 % alors que la moyenne OCDE est à 64 %) de même que la part des Français qui déclarent des besoins non satisfaits (4,1 % pour une moyenne OCDE de 3,4 %)[6].

En 2023, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes est de 3,3 consultations, visites et téléconsultations par habitant en France et par an. L'accessibilité moyenne des 10 % des habitants les moins dotés en médecins généralistes est de 1,4 consultation, visite et téléconsultation par habitant et par an quand elle est de 5,6 pour les 10 % les mieux dotés, soit 4,1 fois plus[7].

L'évolution du temps de travail des médecins s'inscrit ainsi dans ce cadre d'évolution des besoins de santé avec une perspective de manque de disponibilité médicale sur certains territoires et d'augmentation du temps de coordination avec les autres professionnels de santé, tendances qui sont d'ores et déjà à l'œuvre selon plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission.

- **Un enjeu pour les patients et leur accès aux soins**

Le temps de travail des médecins a une incidence sur les patients dès lors que trois facteurs entrent en ligne de compte du point de vue du patient : le temps pour obtenir une consultation, la personnalisation des soins ainsi que la fluidité de leurs parcours de soins.

L'enquête PaRIS de l'OCDE[8] permet d'évaluer la satisfaction quant aux délais de consultation en France. Alors que près de la moitié des consultations faites avec un médecin généraliste ont eu lieu entre deux et sept jours après la prise de rendez-vous, 87 % des patients considèrent que le délai d'attente pour leur consultation n'a pas été un problème. La quasi-totalité des patients (95 %) trouvent que le médecin a passé assez de temps avec eux lors de leur dernière consultation, lorsqu'elle s'est faite avec un médecin généraliste.[9]

---

[5] Drees, L'état de santé de la population en France, septembre 2022.

[6] Panorama de la santé 2025, OCDE, novembre 2025.

[7] Données Drees sur l'accessibilité potentielle localisée (APL).

[8] OCDE (2025), Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients. Enquête fondée sur les déclarations des patients de plus de 45 ans souffrant de maladies chroniques (107 000 patients suivis dans plus de 1 800 structures de soins primaires situées dans 19 pays).

[9] Les patients de 45 ans ou plus sont globalement satisfaits de leur prise en charge en médecine générale, Denis Geleyn, avec la participation de Coralie Francou, Les Dossiers de la Drees N° 129, mars 2025.

Ces tendances sont confirmées par l'étude produite par la fondation Jean Jaurès sur la base des données de consultation de Doctolib sur la période 2023-2025[10], qui ne portent cependant que sur les rendez-vous honorés. Celle-ci établit que, s'agissant de l'accès aux médecins généralistes, le délai est de 3 jours en moyenne pour obtenir un rendez-vous et 39 % des rendez-vous sont obtenus en moins de 48 heures. Tel n'est pas en revanche le cas pour les autres spécialités étudiées (cardiologues, dermatologues, ophtalmologues, gynécologues et psychiatres) pour lesquels la part des rendez-vous au-delà de 7 jours oscille entre 70 et 82 %. Seules la cardiologie et la dermatologie ont des délais de prise de rendez-vous au-delà de trois semaines.

Ces différentes études invitent à s'interroger sur la question de la disponibilité des médecins, et l'une de ses variables, le temps de travail, dont les impacts sur l'accès aux soins primaires ne semblent pas avérés à ce stade. La question se soulève davantage s'agissant des autres spécialités que la médecine générale pour lesquelles il existe un enjeu de disponibilité médicale, celle-ci s'entendant à la fois en termes de nombre de professionnels disponibles, de présence sur l'ensemble du territoire des différentes spécialités et de rémunération pratiquée[11].

- **Un enjeu de conciliation avec de nouvelles aspirations pour les médecins**

La prise en compte de la charge de travail et de la capacité à articuler temps de travail et vie personnelle ont pris une importance croissante chez les médecins à l'instar des comportements du reste de la population active et ce d'autant que la profession s'est féminisée.

Le Conseil national de l'ordre des médecins a ainsi réalisé en 2019 une enquête[12] auprès d'un échantillon de médecins libéraux installés, internes ou remplaçants. Elle met en lumière que la proximité familiale est le critère le plus souvent cité comme un critère de choix pour s'installer à égalité avec la présence de services publics (61 % et 62 % respectivement). Le temps de travail constitue également un critère important pour certaines catégories de médecins : 82 % des internes et 87 % des remplaçants considèrent la question des horaires et du rythme de travail comme « tout à fait » ou « plutôt » déterminante ; parmi les médecins installés, ce choix est déterminant pour les moins de 40 ans quand il ne l'est pas pour les plus de 55 ans.

Cette tendance doit par conséquent être mieux prise en compte dans l'évaluation des besoins en médecins et les projections relatives à la démographie médicale car il s'agit d'une tendance durable.

1.2. Le temps de travail des médecins, et *a fortiori* le temps médical disponible, constituent un angle mort des bases de données publiques mobilisables pour suivre l'offre de soins des médecins

Les bases de données publiques permettent de documenter les statuts, les revenus et l'activité des médecins mais aucune ne documente directement le temps de travail des médecins. La mission en a réalisé un recensement (cf. annexe I), pour déterminer dans quelle mesure l'utilisation de ces bases de données permettait d'approcher le temps de travail des médecins.

[10] Cartes de France 2026 de l'accès aux soins.

[11] *Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes – Propositions d'indicateurs*, V .Lucas-Gabrielle et *al.*, Rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) n°597, octobre 2025.

[12] Etude sur l'installation des jeunes médecins, Commission des jeunes médecins, Ordre national des médecins, 2019.

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) constitue la source de référence pour recenser les médecins et caractériser leur mode d'exercice. Il permet de dénombrer les médecins inscrits, de distinguer les principales catégories d'exercice et d'identifier les évolutions démographiques de la population médicale. Le RPPS ne mesure toutefois pas l'activité réelle. Ses catégories reposent sur des statuts déclarés, dont la mise à jour est imparfaite et dont la comparabilité avec les bases administratives est limitée. Ainsi, l'appariement avec les données fiscales (cf. *infra*) montre que 69 % des médecins généralistes ayant des revenus mixtes (au titre d'une activité salariée et libérale) restent classés comme libéraux au sens du RPPS.

Les données issues des déclarations sociales nominatives (DSN)[13], couvrent le champ des médecins salariés dans la fonction publique et dans le secteur privé. Elles permettent en principe d'identifier pour tout médecin salarié les contrats, employeurs, quotités de travail, rémunérations et heures rémunérées. En pratique, les DSN sont principalement utilisées à des fins de recouvrement des cotisations sociales, et l'incitation à renseigner précisément les variables de volume d'activité est faible. Elles ne peuvent être mobilisées avec fiabilité pour approcher le temps de travail médical effectif. À titre d'exemple, dans la fonction publique hospitalière, 26 % des valeurs relatives au nombre d'heures des médecins hospitaliers font l'objet d'un redressement, et les heures supplémentaires déclarées ne reflètent pas l'ampleur du temps de travail additionnel observé (cf. 3.3).

L'appariement « Insee-Cnam-DGFIP »[14] rapproche les données d'activité libérale issues de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et les revenus déclarés à l'administration fiscale[15]. Il éclaire les revenus libéraux et salariés, permet d'approcher l'exercice mixte par la présence de revenus de différentes natures et autorise des analyses par spécialité, secteur de conventionnement ou mode d'exercice. Cette source reste toutefois insuffisante pour mesurer le temps de travail des médecins, ou *a fortiori* le temps clinique. Ainsi, elle ne donne pas la nature des revenus salariés, qui peuvent correspondre à une activité médicale, universitaire, administrative ou non médicale. Enfin, les revenus ne constituent qu'une approche imparfaite de la durée de travail. Au titre de l'activité libérale par exemple, ils dépendent des tarifs, des dépassements, du secteur de conventionnement, des charges, de la structure juridique d'exercice et de la nature des actes réalisés.

L'un des enjeux principaux pour déterminer le temps de travail des médecins à l'échelle individuelle et sa conversion en temps médical disponible est la connaissance de la pluralité des activités qu'un médecin peut exercer, au titre de son exercice clinique (libéral, salarié, mixte), mais également au titre d'autres activités consommant du temps de travail mais non clinique (recherche, enseignement, autres activités libérales ou salariées). Or la connaissance des activités des médecins à l'échelle individuelle reste aujourd'hui fragmentée entre les bases relatives à l'exercice salarié et celles décrivant l'activité libérale, ce qui limite la capacité à mesurer correctement l'offre de soins, notamment pour les médecins exerçant sous plusieurs statuts. La constitution d'un répertoire d'appariement reposant sur le RPPS et un code statistique non signifiant permettrait de rapprocher ces sources sans exposer directement l'identité des professionnels, d'éviter les doubles comptes et de reconstituer une vision consolidée des trajectoires et volumes d'activité.

---

[13] Telles que mises à disposition par l'Insee dans la base tous salariés (BTS-Postes) et dans le système d'information sur les agents des services publics (SIASP).

[14] Les données de cet appariement proviennent de l'Insee, de la Cnam et de la DGFiP, mais l'appariement final de ces données ainsi que leur redressement et retraitement sont réalisés par la Drees.

[15] L'Insee jouant un rôle d'intermédiaire statistique sécurisé pour permettre l'appariement entre les fichiers Cnam, dont l'identifiant est le RPPS, et les fichiers de déclarations de revenus, dont l'identifiant est le numéro fiscal (de l'individu et du foyer).

<u>Proposition n° 1</u> : Constituer un répertoire des médecins contenant leur identifiant du répertoire partagé des professionnels de santé et leur *code statistique non signifiant* afin de constituer une base d'appariement entre les données d'exercice salarié et d'activité libérale.

Le système national des données de santé (SNDS)[16], constitue la source la plus riche pour suivre l'activité libérale facturée au titre de la médecine conventionnée. Il permet de reconstituer, à l'échelle des professionnels conventionnés, l'ensemble des actes réalisés ouvrant droit à remboursement, le profil des patients, les honoraires hors dépassements, les aides conventionnelles reçues par les praticiens ainsi que la participation à différentes modalités d'exercice comme la permanence des soins.

Le SNDS ne permet cependant pas de déterminer le temps de travail des praticiens ayant une activité libérale, ni même le temps clinique au titre de l'activité libérale. En effet, l'absence d'horodatage des données d'activité ne permet pas de connaître la durée des actes et consultations réalisées. Une étude, réalisée par le GIE Sésame Vitale à la demande de la mission, conclut à la faisabilité de la récupération des données d'horodatage, sous réserve de la mise à jour de certaines normes de transmission et de développement complémentaires par les éditeurs de logiciel. Une évolution règlementaire complémentaire faciliterait l'adoption partagée du dispositif par les professionnels de santé et les éditeurs de logiciels.

Par ailleurs, parce que les flux de facturation sont souvent émis sous le numéro du médecin remplacé, le SNDS présente des lacunes en matière de suivi de l'activité des remplaçants qui conduisent à surestimer l'activité du médecin remplacé et à sous-estimer celle du remplaçant. Cette limite est d'autant plus significative que le nombre de médecins généralistes déclarés remplaçants ou en activité non renseignée dans le RPPS a doublé entre 2012 et 2025, de 6 709 à 13 581, et que celui des spécialistes déclarés remplaçants ou en activité non renseignée a triplé, de 3 361 à 10 604. La facilitation de l'ouverture des sessions de remplacement, en permettant notamment le lancement de celles-ci sans nécessiter l'insertion des deux cartes des professionnels concernés simultanément, permettraient de mieux connaître l'activité réelle des remplaçants.

<u>Proposition n° 2</u> : Mettre en place un horodatage des données de facturation carte Vitale.

<u>Proposition n° 3</u> : Mettre en place un dispositif de suivi de l'activité des remplaçants via les données de facturation carte Vitale.

Les bases de données disponibles concernant l'hôpital public permettent de suivre des masses de dépenses, des effectifs et des indicateurs agrégés, mais pas le temps médical individuel. La plateforme Diamant permet de croiser les données comptables, d'activité et d'effectifs des établissements publics de santé. La mission a ainsi pu exploiter des données sur la période 2015-2024. Toutefois, les données financières et d'effectifs sont disponibles au niveau de l'établissement, mais pas à l'échelle du service, qui constitue l'échelon d'organisation du temps de travail. Cette différence ne permet pas d'analyser correctement l'activité et les dépenses liées à la consommation de temps de travail (gardes et astreintes, intérim, temps de travail additionnel). L'enrichissement des données recueillies dans le cadre de l'exercice de statistiques annuelles des établissements de santé[17] permettraient ainsi de mieux suivre le temps de travail des médecins à l'hôpital et de renforcer les capacités d'évaluation des acteurs publics.

[16] En particulier le « *datamart* de consommation inter-régime » (DCIR). Le terme « *datamart* » peut se traduire par « magasin de données », formant l'une des briques de l'entrepôt de données que représente le SNDS.

[17] Incluant notamment des données relatives à l'organisation médicale (services et effectifs par service) aux modalités d'organisation du temps de travail (organisation en demi-journée ou en temps continu, volume de temps de travail additionnel, de gardes et d'astreintes, d'intérim, etc.).

Par ailleurs, le rapport social unique (RSU) des établissements contient des indicateurs couvrant un champ étendu des ressources humaines hospitalières, incluant des indicateurs relatifs à l'organisation et au temps de travail des personnels médicaux[18]. Les RSU sont toutefois élaborés à partir des données des établissements, dont la fiabilité peut être interrogée et les taux de réponse des établissements restent insuffisants pour en faire un outil de pilotage robuste.

<u>Proposition n° 4</u> : Enrichir l'exercice de statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) avec des données relatives à l'organisation hospitalière et à l'organisation du temps de travail allant jusqu'au niveau du service.

Ainsi, les bases de données disponibles permettent de documenter plusieurs dimensions du travail médical mais aucune ne permet de mesurer, à l'échelle individuelle, le temps de travail consolidé d'un médecin, tous modes d'exercice confondus. Il en résulte un angle mort pour le pilotage de l'offre de soins, qui ne permet pas aujourd'hui de connaître le temps médical effectivement disponible, par spécialité, par territoire et par mode d'exercice.

1.3. Le suivi du temps de travail des médecins repose à ce jour sur des enquêtes déclaratives, qui constatent sa diminution depuis 20 ans mais ne permettent pas d'étudier les évolutions du temps clinique

Le suivi du temps de travail des médecins repose aujourd'hui principalement sur des enquêtes déclaratives. Le panel des médecins généralistes de la Drees (panel généralistes)[19] et l'enquête Emploi en continu[20] de l'Insee constituent ainsi les deux principales sources permettant d'approcher directement, en heures déclarées, l'évolution du temps de travail des médecins. Ces sources présentent l'intérêt d'offrir une mesure homogène dans le temps, mais elles restent dépendantes de la qualité des déclarations, de la taille des échantillons et du champ couvert.

Ces enquêtes convergent sur un constat de baisse du temps de travail déclaré, mais les durées de travail déclarées diffèrent selon les sources.

Pour les médecins généralistes libéraux, les trois dernières éditions du panel de la Drees montrent une diminution de 10 % de la durée de travail hebdomadaire déclarée entre 2011 et 2022, de 57 heures par semaine en 2011 à 51 heures en 2022, avec une baisse de 4 heures entre 2018 et 2022. Par ailleurs, le volume moyen de congés déclaré est passé de 5,3 semaines en 2011 à 5,7 semaines en 2018[21], soit une hausse de 7 %, et la durée de la consultation est restée stable autour de 18 minutes.

[18] Concernant par exemple le compte épargne-temps, le temps de travail additionnel, et l'absentéisme.

[19] Enquête pluriannuelle menée auprès de médecins généralistes libéraux pour documenter leurs pratiques, leurs conditions d'exercice et notamment leur organisation et leur temps de travail.

[20] Enquête trimestrielle collectée en continu auprès des ménages, au sein desquels figurent des médecins, qui constitue la source de référence pour mesurer l'emploi, le chômage et l'activité.

[21] La donnée n'est pas disponible pour l'année 2022.

L'enquête Emploi de l'Insee[22] confirme cette tendance sur un champ plus large, incluant les médecins libéraux généralistes, les médecins libéraux spécialistes, les médecins salariés hospitaliers, les médecins salariés non hospitaliers et les internes. Selon des travaux en cours d'exploitation par la Drees, la durée hebdomadaire effective[23] déclarée a diminué depuis vingt ans de 16 % pour les médecins libéraux généralistes et de 11 % pour les médecins libéraux spécialistes. Pour l'ensemble des catégories de médecins (sauf les salariés hors hôpital), la durée hebdomadaire effective déclarée est de 37,5 heures par semaine.

Les enquêtes déclaratives mettent également en évidence une convergence progressive des écarts de temps de travail déclaré entre hommes et femmes. Le panel des médecins généralistes montre qu'en 2018 les femmes déclaraient encore travailler moins que les hommes à toutes les classes d'âge, avec un écart plus élevé chez les moins de 50 ans que chez les médecins plus âgés. L'enquête Emploi confirme que les femmes médecins déclarent une durée hebdomadaire effective inférieure à celle des hommes, avec des écarts variables selon les catégories et plus marqués chez les spécialistes libéraux. Toutefois, une fois neutralisées les évolutions de structure démographique, la baisse statistiquement significative observée sur les vingt dernières années concerne principalement les médecins libéraux hommes, ce qui contribue mécaniquement à réduire les écarts de durée déclarée entre hommes et femmes.

Ces enquêtes ne permettent cependant pas de suivre l'évolution du temps médical disponible. Au-delà des moyens et du temps que nécessitent la collecte et l'exploitation des données, la méthodologie de ces enquêtes ne permet pas aujourd'hui d'étudier certains aspects déterminants pour le temps de travail des médecins. En particulier, le panel des médecins généralistes reste limité aux médecins généralistes libéraux installés et exclut, outre les autres spécialités, notamment les remplaçants, les salariés de centres de santé et les médecins en exercice mixte à prédominance salariée. Par ailleurs, l'impact de la spécialité sur les modalités d'exercice et la taille limitée des effectifs au sein de chaque spécialité ne permet pas d'étendre à l'ensemble des spécialités la méthodologie du panel. L'enquête Emploi couvre un champ plus large mais sa méthode d'échantillonnage ne permet pas d'analyser finement les spécialités, les modes d'exercice ou les organisations territoriales.

<u>Proposition n° 5</u> : Recalibrer le panel des médecins généralistes de la Drees pour l'ouvrir à l'ensemble des modes d'exercice de la médecine générale, incluant notamment les remplaçants.

La mission a exploré d'autres pistes pour documenter les évolutions du temps de travail des médecins, en concentrant ses investigations sur l'activité libérale pour la médecine de ville, et sur le suivi du temps de travail médical à l'hôpital public.

[22] Restreinte aux médecins inclus dans l'échantillon de répondants.

[23] La durée hebdomadaire effective tient compte du volume de congés pris sur une année.

2. La réduction des jours d'exercice libéral révèle une recomposition de l'offre de soins qui justifie d'évaluer davantage les dispositifs d'optimisation du temps médical

2.1. Le nombre de jours d'exercice libéral a diminué de 3 % à 8 % selon les spécialités entre 2021 et 2025

Pour documenter l'évolution du temps d'activité libérale, la mission a exploité les données de remboursement du SNDS entre 2021 et 2025 pour les médecins généralistes et huit autres spécialités présentant des situations contrastées en termes de mode d'exercice, de structure d'activité et d'enjeux d'accès aux soins : anesthésie-réanimation, cardiologie, chirurgie, dermatologie, gynécologie[24], ophtalmologie, pédiatrie et psychiatrie. Ces données permettent de mesurer, à défaut d'une durée horaire directement disponible, le nombre de jours d'exercice libéral et différents indicateurs d'activité[25].

Le nombre de jours d'exercice libéral a été retenu comme le meilleur indicateur disponible du temps d'activité libérale médicale conventionnée, tout en étant à interpréter avec prudence puisqu'il ne renseigne ni sur la durée effective des journées ou des consultations, ni sur le temps consacré aux tâches non facturées. Ces données ont été complétées par un questionnaire adressé aux médecins libéraux des spécialités étudiées afin de recueillir des éléments déclaratifs sur leur organisation du travail, leur perception de l'évolution de leur temps d'activité, le poids des tâches administratives, et les appuis dont ils disposent pour optimiser leur temps. Cette double approche permet de croiser une mesure objectivée et exhaustive de l'activité facturée avec des informations qualitatives et déclaratives sur les conditions concrètes d'exercice, tout en tenant compte des limites propres à chaque source.

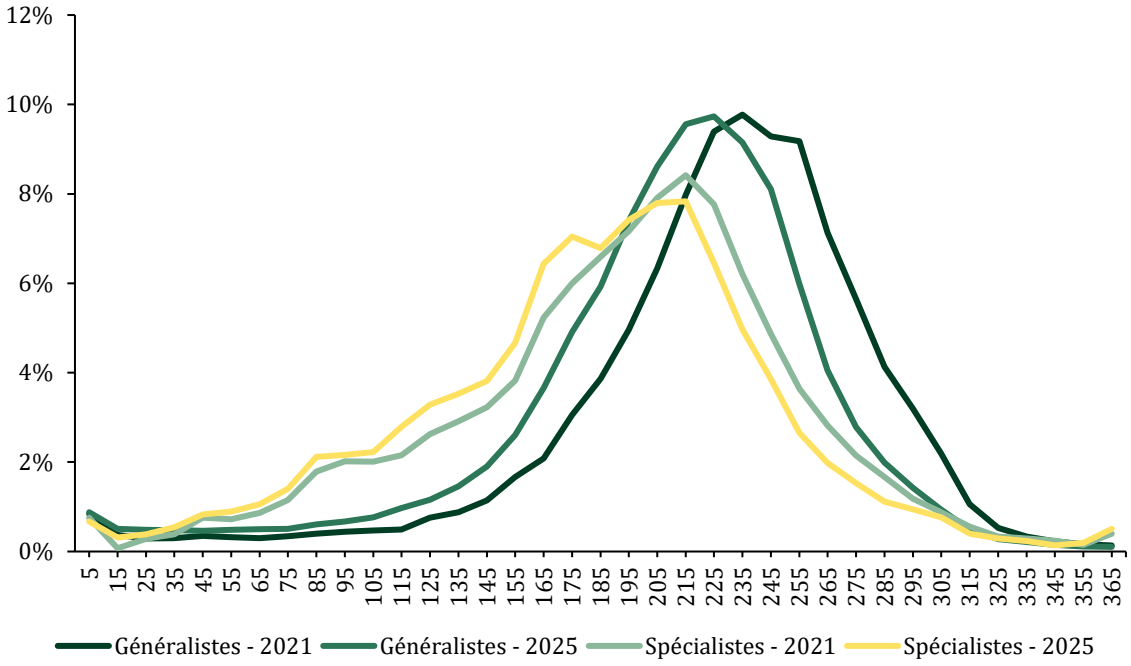
Entre 2021 et 2025, le nombre de jours d'exercice libéral diminue dans l'ensemble des spécialités étudiées. La baisse est particulièrement marquée pour les médecins généralistes et les pédiatres, pour lesquels elle atteint environ 8 %. Elle est plus modérée, mais généralisée, pour les autres spécialités : de l'ordre de 3 % à 5 % selon les cas. En 2025, les médecins généralistes exercent en moyenne 205 jours en libéral (contre 222 en 2021), soit environ 4,4 jours par semaine[26], tandis que les spécialistes du champ étudié exercent en moyenne 184 jours (contre 191 en 2021), soit environ 3,9 jours par semaine. Par ailleurs, la part des praticiens exerçant en 2025 quatre jours par semaine ou moins atteint 29 % chez les généralistes et 51 % chez les spécialistes, contre respectivement 18 % et 43 % en 2021. Compte-tenu de l'absence de prise en compte exhaustive de l'activité exercée par les remplaçants (cf. *supra*), ces valeurs représentent un majorant du nombre réel de jours d'exercice libéral.

[24] Les données ne permettent pas d'examiner spécifiquement les deux spécialités de gynécologie. Cette catégorie regroupe donc la gynécologie médicale et la gynécologie obstétrique.

[25] Les données d'activité libérale comprennent l'ensemble des modes d'exercice soit l'exercice libéral exclusif mais également les activités libérales des médecins salariés publics ou privés.

[26] Cette estimation repose sur une convention de conversion des jours d'exercice libéral annuels en jours hebdomadaires : en retenant cinq semaines de congés annuels, quatre jours d'exercice libéral par semaine correspondent à environ 188 JEL par an, arrondis dans l'analyse au seuil de 190 JEL, et cinq jours par semaine à 235 jours.

Graphique 3 : Évolution de la distribution de la répartition du nombre de jours d'exercice libéral pour les médecins généralistes et les médecins de huit spécialités, entre 2021 et 2025



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

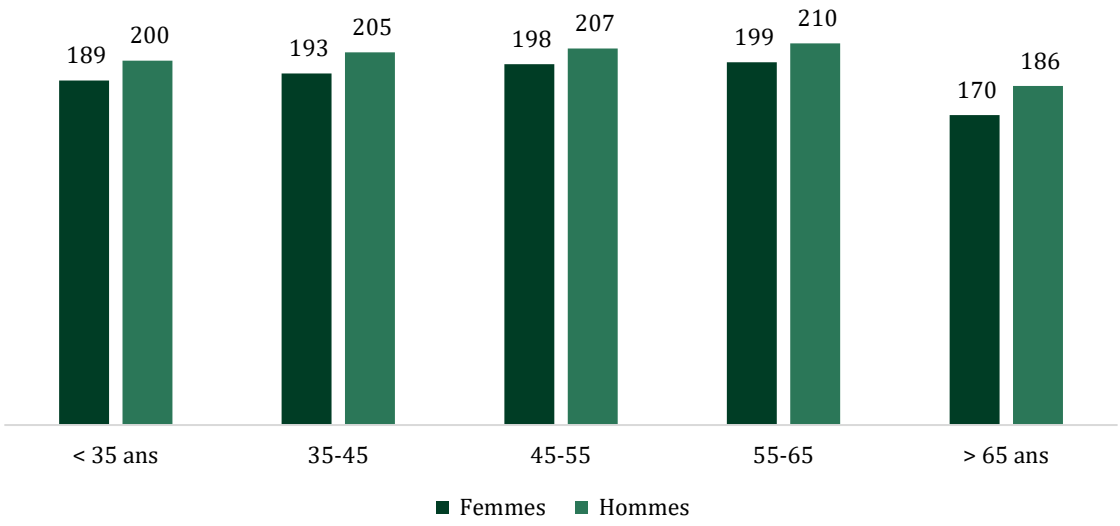
L'activité libérale se concentre sur le début de semaine, avec une réduction plus nette de l'exercice en fin de semaine. Les jours de la semaine les plus travaillés au titre de l'activité libérale sont ainsi le mardi (40,6 mardis exercés en moyenne par an pour les généralistes, 37,4 pour les spécialistes) et le lundi (respectivement 39,5 et 35,6), tandis que les moins exercés sont le jeudi pour les généralistes (35,4), le vendredi pour les spécialistes (31,3) et les jours de week-end. Par ailleurs, la diminution du nombre de vendredi et de samedi travaillés au titre de l'activité libérale représente la moitié de la baisse totale constatée entre 2021 et 2025.

L'âge constitue un premier facteur discriminant. Le nombre de jours d'exercice libéral atteint son niveau le plus élevé entre 55 et 65 ans, avant de diminuer après 65 ans. Cette dynamique, qui s'observe également dans les enquêtes déclaratives traduit les effets de cycle de carrière, avec une montée en charge progressive après l'installation, puis une réduction de l'activité en fin de carrière. Elle revêt une importance particulière pour apprécier l'offre médicale dans les spécialités pour lesquelles les effectifs sont composés d'une part significative de médecins plus âgés.

Le genre demeure également un facteur explicatif important, même si les écarts entre hommes et femmes se réduisent. Les femmes exercent en moyenne moins de jours en activité libérale que les hommes, de l'ordre de 11,5 jours par an en 2025 (cf. graphique 4), l'écart étant présent pour toutes les classes d'âge et non seulement pour les médecins plus jeunes. Cet écart a toutefois diminué depuis 2021 (il était alors de 14,0 jours) ce qui montre une convergence progressive des comportements d'activité entre hommes et femmes, en cohérence avec les enquêtes déclaratives sur la durée du travail.

Enfin, faute d'une profondeur temporelle suffisante pour les données dont elle disposait, la mission n'a toutefois pas pu étudier le lien de l'évolution du nombre de jours d'exercice libéral avec un éventuel effet générationnel.

Graphique 4 : Nombre moyen de jours d'exercice libéral en 2025 pour les médecins généralistes et les médecins des spécialités étudiées



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR. Précision méthodologique : Les valeurs indiquées représentent le nombre de jours moyen d'exercice libéral des médecins pondérée par la taille des effectifs au sein de chaque sexe, classe d'âge et spécialité étudiée.

Le lien entre le degré d'accessibilité des soins sur le territoire et le nombre de jours d'exercice libéral dépend de la spécialité. Il n'est en particulier pas linéaire pour les médecins généralistes, les psychiatres et les pédiatres, pour lesquels cette relation prend plutôt la forme d'une courbe en cloche : le nombre de jours d'exercice libéral croît globalement avec l'accessibilité, mais diminue pour les territoires les plus accessibles. Ce constat invite à ne pas assimiler mécaniquement faible accessibilité médicale et activité individuelle plus élevée des médecins présents, l'organisation locale de l'offre de soins et la structure de la demande pouvant jouer un rôle déterminant.

Enfin pour les spécialistes, le secteur de conventionnement joue également un rôle. En moyenne, pour six des sept spécialités médicales étudiées, les médecins spécialistes de secteur 2 (praticiens conventionnés avec honoraires libres) exercent 7,1 jours de plus que ceux de secteur 1, cet écart ayant augmenté depuis 2021. Cette moyenne masque toutefois de fortes différences selon les spécialités : l'écart est plus marqué en anesthésie-réanimation, en ophtalmologie et en gynécologie, plus limité en pédiatrie, en psychiatrie et en dermatologie. La cardiologie constitue une exception, les praticiens de secteur 1 y exerçant 3 jours de plus que ceux de secteur 2. Le lien entre conventionnement et nombre de jours d'activité invite à de plus amples analyses qui pourraient notamment tenir compte de la structure des actes, du poids des dépassements d'honoraires et des caractéristiques propres à chaque spécialité, ainsi que de l'existence d'un éventuel effet revenu.

2.2. La baisse des jours d'exercice libéral ne réduit pas mécaniquement l'offre de soins, mais révèle une intensification et une polarisation de l'activité libérale

La baisse du nombre de jours d'exercice libéral entre 2021 et 2025 ne s'est pas accompagnée d'une baisse équivalente de l'activité à l'échelle individuelle. Pour les médecins généralistes, le nombre de contacts[27] diminue de 6 %, le nombre d'actes[28] diminue de 5 % et la file active[29] augmente de 2 % tandis que le nombre de jours d'exercice libéral (JEL) diminue de 8 %. Des évolutions similaires s'observent pour les spécialités considérées. En pédiatrie par exemple, le nombre de jours d'exercice baisse de 8 %, mais le nombre de contacts ne recule que de 6 % et le nombre d'actes de 5 %. Dans plusieurs autres spécialités, l'activité augmente malgré la diminution du nombre de jours exercés : le nombre de contacts progressent ainsi en cardiologie (9 %), en ophtalmologie (8 %), en chirurgie (6 %), en anesthésie-réanimation (2 %) et en dermatologie (1 %).

Cette divergence entre l'évolution du nombre de jours exercés et celle de l'activité est permise notamment par une intensification de l'activité par jour d'exercice. Le nombre de contacts par jour progresse pour l'ensemble des spécialités considérés : il augmente de 20,3 à 20,9 patients vus par jour d'exercice pour les médecins généralistes par exemple, de 16,1 à 16,4 pour les pédiatres, de 30,3 à 34,2 pour les ophtalmologues, ou encore de 13,0 à 14,6 pour les cardiologues.

L'évolution du nombre de jours d'exercice libéral ne suffit donc pas à mesurer l'évolution de l'offre de soins. Une partie de la baisse est ainsi absorbée par une activité plus importante les jours exercés. **Il n'est pas possible à partir des données de remboursement d'inférer si cette intensification s'est faite au prix d'une diminution de la durée des consultations ou d'un allongement du volume horaire de la journée d'exercice**.

Tableau 1 : Variation des indicateurs d'activité par spécialité entre 2021 et 2025

Spécialité	Jours d'exercice libéral (JEL)	Contacts	Actes	File active	Honoraires	Contacts/JEL
Anesthésie-réanimation	-5 %	2 %	6 %	4 %	7 %	+1,1
Cardiologie	-3 %	9 %	8 %	10 %	11 %	+1,6
Chirurgie	-4 %	6 %	7 %	10 %	15 %	+1,2
Dermatologie	-5 %	1 %	-4 %	3 %	19 %	+1,2
Gynécologie	-4 %	-4 %	-3 %	-2 %	9 %	+0,1
Médecine générale	-8 %	-6 %	-5 %	2 %	13 %	+0,6
Ophtalmologie	-4 %	8 %	14 %	7 %	22 %	+3,9
Pédiatrie	-8 %	-6 %	-5 %	-4 %	27 %	+0,3
Psychiatrie	-5 %	-1 %	-1 %	11 %	21 %	+0,6

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

[27] Le nombre de contacts correspond au nombre de patients vus par le médecin au cours de l'année, un même patient pouvant être comptabilisé plusieurs fois s'il est vu à plusieurs dates distinctes.

[28] Le nombre d'actes correspond au nombre total d'actes facturés par le médecin dans le SNDS, qu'il s'agisse de consultations, de visites ou d'actes techniques.

[29] La file active correspond au nombre de patients distincts pris en charge par le médecin au moins une fois au cours de l'année.

L'analyse par regroupement statistique (*clustering*) des données de remboursement au titre de l'année 2025[30] conduite par la mission permet par ailleurs de dégager au sein de chaque spécialité trois groupes dont les évolutions comparées du nombre de jours d'exercice libéral et de l'activité diffèrent (cf. Graphique 5) :

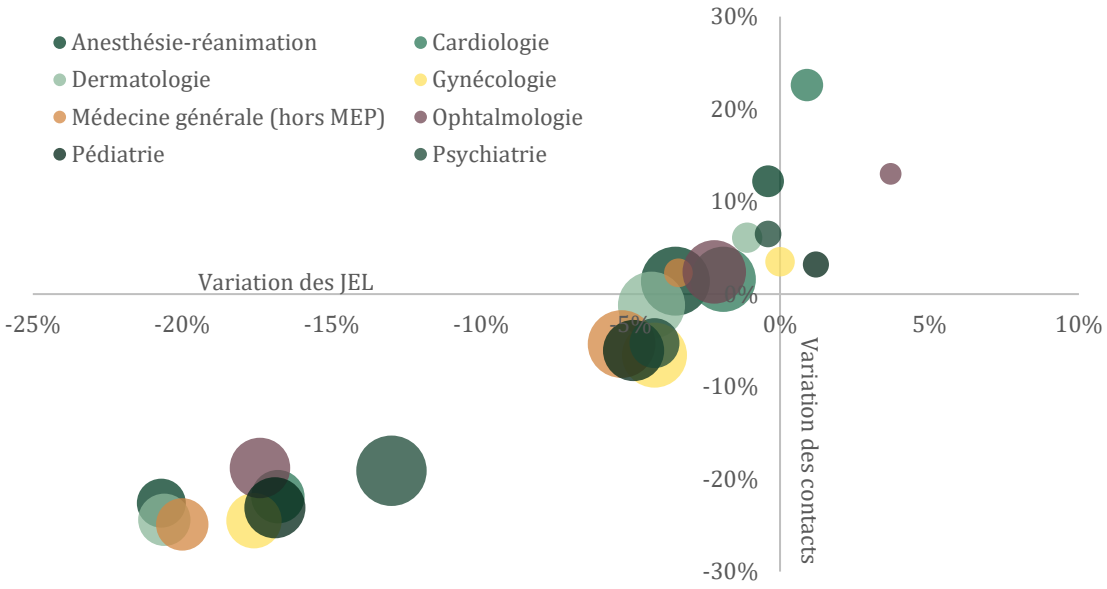
- un premier groupe correspond à des praticiens à niveau d'activité intermédiaire, dont le nombre de jours d'exercice baisse peu et dont l'activité reste globalement stable ;
- un deuxième groupe qui représente, selon les spécialités de 30 % à 60 % des effectifs, correspond à des praticiens ayant significativement diminué leur activité entre 2021 et 2025 ;
- un troisième groupe, qui représente de 6 % à 13 % des effectifs selon les spécialités, regroupe des praticiens dont les niveaux d'activité sont plus élevés du fait d'un maintien ou d'une hausse depuis 2021 et présentant une relative stabilité du nombre de jours d'exercice libéral.

Ces résultats montrent que la baisse moyenne du nombre de jours d'exercice libéral masque des trajectoires contrastées : contraction progressive de l'activité pour une partie importante des médecins, maintien d'une activité intermédiaire pour la majorité, et forte contribution d'un petit nombre de praticiens à l'offre de soins. Certains profils ressortent particulièrement. En ophtalmologie par exemple, le groupe de forte contribution représente environ 6 % des praticiens, mais concentre des niveaux d'activité très élevés, avec plus de 70 contacts par jour d'exercice en moyenne, possiblement en lien avec des organisations intégrant davantage la délégation à des orthoptistes. À l'inverse, la psychiatrie se distingue par le poids du groupe dont l'activité a diminué, qui représente 60 % des effectifs, avec des praticiens plus âgés, plus féminisés et plus souvent en exercice mixte.

Cette approche, qui gagnerait à être élargie dans son périmètre et approfondie au sein de chaque spécialité, pourrait constituer la base d'un dispositif de suivi facilement mobilisable pour suivre les évolutions de l'activité libérale et évaluer l'effet de la mise en place de mesure de réorganisation des soins (délégations de tâches, assistants médicaux etc.).

[30] Méthodologie détaillée à l'annexe IV.

Graphique 5 : Segmentation des spécialités en trois groupes sur la base des données de remboursement 2025



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR. Note de lecture : La taille des bulles est proportionnelle à la part de professionnels qu'elles représentent au sein de la spécialité. Les variations du nombre de contacts et du nombre de jours d'exercice libéral (JEL) correspondent aux variations entre 2021 et 2025.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête conduite par la mission auprès des médecins libéraux de sept spécialités[31]médicales montrent un écart entre les perceptions des évolutions de leur temps de travail par les médecins spécialistes libéraux qui y ont répondu et les évolutions du temps de travail dérivées des données d'activité. Interrogés sur la perception qu'ils avaient sur l'évolution de leurs temps de travail depuis les cinq dernières années, 35 % d'entre eux ont effet répondu que leur temps de travail était plus élevé et 40 % à peu près identique, aucune différence significative n'apparaissant entre les femmes et les hommes. Seuls les plus de 65 ans ont majoritairement estimé que leur temps de travail avait baissé (50 % d'entre eux).

Les résultats de l'enquête rejoignent les analyses du SNDS en ce qui concerne le nombre de jours consacrés à l'activité libérale. Les médecins déclarent en effet exercer une activité libérale en moyenne 4,5 jours par semaine, les femmes déclarant dans leur plus grand nombre exercer 4 jours par semaine, les hommes 5 jours.

S'agissant des cycles de travail hebdomadaires, toute activités comprises, là aussi, la différence entre femmes et hommes est marquée. Les médecins spécialistes ont déclaré un cycle de travail lors d'une semaine normale en moyenne de 46 à 50h, les cycles hebdomadaires des femmes sont néanmoins moins élevés proportionnellement que ceux des hommes. Le plus grand nombre d'entre elles a en effet un cycle de 46 à 50h et les effectifs se concentrent sur des durées hebdomadaires allant de 46 à 60h lorsque les effectifs des hommes se concentre sur les cycles de 56 à 65 heures hebdomadaires.

Enfin, 48 % des médecins ont déclarés qu'ils souhaitaient réduire leur temps de travail dans les prochaines années et 41 % qu'ils souhaitaient maintenir leur rythme actuel. L'effet de l'âge sur les perspectives envisagées est très sensible, la volonté de réduire leur temps de travail s'accroissant avec la tranche d'âge. Plus de 20 % des médecins de moins de 35 ans déclarent néanmoins vouloir réduire leur temps de travail. La proportion d'hommes souhaitant réduire leur temps de travail (56 %) est par ailleurs plus élevée que celle des femmes (46 %).

[31] Anesthésie-réanimation, cardiologie, gynécologie, dermatologie, ophtalmologie, pédiatrie, et psychiatrie.

In fine, l'évolution du nombre de jours d'exercice libéral, en lien avec les transitions démographiques de la profession de médecin, et celle de l'activité par spécialité ainsi que l'expression des médecins eux-mêmes montrent que le temps de travail médical connait une réduction durable. **En conséquence, les projections démographiques comme la définition des volumes de médecins à former ne peuvent plus être calibrés à partir des seuls effectifs physiques** : à spécialité donnée, l'offre médicale disponible dépend aussi de l'activité effectivement réalisée.

Proposition n° 6 : Intégrer les évolutions du temps de travail et de l'activité libérale des médecins dans la définition des objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former.

Par ailleurs, l'évolution comparée des honoraires et des indicateurs d'activité met en évidence une divergence entre rémunération, volume d'activité individuelle et nombre de jours d'exercice libéral sur la période 2021-2025. Pour l'ensemble des spécialités considérées, y compris pour celles dont l'activité recule ou stagne, le volume d'honoraires[32] a augmenté sur la période, de 7 % en anesthésie-réanimation jusqu'à 27 % pour la pédiatrie. Plusieurs phénomènes, que la mission n'a pas pu explorer, peuvent contribuer à expliquer cette divergence d'évolution, comme les revalorisations tarifaires ou une évolution de la composition du panier d'actes réalisés, qu'elle provienne d'une évolution de la demande de soins ou d'une évolution des pratiques des professionnels. En particulier, la Classification commune des actes médicaux (CCAM)[33] qui fixe la rémunération des actes techniques soulève la question de la prise en compte du temps de travail dans la tarification des actes. Dans le contexte de sa prochaine révision, la réalisation d'une mission dédiée à la rémunération des médecins permettrait d'objectiver le lien entre tarification, durée effective des actes, complexité médicale, contraintes d'organisation et comportements d'activité, dans l'objectif d'assurer que la rémunération incite effectivement à produire du temps médical utile, accessible et orienté vers les besoins de santé.

Proposition n° 7 : Lancer une mission sur la rémunération des médecins en ville, au regard notamment de la révision de la CCAM et des évolutions du temps de travail.

2.3. L'évaluation des dispositifs visant à optimiser le temps médical et le développement du recours aux outils numériques socles sont indispensables pour s'assurer de leurs effets réels et des conditions de leur efficacité

2.3.1. Des modalités d'exercice de plus en plus collective dont les effets sur le temps de travail médical restent à objectiver

Les modalités d'exercice des médecins libéraux s'orientent progressivement vers un exercice par nature plus collectif, avec un poids croissant du salariat et, pour les médecins libéraux, un exercice en cabinet seul qui diminue au profit de regroupements. 11 % des médecins libéraux avaient ainsi en 2024 une activité à l'hôpital, essentiellement dans les hôpitaux privés lucratifs alors qu'ils n'étaient que 7,2 % à avoir ce type d'activité en 2012[34]. La pratique en cabinet regroupant plusieurs médecins est quant à elle devenue majoritaire en 2024 avec 51,0 % des médecins libéraux y aillant recours en 2024 (46,3 % en 2012).

[32] Les honoraires correspondent aux montants facturés et remboursables par l'assurance maladie au titre de l'activité libérale observée dans le SNDS, hors dépassements, majorations et compléments.

[33] La CCAM est la nomenclature qui décrit, code et tarifie les actes techniques réalisés par les professionnels de santé pour permettre leur facturation et leur remboursement par l'assurance maladie.

[34] Données issues du RPPS retraité par la Drees.

Comme l'ont souligné la plupart des médecins libéraux rencontrés par la mission, les regroupements entre professionnels de santé et plus particulièrement entre médecins sont en effet un des leviers de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, sans que cette conciliation n'en constitue l'objectif principal. Ils permettent théoriquement de mutualiser des assistants et secrétaires mais également de faciliter la prise de jours en dehors du cabinet qu'il s'agisse d'une activité à temps partiel ou tout simplement de la prise de congés.

Le développement de l'exercice coordonné entre professionnels de santé pour les soins de premier recours, objectif central des politiques de réorganisation de l'offre de soins depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009[35], de même que les dispositifs de partage ou délégations de tâches, peuvent théoriquement emporter des conséquences sur le temps de travail des médecins.

Leur impact sur le temps médical est à ce stade insuffisamment évalué. La plupart de ces dispositifs sont évalués sous l'angle de leur déploiement, de leur usage, de leurs effets sur la qualité des soins et des pratiques, parfois de leur effet sur l'activité, mais pas sur celui du temps médical. Or un même dispositif peut produire des effets différents selon les contextes : il peut réduire certaines tâches répétitives, mais créer en parallèle de nouvelles obligations de coordination, de paramétrage, d'alimentation ou de suivi.

Encadré 1 : Evaluation du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical

Le dispositif des assistants médicaux illustre les difficultés à déterminer l'impact du dispositif sur le temps médical en l'absence d'évaluation approfondie.

Le dispositif permet aux médecins libéraux éligibles de bénéficier d'une aide conventionnelle de l'Assurance maladie pour financer tout ou partie du salaire d'un assistant médical, dont l'activité est reconnue à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique. Il vise à décharger les médecins de certaines tâches administratives ou médico-administratives et à accroître leur capacité de prise en charge. Il est ouvert aux médecins généralistes et aux médecins de certaines spécialités sous conditions d'éligibilité tenant notamment au secteur de conventionnement et au niveau de patientèle.

L'analyse des données de remboursement permet de constater que les groupes de médecins les plus contributifs à l'offre de soins sont plus fréquemment bénéficiaires de cette aide. Pour autant, ces constats ne permettent pas de déterminer si l'assistant médical libère effectivement du temps pour le médecin, accroît le nombre de patients vus, transforme l'organisation de la consultation, ou accompagne des cabinets déjà plus structurés et plus actifs. Une étude de 2024 menée par la Cnam[36] concluait à une hausse de la patientèle et du nombre d'actes par jour d'exercice des médecins généralistes bénéficiant du dispositif, mais soulignait que les médecins bénéficiaires avaient généralement, avant recours au dispositif, une taille de patientèle médecin traitant supérieure à la médiane.

Par ailleurs l'impact du dispositif sur les spécialistes est encore moins documenté, alors même que les besoins et les modalités de délégation varient fortement selon les spécialités. Les analyses menées par la mission (cf. supra) sur la base des données de remboursement, permettent de constater un recours plus important au dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical pour les groupes de médecins dont l'activité s'est intensifiée entre 2021 et 2025. Une évaluation plus formelle du dispositif et de son lien avec le temps médical éventuellement libéré reste toutefois nécessaire.

Source : Mission.

[35] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[36] Points de repères n° 55, *Le dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux,* Cnam, 2024.

À titre d'exception, la Drees, dans le cadre de l'exploitation des données recueillies dans le cadre du panel généralistes, a conduit une évaluation en 2022 concernant l'impact sur le temps de travail des médecins généralistes de certaines modalités d'exercice regroupé[37].

S'agissant du dispositif des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens exerçant dans un cadre libéral, il peut conduire, au-delà de l'amélioration de la qualité des soins, à des temps importants de coordination et d'animation afin de ne pas verser dans une logique hiérarchique qui nuit au principe même de la pratique pluriprofessionnelle[38]. Néanmoins, les médecins ont au sein des MSP une nouvelle relation au temps de travail dès lors qu'ils peuvent davantage le réguler sans que leur absence n'ait de conséquences sur leurs patients[39]. Par ailleurs, l'évaluation de la Drees, au titre des médecins généralistes, permet de constater que l'effet d'un exercice en groupe pluriprofessionnel, ce qui inclut les MSP, sur le temps de travail déclaré des médecins généralistes n'est pas significatif[40], contrairement à l'exercice mono-disciplinaire (avec d'autres généralistes) qui est associé à une réduction de 3,25 heures par semaine de la durée de travail.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui ont été créées par l'article 65 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sont issues de l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes, et permettent notamment de définir des parcours de soins entre différents professionnels de santé. S'agissant des seuls médecins généralistes, l'évaluation menée par la Drees en 2022 sur l'exercice regroupé à partir de données du panel des médecins généralistes montre que l'engagement du médecin dans une CPTS ou une équipe de soins primaires (ESP) est associé, toutes choses égales par ailleurs, à une durée hebdomadaire déclarée plus élevée de 2,3 heures, sans effet significatif sur les congés ou la durée moyenne de consultation. Aucune évaluation n'a en revanche été réalisée s'agissant des médecins spécialistes qui sont pleinement impliqués dans les CPTS.

Les centres de santé (CDS) n'ont pas fait l'objet d'évaluation sous l'angle du temps de travail des médecins généralistes. Ils ont toutefois fait l'objet d'une évaluation en termes de productivité, qui a constaté que, bien qu'ils permettent, dans un cadre salarié un exercice monoprofessionnel ou pluriprofessionnel ne permettent ainsi pas de gains de productivité. Si l'objectif d'enrichissement de l'offre de soins de premier recours est atteint, les CDS exerçant, comme le soulignait un rapport de l'IGAS[41], dans des zones sous-denses et plus fréquemment à destination des publics défavorisés, l'objectif d'optimisation du temps médical n'est pas atteint avec en 2022, un ratio médian de file active de médecin généraliste par ETP annuel s'établissant à 1 481 patients alors que chez les médecins généralistes libéraux il était de 1 556 la même année.

---

[37] Myriam Biais, Matthieu Cassou et Carine Franc, *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe*, Drees, Etudes et résultats n°229, 2022.

[38] Cécile Fournier, *L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles*, in Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques, Irdes, juin 2022.

[39] G. Fernandez et *al.*, *Les relations aux patients dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Des reconfigurations entre autonomisation, coordination et cadrage in Pratiques de coopération en santé*. Regards sociologiques, Irdes, juin 2022.

[40] Une fois contrôlés différentes variables comme le sexe, l'âge, le nombre d'enfants à charge, le territoire de vie et l'engagement dans une communauté professionnelle territoriale de santé ou une équipe de soins primaires égal.

[41] IGAS (mars 2024), *Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels*, rapport n°2023-034R.

Les partages de compétences entre professionnels de santé pourraient constituer également un levier en matière de libération de temps médical, mais leurs effets restent également à confirmer. Ces partages se développent depuis la loi HPST de 2009 afin de répondre au double enjeu du déséquilibre de l'offre de soins et de la modification des modes de prise en charge des patients liés au vieillissement de la population mais également au développement de nouvelles technologies tels que la téléconsultation et de la montée en compétences des professions paramédicales. Les délégations de compétences ont dans cette perspective, vocation à décloisonner les pratiques et remettre en cause la logique de silos professionnels. Les protocoles de coopération s'inscrivent dans cette démarche. Prévus aux articles L.4011-1 à L. 4011-4 du code de la santé publique, ils fixent en effet les modes de transfert d'activités ou de soins entre professionnels de santé. L'enquête conduite par l'IGAS auprès des ARS[42] fait état de quelques gains en matière de temps médical. Par ailleurs, sans constituer d'évaluation formelle en matière d'impact sur le temps médical, les résultats obtenus par la mission à partir des données de remboursement suggèrent l'existence de liens entre évolution de l'activité et collaboration avec des professionnels non médicaux (orthoptiste en ophtalmologie, IPA en cardiologie, etc.).

Ces études sur ces nouveaux modes d'exercice sont insuffisantes pour pouvoir en tirer de réelle conclusion en matière de temps médical. La mission estime que des analyses plus approfondies devraient être conduites.

2.3.2. L'insuffisante diffusion des outils socles freine l'optimisation du gain de temps médical par l'usage d'outils numériques

Les outils numériques constituent un levier documenté en termes d'équipement et d'usage, mais pas en termes d'impact réel sur le temps de travail. La mission a réalisé une cartographie des outils numériques privés à destination des médecins de ville, et a recensé 133 éditeurs différents et 201 logiciels privés couvrant l'ensemble des fonctionnalités susceptibles d'optimiser le temps médical : gestion administrative et facturation, agenda, téléconsultation, dossier patient, aide à la prescription et à la décision médicale, automatisation documentaire, transcription, coordination et messageries entre professionnels. Si les besoins fonctionnels sont globalement couverts, la fragmentation de l'offre rappelle l'importance des enjeux d'interopérabilité des outils numériques entre eux, ainsi qu'avec les outils publics socles comme le dossier médical partagé (DMP) et l'ordonnance numérique.

Les données disponibles montrent par ailleurs un écart important entre les médecins généralistes et les spécialistes dans l'appropriation des outils numériques. Ainsi, en 2025 :

- 87,8 % des généralistes disposent d'un logiciel métier référencé Ségur[43], contre 62,8 % des spécialistes ;
- 89,6 % des généralistes disposent d'un logiciel d'aide à la prescription certifié par la Haute autorité de santé, contre 38,4 % des spécialistes ;

[42] IGAS, novembre 2021, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, rapport n°2021-051R.

[43] Le référencement Ségur d'un outil numérique en santé atteste que la version concernée du logiciel est conforme à un référentiel national d'exigences fonctionnelles, techniques et de sécurité défini par l'agence du numérique en santé (ANS). En matière d'interopérabilité, il garantit notamment le respect de formats, services et référentiels d'échange imposés.

- malgré les obligations règlementaires en vigueur[44], le taux moyen d'usage de l'ordonnance numérique atteint 29,3 % chez les généralistes, contre 7,9 % chez les spécialistes et celui du DMP atteint 30,9 % chez les généralistes, contre 10,7 % chez les spécialistes, avec une variabilité importante entre spécialités.

Même en médecine générale, où l'équipement en outils numériques est plus largement diffusé, les effets attendus sur le temps médical ne sont pas pleinement démontrés. Le temps que les généralistes déclarent consacrer aux tâches de gestion et de coordination a ainsi augmenté entre 2011 et 2019, passant de 4 heures à 5 heures 25 minutes par semaine. Cette évolution est intervenue en parallèle de la diffusion progressive des outils numériques, ce qui invite à distinguer l'équipement, l'usage effectif et le gain de temps.

L'utilisation du dossier médical partagé illustre ces difficultés. Un usage généralisé permettrait théoriquement d'améliorer la circulation de l'information entre professionnels, de limiter les pertes de temps liées à la recherche de documents, et de fluidifier les parcours entre ville et hôpital, mais son usage reste inférieur aux objectifs fixés. Si l'alimentation du DMP progresse fortement depuis 2022, elle n'atteint pas un niveau suffisant pour en faire un outil pleinement mobilisable au quotidien par l'ensemble des médecins, avec des écarts de taux d'utilisation entre médecins d'une même spécialité qui ne peuvent se justifier par l'incompatibilité des logiciels privés. Plusieurs freins opérationnels limitent également le potentiel de ces outils. Les médecins rencontrés par la mission ont notamment souligné les difficultés d'ergonomie du DMP, en particulier l'accès insuffisamment rapide à une information utile, synthétique et hiérarchisée. L'accumulation de documents, sans moteur de recherche performant ni synthèse automatique, peut limiter le gain de temps attendu.

Tableau 2 : Taux moyen d'alimentation du DMP en 2025

Spécialité	Pourcentage de médecins ayant atteint l'objectif de 30 % d'alimentation	Taux d'alimentation[45] moyen
Anesthésie-réanimation	0,2 %	0,2 %
Cardiologie	16,7 %	12,8 %
Chirurgie	4,0 %	3,2 %
Dermatologie	13,5 %	9,5 %
Gynécologie	17,6 %	14,2 %
Médecine générale	40,0 %	30,9 %
Ophtalmologie	0,3 %	0,2 %
Pédiatrie	31,4 %	25,5 %
Psychiatrie	13,5 %	9,7 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

Ainsi, si plusieurs leviers d'optimisation du temps médical sont déployés aujourd'hui, leur contribution effective à la disponibilité médicale reste insuffisamment établie. Les données publiques permettent de suivre certains usages mais elles ne permettent pas d'en déduire un gain net de temps médical. La priorité n'est donc pas seulement de déployer de nouveaux dispositifs, mais d'évaluer ceux qui existent déjà, en croisant les données d'activité, d'équipement, de participation aux dispositifs et, lorsque cela est possible, des données plus fines issues des logiciels métiers ou des enquêtes auprès des médecins. Sans ce travail d'évaluation, qu'il conviendrait de confier aux acteurs publics (Drees, Cnam) et académiques (Irdes, Inserm) du secteur de la santé, les politiques publiques continueront de financer des leviers supposés libérer du temps médical sans pouvoir ne mesurer ni leurs effets réels, ni les conditions de leur efficacité.

[44] Article L. 4071-1 du code de la santé publique pour l'ordonnance numérique et article L. 1111-5 du code de la santé publique pour l'alimentation du dossier médical partagé.

[45] Défini comme la proportion de contacts avec un patient ayant conduit à l'alimentation du dossier médical partagé du patient.

Concernant les outils numériques, la diffusion limitée à ce jour de l'usage du DMP ne permet pas à ce dispositif de jouer son rôle pleinement. Elle constitue par ailleurs un frein à l'évaluation de l'impact des outils numériques sur le temps de travail. Pour augmenter l'utilisation du DMP, il conviendrait ainsi de faciliter son adoption par les professionnels en poursuivant le chantier de refonte de son ergonomie pour intégrer des fonctionnalités de tri automatique des documents reçus, un moteur de recherche fondé sur l'intelligence artificielle et la production de documents de synthèse. Par ailleurs, le renforcement du dispositif d'obligation légale paraît nécessaire, soit en conditionnant l'octroi du forfait structure à une alimentation suffisante du DMP, soit en introduisant un dispositif de sanction proportionnée en cas de non alimentation.

Proposition n° 8 : Mettre en place un dispositif d'évaluation des effets sur le temps médical liés à la mise en place de structures d'exercice coordonné, au partage de compétences entre professionnels de santé et au recours aux outils numériques.

Proposition n° 9 : Renforcer les incitations à l'alimentation du dossier médical partagé en intégrant l'indicateur de taux d'usage du numérique en santé en tant qu'indicateur socle de la dotation numérique ou en instaurant un mécanisme de sanction sur la base de l'obligation légale d'alimentation.

3. À l'hôpital public, le suivi et le pilotage défaillant du temps de travail des médecins est source d'irrégularités et ne permet pas une allocation efficiente des ressources médicales

3.1. À l'hôpital public, le temps de travail des médecins constitue un enjeu d'organisation, de responsabilités et d'attractivité

3.1.1. L'organisation du temps de travail à l'hôpital public repose sur un cadre statutaire complexe et une chaîne de responsabilités partagées

Les médecins travaillent sous différents statuts qui n'emportent ni les mêmes règles de rémunération ni nécessairement les mêmes règles de temps de travail. Six catégories de médecins cohabitent ainsi :

- **les praticiens hospitaliers** (PH), recrutés par concours et rémunérés selon des grilles statutaires, ils représentent le socle de l'organisation hospitalière. Ce statut récemment actualisé (décret n° 2022-134 du 5 février 2022) est issu de la fusion des statuts de praticien hospitalier temps plein et de praticien des hôpitaux à temps partiel ;
- **les praticiens contractuels**[46], recrutés à titre temporaire pour une durée maximale allant de 3 à 6 ans pour répondre à des besoins ponctuels. Quatre cas de recours sont possibles : le remplacement d'un praticien, l'attente de la titularisation comme PH, la réponse à des difficultés particulières de recrutement et pour compléter l'offre de soins de l'établissement en recourant à la médecine de ville ;
- **les assistants des hôpitaux** qui sont des médecins exerçant à titre temporaire en post-doctorat pour une durée d'une ou deux années renouvelables dans la limite de six ans ;
- **les praticiens associés** qui regroupent les médecins détenteurs des diplômes obtenus hors de l'union européennes (PADHUE) qui exercent soit sous autorisation temporaire soit dans le cadre d'un parcours de consolidation de leurs compétences ;

[46] Il regroupe les anciens statuts de praticien contractuel, de praticien attaché et de clinicien des hôpitaux.

- **les personnels hospitalo-universitaires** (PU-PH, MCU-PH, praticiens hospitalo-universitaire ou PHU, chef de clinique) qui ont une affectation partagée entre l'université au sein de laquelle ils enseignent et l'hôpital au sein duquel ils exercent et forment les médecins ;
- **les étudiants de troisième cycle comprenant les docteurs juniors et les internes** qui sont des praticiens en formation et qui à ce titre sont des agents publics percevant une rémunération et soumis à des obligations de service.

Par ailleurs, les hôpitaux peuvent avoir recours à des médecins intérimaires, rémunérés à la mission.

- **Le temps de travail des praticiens hospitaliers (PH)**

Les praticiens hospitaliers, qu'ils soient statutaires ou contractuels disposent d'un temps de travail organisé selon les mêmes modalités. **Pour ces médecins, les obligations de service s'inscrivent dans un cadre de dix demi-journées hebdomadaires**[47], intégrant service de jour, permanence des soins pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, activités non cliniques et, selon les cas, activités universitaires ou institutionnelles. La nuit est décomptée comme deux demi-journées. La durée horaire d'une demi-journée n'est pas réglementairement définie mais le praticien bénéficie de garanties minimales[48]: **le cumul de ces demi-journées ne peut pas dépasser une moyenne hebdomadaire de 48 heures sur quatre mois**[49] , un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures doit être accordé. Il peut y être dérogé pour « une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, [le médecin] bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente[50] », ce dernier repos étant qualifié dans la pratique de repos de sécurité.

Les décisions du Conseil d'État du 22 juin 2022[51] ont rappelé que même si le temps de travail est fixé en demi-journée, les établissements sont dans l'obligation de décompter le nombre journalier d'heures de travail effectuées afin que soit respectées les exigences de repos de sécurité et de durée hebdomadaire du travail.

[47] Dispositions des articles R. 6152-26 et R. 6152-27 du code de la santé publique pour les praticiens hospitaliers et R. 6152-349 pour les praticiens contractuels.

[48] Les garanties minimales sont les durées minimales à respecter en matière de durée du temps de travail et de repos.

[49] L'exercice d'activité non clinique est intégré dans le cycle des 10 demi-journées de chaque praticien avec une valence d'une demi-journée pour des activités telles que la recherche ou encore des activités institutionnelles.

[50] Article R.6152-27 du CSP.

[51] Conseil d'État, décisions du 22 juin 2022 n° 446917, n° 446944 et n° 447003.

Une dérogation au décompte du temps de travail en demi-journées au profit d'un décompte horaire continu est possible pour les activités d'anesthésie-réanimation, d'accueil et de traitement des urgences, de réanimation, de néonatalogie et réanimation postnatale et de gynécologie obstétrique (pour les structures réalisant plus de 2 000 accouchements par an)[52]. Ce mode d'organisation en temps médical continu (TMC) doit respecter les mêmes garanties minimales que celles prévues pour les médecins exerçant en demi-journées. S'agissant plus particulièrement des urgences, pour lesquelles le TMC est obligatoire, le temps clinique posté[53] est fixé à 39 heures hebdomadaires. Il est complété par un temps de travail non posté compris entre 1 et 9 heures hebdomadaires, contractualisé annuellement avec chaque praticien[54].

- **Le régime de temps de travail des personnels hospitalo-universitaires**

Le temps de travail des personnels hospitalo-universitaires est encadré par l'article L. 952-21 du code de l'éducation et article L.5161-1 du code de la santé publique. Les personnels enseignants et hospitaliers consacrent la totalité de leur activité professionnelle à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche. Le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 fixe le service hebdomadaire d'activités de soins, d'enseignement et de recherche à onze demi-journées, le service de nuit étant compté pour deux demi-journées. La répartition du temps de travail entre chacune des fonctions n'est pas prévue par les textes règlementaires.

- **Le temps de travail des internes et docteurs juniors**

Les obligations de service des internes comprennent huit demi-journées hebdomadaires en stage, calculées en moyenne sur le trimestre, et deux demi-journées hors stage, dont une demi-journée de formation sous la responsabilité du coordonnateur de spécialité et une demi-journée de consolidation personnelle des connaissances et compétences. Le temps de nuit est pris en compte dans le décompte des obligations de service à hauteur de deux demi-journées. Le repos de sécurité constitue le point de protection central : il doit être effectif et conduire au respect des 8 demi-journées hebdomadaires en moyenne sur le trimestre. Les internes comme les docteurs juniors peuvent saisir le directeur de l'établissement en cas de désaccord sur l'application de ces règles. L'ARS est compétente en cas de persistance de ce désaccord.

- **L'obligation de continuité du service public implique des dispositifs de permanence des soins**

Au-delà du service quotidien, l'hôpital doit assurer la continuité et la permanence des soins la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. **Elle prend principalement deux formes :**

- **la garde avec présence du médecin sur place** qui est comptabilisée comme temps de travail effectif. La garde peut fait partie des obligations de service mais peut également intervenir sur la base du volontariat au-delà de ces obligations.
- **l'astreinte réalisée à domicile** en étant joignable qui n'est du temps de travail effectif qu'en cas de déplacement.

[52] Circulaire du 30 décembre 2025 précitée.

[53] Soit le temps passé auprès des patients.

[54] Circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR et instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.

L'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévoit que les médecins hospitaliers bénéficient d'une indemnité de garde, y compris lorsque celle-ci intervient pendant leurs obligations de services.

Les praticiens hospitaliers ont également la possibilité d'effectuer des heures supplémentaires au-delà de leurs obligations de service, sous la forme de temps de travail additionnel (TTA), sur la base du volontariat du praticien. Le TTA est réparti en deux catégories : le temps de travail dit « de jour », qui correspond au temps de travail effectué sur les plages de service régulier, soit de journée la semaine et le samedi matin et le temps de travail effectué sur les plages horaires de permanence des soins.

Le volontariat des praticiens repose sur la contractualisation obligatoire du TTA entre le praticien et son établissement, valable pour une durée d'un an. À ce titre, le TTA peut conduire à dépasser 48 heures de travail hebdomadaires lissées sur une période de quatre mois. Il s'inscrit en effet dans une logique « d'*opt out* » de la directive européenne sur le temps de travail[55] qui permet de s'exonérer des garanties minimales en matière de temps de travail.

Les personnels hospitalo-universitaires peuvent également effectuer des heures supplémentaires qui sont compensées par une indemnité de garde majorée.

[55] Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

Tableau 3 : Dispositions relatives au temps de travail en fonction des statuts

Statut	Décompte du temps de travail	Congés annuels	Jours de RTT	Participation à la permanence des soins[56]	Base juridique
Praticien hospitalier	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés.	20 jours.	Oui, avec temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-27 et suivants
Praticien contractuel	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés	20 jours	Oui, avec temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-349 et suivants
Praticiens associés contractuels temporaires	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés	20 jours	Oui, avec temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-504 et suivants
Assistant spécialiste / assistant des hôpitaux	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés	20 jours	Oui, avec temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-54
Personnels hospitalo-universitaires (PU-PH, MCU-PH, Chef de clinique, AHU)	11 demi-journées	30 jours ouvrables	Pas de RTT.	Oui, avec majoration des indemnités de garde au-delà des obligations de service	Code éduc., art. L. 952-21 ; CSP, art. L. 6151-1 ; décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021
Internes	8 demi-journées	30 jours ouvrables	Pas de RTT.	Oui, indemnité de garde	CSP, art. R. 6153-2 et suivants
Docteur junior	8 demi-journées	25 jours ouvrés.	Pas de RTT	Oui, indemnité de garde	CSP, art. R. 6153-1-5 et suivants

Source : Mission.

[56] Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- **La responsabilité du suivi du temps de travail**

Le pilotage et le suivi du temps de travail des médecins sont partagés entre plusieurs niveaux de la chaîne hiérarchique des établissements dont les responsabilités diffèrent.

Au plan opérationnel, l'organisation hospitalière repose sur plusieurs niveaux de responsabilités dont le chef de service constitue le premier échelon[57]. C'est lui qui organise au quotidien les activités et le temps de travail des médecins affectés dans le service ainsi que des autres personnels. Il est également responsable de la qualité de vie au travail et, comme tout chef de service, responsable de la sécurité physique et mentale de son équipe en application des articles L.4121-1 et -2 du code du travail. Il établit et propose au directeur d'établissement le tableau de service prévisionnel qui fixe les périodes de travail des praticiens et valide le tableau de service réalisé, soit les temps de présence effectifs dans le service.

Le chef de pôle, qui a autorité fonctionnelle sur les services regroupés dans son pôle d'activité organise quant à lui le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines.

Le directeur d'établissement, en lien avec la direction des affaires médicales (DAM) porte la responsabilité institutionnelle en tant qu'employeur. Il arrête le règlement intérieur et l'organisation du temps de présence médicale, valide mensuellement les tableaux de service sur proposition du chef de service et après avis du chef de pôle, et doit garantir la conformité des organisations, le respect des durées maximales et des repos, la régularité des rémunérations et la sécurité des soins.

3.1.2. Dans un contexte d'effectifs croissants et d'une productivité en baisse, l'organisation du temps de travail des médecins constitue l'un des enjeux de l'attractivité de l'hôpital public

Les effectifs de médecins au sein de l'hôpital public sont en augmentation. L'effectif du personnel médical[58] sénior (hors internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) au sein des centres hospitaliers publics s'élevait à 93 523 médecins en 2024, représentant 71 338 équivalents temps plein (ETP). Les effectifs de médecins séniors ont augmenté d'environ 6 500 ETP entre 2020 et 2024, soit une hausse de 10,1 % sur la période.

En 2022[59], les praticiens hospitaliers représentaient la majorité des effectifs de médecins dans les hôpitaux, avec 38 233 ETP. Les hospitalo-universitaires représentaient 4 610 ETP soit 6,7 % des ETP de praticiens.

Si les effectifs ont augmenté, l'activité rapportée au nombre d'ETP de médecins séniors à l'hôpital a augmenté de 8 % sur la période 2020-2024 mais n'a toutefois pas encore retrouvé son niveau d'avant Covid[60], ce qui invite à s'interroger sur un éventuel effet de l'organisation du temps médical.

[57] Article L. 6146-1-1 du code de la santé publique

[58] Pour l'ensemble de la présente annexe, sauf indication contraire, le personnel médical désigne les médecins au sens strict, et n'inclut pas les sage-femmes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes.

[59] *Dernière année pour laquelle les effectifs de personnel médical par spécialité et statut.

[60] Rapport IGF/IGAS « *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territorial* », publié en février 2026.

Par ailleurs, plusieurs éléments relatifs à l'organisation du temps de travail permettent de constater son importance en termes d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public, les médecins pouvant en faire un critère pour l'occupation d'un poste comme ont pu le souligner plusieurs des interlocuteurs de la mission :

- si la proportion de médecins à temps partiel est stable entre 2014 et 2024 (un tiers des effectifs), certaines spécialités ont connu une progression marquée sur la période, comme l'anesthésie-réanimation (+ 10 points de pourcentage) et la médecine d'urgence (+ 7 points), reflétant les tensions sur les recrutements dans ces spécialités dont on fait part plusieurs des interlocuteurs de la mission, l'autorisation du temps partiel étant un levier d'acceptation d'un poste ;
- il existe des possibilités d'optimisation de la rémunération liées à l'organisation du temps de travail à la main des praticiens :
  - un praticien hospitalier en début de carrière (cinquième échelon ou moins) aura une rémunération brute jusqu'à 11 % supérieure s'il effectue dix demi-journées hebdomadaires sous la forme d'un temps partiel à 80 % complété par deux demi-journées de TTA en comparaison d'un praticien effectuant dix demi-journées sous la forme d'un temps plein ;
  - si elle ne peut représenter que 20 % de la durée d'exercice hebdomadaire du service hospitalier, l'activité libérale peut représenter jusqu'à 50 % de l'activité médicale réalisée par un praticien éligible, pour une rémunération médiane constaté en 2025 de 69,5 k€[61], soit l'équivalent de la rémunération brute d'un praticien hospitalier d'échelon cinq.

L'ensemble de ces éléments a conduit la mission à objectiver les conditions de suivi, de pilotage et d'organisation du temps de travail des médecins à l'hôpital public.

3.2. Le déficit structurel de pilotage du temps médical, l'hétérogénéité de mise en œuvre et la fréquence élevée des non-conformités au cadre règlementaire présentent des risques majeurs

Il existe une forte hétérogénéité dans la mise en œuvre du cadre réglementaire du temps de travail et du pilotage de son organisation au sein des établissements publics de santé.

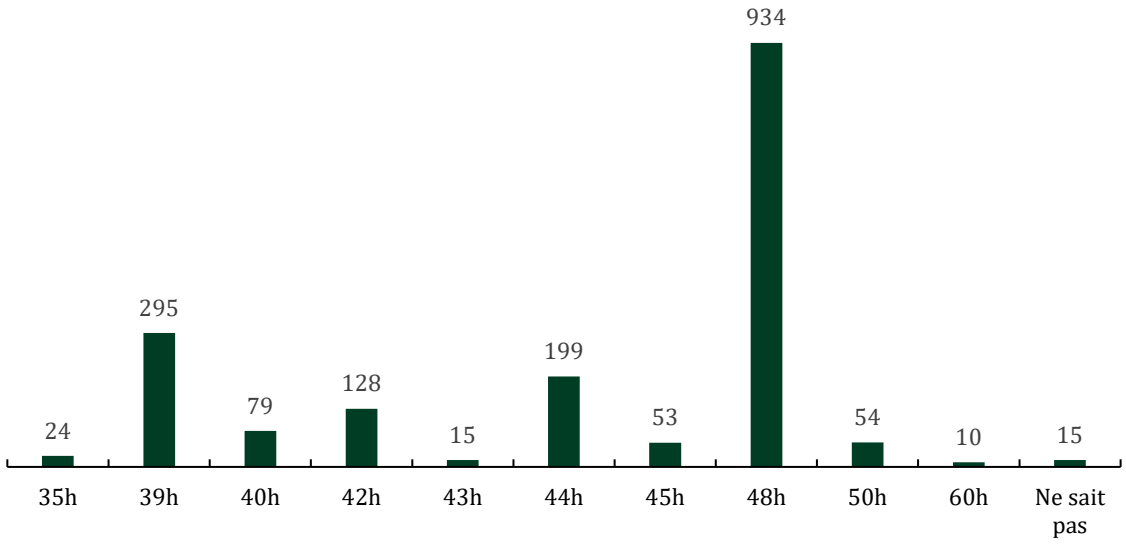
La demi-journée demeure le mode d'organisation principal du temps de travail à l'hôpital public. Dans le cadre de l'enquête conduite par la mission auprès des médecins hospitaliers, 81 % des répondants déclarent être organisés sous ce régime. Les trois quarts des établissements ne donnent cependant pas de valeur horaire à la demi-journée (73 % des directions ayant répondu à l'enquête de la mission) alors même que les instructions nationales[62] demandent d'en fixer la durée à l'échelle de l'établissement. Du côté des médecins, seuls 19 % des répondants ont été en mesure de donner le volume horaire de leurs obligations de service.

[61] Calcul de la mission à partir de données transmises par la DGFIP, couvrant les praticiens ayant une activité libérale à l'hôpital dont les honoraires sont recouvrés par le comptable public (1 194 praticiens en 2025).

[62] Instruction n° DGOS/SDRH/RH5/2025/170 du 30 décembre 2025 relative au temps de travail des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Le volume des obligations de service en temps médical continue fait également l'objet d'une hétérogénéité entre services. Les cycles horaires déclarés par les médecins ayant répondu à l'enquête varient fortement, de 35 à 48 heures, selon les établissements et les spécialités. La mise en place de cycle de travail inférieurs à 39 heures alors que les médecins bénéficient de 20 jours de RTT[63], soulève des questions quant aux pratiques de certains établissements qui ont pu, selon les entretiens conduits par la mission, négocier ces cycles horaires bas pour renforcer l'attractivité de certains services.

Graphique 6 : Cycle de travail hebdomadaires déclarés par les médecins en temps médical continu



Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des gouvernances d'établissements publics de santé.

Ces pratiques sont de nature à créer des situations de tension et d'iniquité, et sont susceptibles de renforcer une concurrence entre établissements qui peut nuire à la juste allocation du temps médical voire à la productivité des médecins.

<u>Proposition n° 10</u> : Mieux encadrer le temps médical continu en interdisant la mise en place de cycles de travail hebdomadaire d'une durée inférieure à 39 heures de temps clinique, lissée sur quatre mois.

Au plan du pilotage des ressources médicales des établissements, la situation actuelle ne permet pas de connaitre le temps de travail réel des médecins ni de l'allouer de manière optimale.

La formalisation attendue par le code de la santé publique distingue le tableau général annuel, le tableau nominatif mensuel prévisionnel, le tableau nominatif du temps effectivement réalisé et le récapitulatif quadrimestriel. Hors d'après l'enquête auprès des directions, si 68,7 % des établissements déclarent un tableau de service prévisionnel nominatif, seuls 45,7 % déclarent un tableau mensuel récapitulatif des heures réalisées et 29,1 % un tableau général annuel. Le contrôle du temps de travail effectif n'est donc pas avéré.

Outre l'absence de gouvernance réelle sur le pilotage du temps de travail, **40 % des établissements n'ont pas mis en place un SI dédié au suivi du temps de travail des médecins** selon l'enquête conduite par la mission.

Le suivi du temps de travail du personnel hospitalo-universitaire présente par ailleurs des enjeux particuliers.

[63] Soit un nombre de jours correspondant à un cycle de travail hebdomadaire de 39 heures.

Encadré 2 : Le suivi du temps hospitalo-universitaire : une clarification nécessaire entre centre hospitalo-universitaires (CHU) et université

Le temps de travail des personnels hospitalo-universitaires constitue l'un des points les plus difficiles à objectiver dans les CHU. Cette difficulté ne tient pas à une absence de cadre juridique, mais à la nature même du statut hospitalo-universitaire. Chaque institution dispose d'informations qui ne sont pas toujours rapprochées dans une vision consolidée de la charge globale assumée par les personnels hospitalo-universitaires.

Cette absence de vision partagée peut produire plusieurs effets. Elle peut conduire à sous-estimer la charge réelle de certains praticiens, notamment lorsqu'ils cumulent activité clinique, responsabilité de service, permanence des soins, coordination pédagogique, recherche et responsabilités institutionnelles. Elle peut également rendre difficile l'arbitrage entre activité clinique et missions universitaires, créer des reports de charge sur les équipes médicales non universitaires, fragiliser la soutenabilité des lignes de permanence et rendre moins lisibles les conditions d'exercice des jeunes personnels hospitalo-universitaires. Elle peut enfin compliquer le dialogue entre direction générale du CHU, présidence de commission médicale d'établissement, doyen d'unité de formation et de recherche et université, alors même que les tensions de temps médical affectent simultanément les soins, la formation, la recherche et l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires.

L'enjeu est de construire, entre le CHU et l'université, une doctrine partagée de reconnaissance, de traçabilité proportionnée et d'arbitrage des principales charges hospitalo-universitaires. Cette doctrine devrait permettre d'identifier les responsabilités les plus consommatrices de temps, de prévenir les cumuls excessifs, de sécuriser la participation à la permanence des soins, de mieux intégrer les missions pédagogiques et scientifiques dans les maquettes organisationnelles et d'éviter que le temps universitaire ne soit traité comme une variable implicite d'ajustement du temps clinique.

Source : Mission.

Les investigations menées par la mission ont permis d'identifier des non-conformités significatives en matière de respect du cadre règlementaire régissant l'organisation du temps de travail.

Ainsi, selon les résultats des enquêtes envoyées aux directions d'établissements publics hospitaliers et aux médecins de ces mêmes établissements :

- **23 % des directions d'établissement déclarent avoir mis en place une organisation du temps de travail en temps médical continu au sein de services non éligibles** (comme la psychiatrie ou les soins médicaux de réadaptation) ;
- **les médecins interrogés déclarent pour partie le non-respect des garanties minimales de repos :** 13 % des répondants à l'enquête réalisée auprès des médecins déclarent dépasser la journée continue de vingt-quatre heures plusieurs fois par an et 20 % la dépassent plus d'une fois par mois. 72 % des médecins déclarent ne jamais bénéficier ou bénéficier moins de trois fois par an de leur repos de sécurité ;
- **le temps de travail additionnel (TTA) n'est pas sécurisé juridiquement malgré l'obligation légale de contractualisation**. Les résultats des deux enquêtes conduites par la mission montrent que seuls 27 % des directions d'établissements déclarent une contractualisation systématique et du côté des médecins, seuls 33 % des répondants à la question déclarent disposer d'un contrat de TTA.

La mission considère que l'équilibre qui s'est installé sur la gestion du temps de travail dans de nombreux établissements hospitaliers n'est plus acceptable car porteur de risques majeurs :

- au plan de la santé, y compris mentale, des médecins en matière de respect des garanties minimales sur la durée du temps de travail ;
- au plan de la qualité de la prise en charge des patients compte tenu des risques liés au non-respect des durées de repos des médecins ;
- au plan du pilotage des ressources médicales des établissements car la situation actuelle ne permet pas de connaitre le temps de travail réel des médecins dans un contexte de tensions sur la ressource médicale ;
- au plan budgétaire dès lors que cette situation peut conduire à une dérive de certains postes de dépenses tels que le TTA ou à des comportements d'optimisation de leur rémunération de la part des médecins ;
- au plan juridique dès lors que ces dysfonctionnements sont susceptibles de conduire à des contentieux de la part des médecins.

Dans ce contexte de méconnaissance du temps de travail réellement effectué et de faible implication des gouvernances administratives comme médicale dans de nombreux établissements, la mission dresse le constat d'une non maitrise du temps médical et d'un manque d'outillage pour en permettre une allocation optimale. Elle recommande la mise en œuvre d'un plan national de mise en conformité du temps de travail hospitalier qui devra comprendre pour chaque établissement :

- l'adoption d'un règlement intérieur prévoyant obligatoirement la définition de la durée des demi-journées ;
- la mise en place de dispositif de suivi du temps de travail des médecins, en particulier la mise en place d'un SI dans chaque établissement ;
- la systématisation des tableaux de service prévisionnels et tableaux de services réalisés ;
- la contractualisation systématique et l'encadrement des conditions de recours au TTA.

<u>Proposition n° 11</u> : Mettre en œuvre un plan national de mise en conformité du temps de travail des médecins au sein des hôpitaux publics.

3.3. Les organisations hospitalières ont une dépendance croissante et non maîtrisée aux dispositifs de temps de travail additionnel et d'intérim

Le manque de pilotage, parfois associé aux tensions sur la ressource médicale, peut se traduire par des solutions de continuité de service qui deviennent progressivement structurelles et coûteuses.

Ainsi, les résultats de l'enquête auprès des gouvernances montrent que le pilotage local du TTA reste insuffisamment formalisé. Au niveau des services, 46 % des établissements répondants déclarent ne disposer d'aucune règle de répartition du TTA, seuls un peu moins d'un quart des établissements le répartissent selon le nombre de gardes et astreintes (22 %) ou selon le nombre de médecins présents (27 %). Au niveau des médecins, 31 % des réponses indiquent l'absence de critère de répartition.

Les interlocuteurs rencontrés par la mission ont par ailleurs évoqué la comptabilisation de périodes de TTA à partir de bornes horaires qui ne sont pas forcément liées aux horaires de permanence des soins (dès 18h00 pour des praticiens en demi-journées), sans cohérence avec le rythme de travail attendu de praticiens disposant du statut de cadre.

Par ailleurs, les commissions d'organisation de la permanence des soins (COPS) ne jouent pas systématiquement leur rôle en matière d'organisation de la permanence des soins. L'enquête conduite auprès des gouvernances hospitalières montre en effet que son fonctionnement est très hétérogène selon les établissements. Dans certains établissements, elle se réunit régulièrement et produit une véritable régulation des lignes de permanence des soins. Dans d'autres, elle demeure formelle, peu investie, voire absente des pratiques effectives. Ainsi ,7 % des directions d'établissements consultés déclarent une COPS non réunie ou absente en 2025, 34 % une à deux réunions, 38 % trois à quatre réunions et 19 % cinq réunions ou plus, la fréquence étant plus élevé en moyenne dans les CHU que dans les CH.

Cette défaillance du pilotage s'est accompagnée d'une augmentation du recours aux dispositifs de mobilisation du temps médical, avec une hausse significative des dépenses associées.

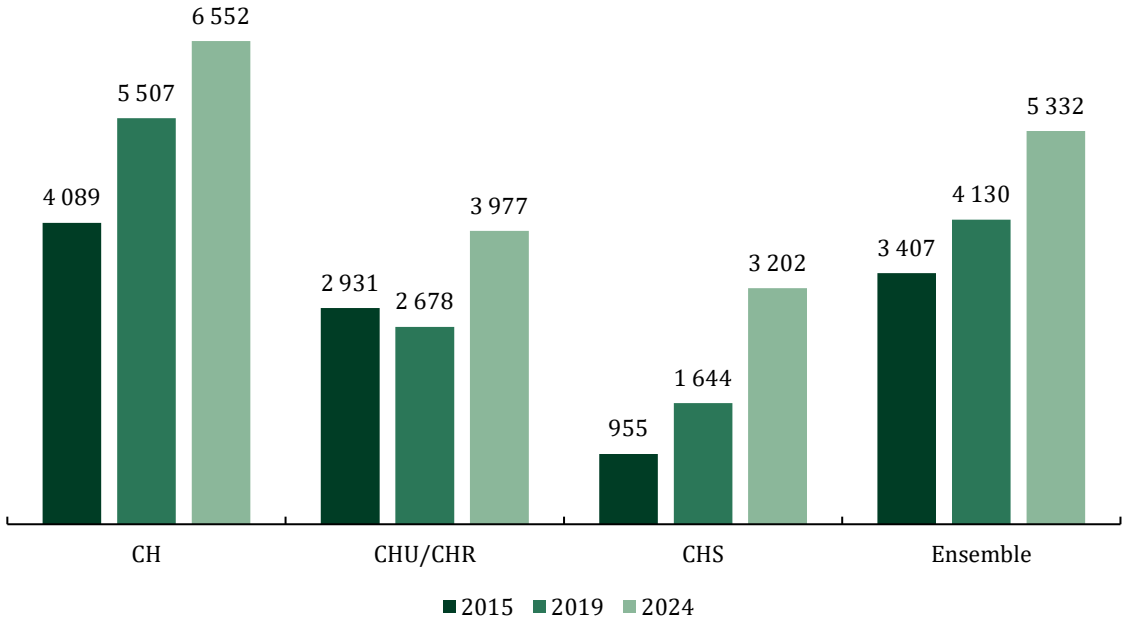
En 2024, les charges de TTA s'élevaient à 379 M€, en augmentation de 69 % par rapport à 2015. En retenant les montants indemnitaires applicables, la mission estime qu'environ 1,13 million de plages de TTA ont été rémunérées en 2024, contre 685 000 en 2015.

À l'échelle individuelle, le montant des dépenses moyennes d'indemnisation du TTA par ETP de praticien a augmenté de 57 % entre 2015 et 2024. Cette augmentation ne reflète toutefois pas l'entièreté de l'évolution du recours au TTA, en raison notamment des phénomènes suivants :

- une partie du TTA réalisée par les praticiens ne donne pas lieu à une rémunération systématique et peut être récupérée par les praticiens sous forme de jours de repos, la doctrine à cet égard différant entre établissements ;
- l'ensemble des praticiens des établissements ne réalisent pas de TTA, qui dépend des besoins de mobilisation du temps médical au sein des services : les moyennes par praticiens sous-estiment ainsi le montant réel des indemnités reçues par les praticiens effectuant du TTA rémunéré ;
- une partie des indemnités de TTA relèvent de pratiques de rémunération non conformes à la règlementation (TTA dit « fictif ») dont la réalité a été reconnue par différents interlocuteurs rencontrés par la mission mais que la mission n'est pas parvenue à quantifier sur la base des données à sa disposition.

C'est dans les centres hospitaliers, là où peuvent se concentrer les difficultés d'attractivité et les tensions sur les ressources médicales, que le TTA a cru le plus. Cette répartition montre que le TTA ne sert pas seulement à couvrir des gardes supplémentaires, il peut également constituer un outil de fonctionnement de l'activité ordinaire faute d'effectifs médicaux suffisants, voire un atout pour recruter certains médecins. Il est en cela révélateur des déséquilibres de l'organisation territoriale de l'offre de soins dès lors qu'il montre la fragilité du fonctionnement de certains établissements.

Graphique 1 : Évolution du montant moyen des dépenses d'indemnisation du temps de travail additionnel par ETP de praticien, par catégorie d'établissement, en €



Source : Diamant, cubes DGFIP et SAE.

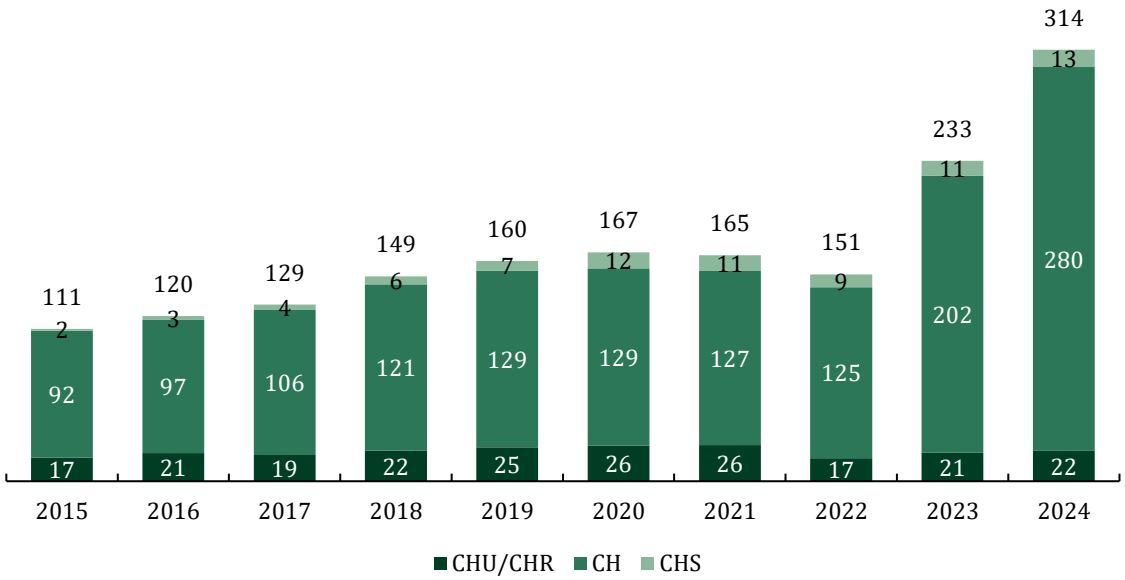
La mission estime qu'il est nécessaire de mieux encadrer le temps de travail additionnel afin de s'assurer de sa stricte utilisation dans le cadre de la continuité du service public et non comme un levier de rémunération.

Proposition n° 12 : Mettre en place un plafond annuel maximum de montant de TTA versé afin d'éviter les situations irrégulières et abusives d'attribution de TTA.

Proposition n° 13 : Prévoir le déclenchement du TTA lorsqu'il est lié à la permanence des soins uniquement sur une plage limitée de nuit allant de 20 h à 8 h du matin.

L'intérim médical constitue un autre symptôme de la faiblesse des organisations. Les dépenses d'intérim médical atteignaient 314 M€ en 2024 pour les hôpitaux publics. Elles sont très majoritairement concentrées dans les centres hospitaliers, qui représentent 280 M€, soit 89 % de la dépense totale, alors qu'ils ne représentent que 54 % des ETP médicaux. Ce déséquilibre traduit l'exposition particulière des CH aux tensions de recrutement et soulève également la question de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Graphique 7: Évolution des dépenses de recours à des personnels médicaux intérimaires entre 2015 et 2024, par catégorie d'établissement (en M€) :



Source : Mission, à partir de données Diamant, cube DGFIP.

La permanence des soins en établissement de santé constitue le troisième point de tension, qui constitue une dépense croissante pour les établissements (1,2 Md€ en 2024, contre 837 M€ en 2019 soit une hausse de 47 % avec en particulier une hausse de +266 M€ pour les indemnités de sujétion, dont un quart provient de l'augmentation du nombre de lignes de gardes)**.** Elle absorbe une part significative de la disponibilité médicale et peut conditionner défavorablement l'attractivité de nombreuses spécialités.

Les données nationales relatives à la permanence des soins montrent que les établissements publics assument encore l'essentiel de cette charge. L'enquête nationale PDSES 2024 indique que le secteur public assure environ 83 % des prises en charge relevant de la permanence des soins.

L'enquête auprès des médecins hospitaliers montre la concentration de la charge de cette permanence sur un nombre réduit de médecins. 47 % des répondants déclarent ne pas faire de garde. Les médecins qui en effectuent déclarent en moyenne 3,6 jours de garde par mois. Les moyennes sont plus élevées dans les spécialités les plus exposées : 5,7 gardes par mois en médecine d'urgence, 3,9 en médecine intensive-réanimation, 3,6 en anesthésie-réanimation, 3,5 en gynécologie-obstétrique et 3,0 en pédiatrie.

Ce nombre de gardes mensuels met en évidence la fragilité de certaines lignes de permanence des soins. Les seuils de soutenabilité doivent être abordés avec prudence, mais les auditions conduites par la mission convergent vers un ordre de grandeur de 7 à 8 ETP pour le bon fonctionnement d'une ligne de garde sur place, qui reste à objectiver en tenant compte notamment des situations territoriales. Les organisations reposant sur quatre à cinq praticiens sont donc mécaniquement exposées, surtout lorsque l'activité de jour reste lourde.

La mission considère qu'il est impératif que les lignes de garde et d'astreinte historiquement financées ne soient plus considérées comme intangibles. Les ARS sont désormais invitées à apprécier la pertinence des organisations et doivent s'emparer de cette possibilité.

3.4. Le pilotage du temps médical doit se structurer autour de maquettes organisationnelles et d'une stratégie de territoire afin d'optimiser l'allocation du temps médical

Les maquettes organisationnelles doivent permettre une allocation plus efficiente du temps médical et s'appliquer prioritairement dans les établissements confrontés à des situations non réglementaires.

Une maquette organisationnelle médicale est une représentation structurée des activités nécessaires au fonctionnement d'un service, d'une unité, d'une ligne de permanence ou d'un plateau technique, traduite en besoins de temps médical. Elle décrit les activités cliniques, les temps postés et non postés, la permanence des soins, les astreintes, les temps non cliniques utiles, les absences prévisibles, les congés, dont le temps de formation, les repos et les ressources réellement disponibles. Elle ne vise pas à contrôler individuellement chaque praticien, mais à objectiver collectivement si une organisation peut fonctionner sans dépassements structurels, sans TTA récurrent excessif et sans repos différés.

Son intérêt est d'offrir une méthode de dialogue entre direction, président de CME, chefs de service et médecins et réexaminer les organisations. Elle permet de décrire une activité réelle, de distinguer les contraintes réglementaires des choix locaux, de rapprocher les besoins et les ressources et de documenter les écarts. Les maquettes organisationnelles ne doivent pas être conçues comme un instrument automatique de dotation ni comme un barème national opposable qui se substituerait à l'analyse de terrain. Elles doivent être un outil d'objectivation permettant d'adapter les ressources médicales au contexte d'un service.

Tableau 4 : Méthode de mise en œuvre des maquettes organisationnelle par l'Anap

Étape de la méthode	Question à instruire	Produit attendu pour la gouvernance
Cadrer le périmètre	Quelle unité, ligne de permanence, activité ou plateau technique est analysé ?	Éviter les demandes globales non objectivées.
Décrire l'activité réelle	Quelles activités sont assurées, y compris celles qui ne sont pas visibles dans le PMSI ou la paie ?	Une cartographie du temps posté, non posté, de la PDSES, des interfaces et du temps non clinique utile.
Rendre les hypothèses discutables	Quelles règles sont juridiques, organisationnelles ou issues d'un consensus professionnel ?	Un référentiel local ou de spécialité
Comparer besoin et ressource	Le fonctionnement actuel peut-il être assuré avec les effectifs disponibles sans dépassements structurels ?	Un écart documenté entre besoin théorique, ressource réelle, TTA, intérim et vacance.
Arbitrer	Faut-il renforcer, transformer, mutualiser ou réduire une ligne ou une activité ?	Un plan de correction assorti d'indicateurs et d'un calendrier.
Suivre	Les repos, le TTA, l'intérim, le CET et les indicateurs d'attractivité évoluent-ils ?	Une revue périodique en COPS, CME, dialogue de gestion et, si nécessaire, avec l'ARS.

Source : mission à partir des travaux de l'Anap.

Les maquettes sont particulièrement nécessaires dans les services qui cumulent plusieurs signaux d'alerte : forte permanence des soins, TTA récurrent, recours à l'intérim, postes vacants, repos non pris, difficultés de recrutement, taux élevé de temps partiel, activité territoriale ou multisite, forte charge d'encadrement des internes. Les travaux d'ores et déjà conduits par l'Anap ont démontré leur plus-value dans ce type de situation et pourraient être plus largement déployés, avec l'appui des CNP de chaque spécialité afin de prendre en compte leurs spécificités

Proposition n° 14 : Missionner l'Anap pour la création de maquettes organisationnelles pour chaque spécialité, en lien avec les CNP, et rendre obligatoire un plan, soumis à la validation des ARS, de modification des organisations en application de ces maquettes pour les établissements ayant un recours au TTA hors normes ou des lignes de PDSES qui dysfonctionnent.

Le deuxième levier à mettre en place est territorial. Les tensions de temps médical ne s'arrêtent pas aux frontières administratives des établissements. Elles concernent des spécialités rares, des lignes de gardes et astreintes, des plateaux techniques, des autorisations d'activité, des équipes partagées et des recrutements concurrents. Une approche établissement par établissement peut conduire chaque hôpital à défendre ses propres services et son organisation sans que le territoire optimise réellement la ressource médicale disponible.

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) présente un fort intérêt s'il permet de suivre les lignes de gardes et astreintes fragiles, les équipes médicales communes, le recours au TTA et à l'intérim, les spécialités critiques et les effets de concurrence entre établissements publics. Il ne s'agit pas de transférer au GHT la gestion quotidienne du temps de travail médical, qui demeure de la responsabilité des établissements employeurs. Il s'agit de construire une fonction territoriale d'analyse, d'alerte et d'harmonisation. Cette proposition rejoint les propositions formulées dans de précédents rapports de l'GAS et de l'IGF concernant les compétences des GHT.[64]

Une fonction territoriale des affaires médicales pourrait donc être formalisée dans chaque GHT, sous une gouvernance médico-administrative associant la direction de l'établissement support, les directions des établissements parties, les présidents de CME, le président de la commission médicale de groupement, les DAM et les responsables médicaux concernés. Son rôle serait de consolider les données, d'identifier les fragilités, de proposer des mutualisations, d'harmoniser les règles de rémunération ou de récupération.

Proposition n° 15 : Créer une organisation territoriale des affaires médicales et mettre en place un dispositif de concertation au sein des GHT, visant notamment à formaliser les modalités d'organisation du temps de travail à l'échelle territoriale.

Ces évolutions d'encadrement renforcé au niveau local et territorial expriment également un besoin de prévention des comportements concurrentiels entre établissements renforcé par la capacité des médecins dans des contextes de tension à exiger des avantages notamment en matière de temps de travail ou de rémunération. Cette concurrence est de nature à rendre compliquée la mission de pilotage des directions et des présidences de commission médicale d'établissement des établissements publics de santé.

[64] Proposition du rapport IGAS (juin 2023), *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter*, rapport n° 2023-009R : « Donner au GHT une compétence de droit pour l'organisation et la mise en œuvre de la PDSES » ; Proposition du rapport IGAS et IGF (décembre 2025), *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale*, rapport IGF N° 2025-E-023-02 IGAS N° 2025-030R : « Faire évoluer le cadre législatif afin de transformer les GHT, dans une perspective intégratrice, en groupes hospitaliers publics, dotés de la personnalité morale ».

Elle soulève la question de la rémunération des médecins hospitaliers et de son attractivité pour certaines spécialités par rapport au secteur libéral. L'obligation de continuité du service public peut conduire les directions hospitalières, faute d'autre option, à utiliser le temps de travail comme complément de rémunération ou levier de recrutement. La mission considère qu'une réflexion devrait être ouverte sur les modalités actuelles de rémunération des médecins à l'hôpital public dont les limites actuelles favorisent les contournements du cadre réglementaire.

Proposition n°7 bis : Lancer une mission sur la rémunération des médecins à l'hôpital public.

À Paris, le 30 juillet 2026
Les membres de la mission,

L'inspecteur général des finances,



François Auvigne

L'inspecteur général des affaires sociales



Thomas Le Ludec

L'inspecteur des finances,



Rémy Slove

L'inspectrice des affaires sociales,



Sophie Lebret

L'inspectrice des finances adjointe,



Léonore Lafargue

Le data scientist au pôle sciences des données de l'IGF,



Olivier Pernet-Coudrier

L'inspectrice stagiaire des finances,



Noémie Carlier

ANNEXES ET PIÈCES JOINTES

LISTE DES ANNEXES ET DES PIÈCES JOINTES

ANNEXE I :	**DONNÉES PUBLIQUES RELATIVES AU TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS**
ANNEXE II :	**TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**
ANNEXE III :	**L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES MÉDECINS**
ANNEXE IV :	**TEMPS D'ACTIVITÉ LIBÉRALE POUR SEPT SPÉCIALITÉS MÉDICALES**
ANNEXE V :	**LES OUTILS NUMÉRIQUES D'OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL**
ANNEXE VI :	**LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
PIÈCE JOINTE N° 1 :	**LETTRE DE MISSION**
PIÈCE JOINTE N° 2 :	**RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES MÉDECINS EN ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**
PIÈCE JOINTE N° 3 :	**RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX**

ANNEXE I

Données publiques
relatives au temps de travail des médecins

SOMMAIRE

1. LES DONNÉES D'ENQUÊTES PUBLIQUES SUR LE TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS NE PERMETTENT PAS DE DISTINGUER ENTRE LES SPÉCIALITÉS OU DE TENIR COMPTE DES MODES D'EXERCICE 1

1.1. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale apporte une quantification horaire du temps de travail des libéraux généralistes, et mériterait d'être étendu aux médecins généralistes salariés et aux remplaçants 1

1.1.1. Les données 1

1.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 2

1.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 3

1.2. L'enquête emploi en continu de l'Insee est utilisée par la Drees pour établir les projections d'évolution de la démographie médicale en tenant compte de la tendance à la baisse du temps de travail des médecins 7

1.2.1. Les données 7

1.2.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 8

1.2.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 8

1.3. L'enquête conditions de travail et risques psychosociaux de la Dares, qui intègre une sur-représentation du secteur hospitalier, reste insuffisante pour suivre l'activité des médecins hospitaliers 9

1.3.1. Les données 9

1.3.2. Les modalités de recueil, de traitement et d'accès 10

1.3.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 10

2. LES DONNÉES ISSUES DES DÉCLARATIONS SOCIALES NOMINATIVES CONTIENNENT DES ÉLÉMENTS SUR LA MULTI-ACTIVITÉ ET LE TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS SALARIÉS, MAIS LA QUALITÉ DU REMPLISSAGE DES VARIABLES PERTINENTES REND DIFFICILE LEUR EXPLOITATION 11

2.1. Les données de la Base tous salariés (BTS) et du Système d'information pour les agents de la fonction publique (SIASP) ne permettent pas d'avoir une vision consolidée de la multi-activité salariée des médecins 12

2.1.1. Les données 12

2.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 13

2.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 13

2.1.4. Les données 19

2.1.5. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 19

2.1.6. Les possibilités d'exploitation et les limites 21

2.2. La Base non-salariés (BNS) n'est pas adaptée aux spécificités de l'activité et de la rémunération des médecins libéraux dans l'objectif d'analyser l'exercice mixte 25

2.2.1. Les données 25

2.2.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 26

2.2.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 26

3. LES DONNÉES DU SYSTÈME NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ (SNDS) OFFRENT DES OPPORTUNITÉS DE SUIVI D'INDICATEURS D'ACTIVITÉ, ET PEUVENT ÊTRE RAPPROCHÉS DES DIFFÉRENTS REVENUS D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS GRÂCE À L'APPARIEMENT INSEE-CNAM-DGFIP 27

3.1. Les données de remboursement et de facturation du SNDS permettent un suivi multi-dimensionnel de l'activité des professionnels de santé en ville, sans toutefois mesurer le volume horaire de travail 27

3.1.1. Les données 27

3.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 28

3.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 29

3.2. L'appariement Insee-Cnam-DGFIP permet d'approcher la multi-activité des médecins par les revenus d'activité, sans permettre d'identifier la source des revenus salariés 36

3.2.1. Les données 36

3.2.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 37

3.2.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 37

4. LES BASES DE DONNÉES HOSPITALIÈRES DISPONIBLES PERMETTENT DE DOCUMENTER CERTAINES DIMENSIONS DU TEMPS DE TRAVAIL MÉDICAL, MAIS LE MANQUE DE DONNÉES RELATIVES À L'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS LIMITE LA PORTÉE DES ANALYSES RÉALISABLES 42

4.1. Le croisement des données hospitalières issues de plusieurs bases de données de la plateforme Diamant permet le suivi d'indicateurs liés au temps de travail des médecins 42

4.1.1. Les données 42

4.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès 42

4.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites 43

4.2. Sous réserve d'un accroissement de leurs taux de réponses, les enquêtes annuelles menées auprès des établissements publics de santé par l'ATIH dans le cadre du rapport social unique permettront de mieux connaître certaines dimensions du temps de travail médical à l'hôpital 44

Annexe I

Cette annexe vise à cartographier les sources de données utilisables à grande échelle permettant de documenter les variables liées au temps de travail des médecins en ville et/ou à l'hôpital, directement (données d'heures de travail rémunérées ou déclarées dans les enquêtes) ou indirectement (données sur l'activité médicale et la rémunération).

Pour chacune des sources de données identifiées, sont notamment présentées :

- les variables suivies pertinentes pour l'analyse du temps de travail ;
- les modalités de recueil, de retraitement et d'accès ;
- les possibilités d'exploitation au regard de l'objectif de connaissance et de suivi du temps de travail et les limites intrinsèques à l'exercice.

1. Les données d'enquêtes publiques sur le temps de travail des médecins ne permettent pas de distinguer entre les spécialités ou de tenir compte des modes d'exercice

La mission a identifié trois enquêtes produites par le service statistique public et labellisées comme telles par le Conseil national de l'information statistique (Cnis) :

- l'enquête emploi en continu produite par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ;
- l'enquête conditions de travail et risques psychosociaux produite par la Dares ;
- le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, co-produit par la Drees depuis le quatrième millésime du panel mené entre 2018 et 2022.

L'accès aux fichiers contenant les données de ces enquêtes n'est pas libre et reste contrôlé par le Centre d'accès sécurisé aux données (CASD), qui constitue le dispositif national d'accès aux données individuelles du service statistique public. L'accès est conditionné à l'obtention d'une autorisation du Comité du secret statistique. Une fois l'autorisation accordée, les données sont mises à disposition dans un environnement informatique sécurisé sans possibilité d'extraction des données individuelles. Les délais d'instruction dépendent de la complexité du projet.

La mission a porté une attention particulière aux échantillons constitués dans le cadre de ces enquêtes. Un échantillon peut être sélectionné de sorte à être représentatif, ou redressé par pondération afin de le devenir. Ce point constitue une limite intrinsèque à toute enquête concernant les analyses qui peuvent être menées.

1.1. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale apporte une quantification horaire du temps de travail des libéraux généralistes, et mériterait d'être étendu aux médecins généralistes salariés et aux remplaçants

1.1.1. Les données

Cette enquête est élaborée et coordonnée par la Drees, en partenariat avec les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Agences régionales de santé (ARS) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire ainsi que l'URPS (Union régionale de professions de santé) des médecins libéraux de la région Pays de la Loire. Ce panel a pour objectif d'étudier les pratiques et les conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux.

L'enquête est structurée en plusieurs vagues. La première vague consiste à remplir le module principal de l'enquête, réitéré au fil des éditions du panel et constitutif de la dernière vague également, pour clore la période d'enquête. Ce module collecte des informations sur :

- **le mode d'exercice et l'organisation de la pratique** : structuration du cabinet, coopérations avec d'autres professionnels de santé, recours à des remplaçants ;
- **le temps de travail hebdomadaire pour une semaine ordinaire** : nombre d'heures, travail sur certains plages horaires spécifiques, temps dédié aux tâches non médicales, durée moyenne d'une consultation, exercice d'une ou plusieurs activités médicales non-libérales en parallèle de leur activité libérale ;
- **les choix d'installation et l'influence du lieu d'installation sur l'activité**, en lien avec la démographie médicale.

Les autres vagues, réalisées sur plusieurs mois tout au long des trois à quatre années que dure l'enquête, sont thématiques et varient selon des focus spécifiques que la Drees souhaite mesurer. À titre d'exemple, la troisième vague de la quatrième édition portait par exemple sur les pratiques en matière de prévention et la seconde vague de la cinquième édition du panel porte sur le repérage et la prise en charge des violences subies par les femmes ainsi que sur les violences que les médecins peuvent subir dans le cadre de leur exercice. L'enquête contient également des modules thématiques régionaux, élaborés par les régions partenaires.

La cinquième édition du panel est en cours de collecte à la date de la mission, et les résultats de la première vague seront disponibles à l'été 2026. Cette cinquième édition de l'enquête prendra fin en 2028.

1.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

L'échantillon du panel est construit à partir d'un tirage au sort dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)[1], apparié à des données de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). La sélection est stratifiée selon le sexe, l'âge, le mode d'exercice, la région d'exercice et le niveau d'activité, de façon à assurer la représentativité de l'échantillon final au niveau national et dans les régions partenaires de l'enquête.

Les médecins éligibles sont les généralistes libéraux installés au 1er janvier 2018, ayant au moins 200 patients « médecin traitant », à l'exclusion des remplaçants, des médecins exerçant un mode d'exercice particulier (MEP) exclusif et des médecins à activité très réduite.

Le tirage des médecins enquêtés est stratifié selon le sexe, l'âge en tranche (moins de 50 ans, entre 50 et 59 ans, 60 ans et plus), le volume d'activité en tranches (inférieur au premier quartile, entre le premier et le troisième quartile, au-dessus du troisième quartile, la densité de la zone, et la région d'exercice. Les médecins exerçant dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire sont sur-représentés, tout comme les médecins exerçant en zones sous-denses. Les données des répondants sont redressées du non-retour et de la non-réponse et calées sur les variables de stratification. L'échantillon pondéré est alors dit représentatif de la population cible du panel 4 par rapport à ces variables.

[1] Prévu à l'article 1470-4 du code de la santé publique, dont les modalités de mises en œuvre sont fixées par l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du "Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé" (RPPS).

L'échantillon reste fixe tout au long d'une édition : les mêmes médecins sont sollicités à chaque vague, sur une durée de trois à quatre ans. Pour le panel 4, environ 12 000 médecins ont été sollicités à la première vague, pour un taux de participation d'environ 3 300 répondants, soit un taux de réponse de l'ordre de 27 %. Le panel 4 comptait environ 1 500 répondants à la dernière vague, illustrant une attrition importante au cours des vagues du panel. Cette attrition, structurelle dans les enquêtes longitudinales, introduit un risque de biais de sélection progressif si les médecins non-répondants ne sont pas aléatoirement distribués par rapport aux variables d'intérêt, notamment le temps de travail et l'organisation de l'activité.

Les données brutes collectées font l'objet d'une pondération *a posteriori* pour corriger les biais de non-réponse et les écarts entre l'échantillon répondant et la population cible et ainsi assurer une représentativité de l'ensemble de la population des médecins généralistes. Cette pondération est construite par calage sur les marges de la population des médecins généralistes libéraux installés, selon les variables de stratification retenues à la conception (sexe, âge, région, mode d'exercice).

Une sur-représentation des médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle a été introduite à partir du panel 3, afin de disposer d'effectifs suffisants pour des analyses spécifiques à ce mode d'exercice dont le développement était une priorité de politique publique. Les médecins exerçant en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire sont également sur-représentés, tout comme les médecins exerçant en zones sous-denses[2]. Ces sur-représentations sont corrigées par la pondération pour les analyses nationales.

1.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est l'unique source de données permettant de produire des statistiques nationales sur l'organisation et le temps de travail des médecins généralistes libéraux. La continuité méthodologique entre les différents millésimes de l'enquête permet un suivi des indicateurs de temps de travail, mesuré en heures, dans le temps, et ainsi mesurer certaines tendances (Drees, 2012[3] et Drees, 2019[4]). Certains indicateurs, comme la durée moyenne d'une consultation ou le nombre de semaines de congés, ne se retrouvent pas dans la troisième version du Panel, à la différence de la seconde et de la plus récente. Néanmoins, les publications issues de ces données portant sur les conditions d'activité des médecins libéraux et les vagues thématiques de l'enquête sont plus nombreuses que celles étudiant les déterminants du temps de travail.

La structure en panel avec vagues répétées permet une flexibilité thématique utile pour établir des statistiques sur des sujets d'actualité des politiques publiques. Les études issues de ces données constituent un corpus de référence sur les pratiques des généralistes libéraux en termes d'organisation du cabinet, des coopérations interprofessionnelles, du recours aux remplaçants, du temps dédié aux tâches administratives ou des comparaisons entre modes d'exercice.

[2] Un médecin est considéré comme exerçant en zone sous-dense lorsque l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) du territoire de vie-santé dans lequel il exerce est inférieur à 2,4 consultations/an/habitant.

[3] Steve Jakoubovitch, Marie-Christine Bournot, Elodie Cercier, François Tuffreau, 2012, Les emplois du temps des médecins généralistes, Études et résultats n°797, Drees.

[4] Hélène Chaput, Martin Monziols, Lisa Fressard, Pierre Verger, Bruno Ventelou, Anna Zaytseva, 2019, eux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine, Études et résultats n°1113, Drees.

Les données recueillies grâce à ce panel peuvent permettre d'éclairer l'influence de la multi-activité et des activités annexes des médecins généralistes libéraux sur leur pratique. Le questionnaire d'inclusion, rempli lors de la première vague de l'enquête, contient en effet la question « exercez-vous une ou plusieurs activités médicales non-libérales en plus de votre activité libérale ? », ainsi qu'une question à choix multiples permettant de préciser la nature de cette activité non-libérale, entre :

- médecin coordonnateur en maison de retraite ;
- médecin régulateur ;
- médecin effectuant des vacations à l'hôpital ;
- médecin effectuant des gardes dans des structures d'urgence (cf. annexe II) ;
- salarié dans un centre de santé ;
- salarié dans un établissement de santé ;
- vacataire PMI ;
- médecin de crèche ;
- autre.

Le nombre d'heures consacrées aux activités secondaires à l'activité libérale lors de la semaine précédente ou d'une semaine ordinaire est également renseigné. L'exploitation des réponses à ces questions permet d'éclairer l'exercice mixte (cf. annexe II), à la fois dans la fréquence de cette pratique parmi les médecins généralistes libéraux, ainsi que dans le type de postes les plus fréquemment occupés, et de mesurer la corrélation entre le temps de travail dédié à l'activité libérale et celui dédié aux activités non-libérales. Néanmoins, dans la moitié des cas, la nature de l'activité non-libérale exercée ne peut être caractérisée par les modalités d'activités médicales secondaires proposées dans le questionnaire (cf. tableau 1).

La mission n'a identifié aucune exploitation des réponses à ces questions concernant les activités non-libérales parmi les publications existantes utilisant les données du panel. Néanmoins, ces questions ne sont présentes que dans la première vague de la quatrième version du panel, la variable du nombre d'heures dans la dernière vague ne distinguant pas exercice libéral et non-libéral. Cette instabilité de la structure des questions entre vagues du panel complique la comparaison des indicateurs entre les années de la période d'enquête.

Annexe I

Tableau 1 : Distribution du type d'activité non libérale exercée, conditionnellement au fait d'avoir au moins une activité complémentaire

Réponse	Pourcentage des médecins sélectionnant la modalité
Coordonnateur en maison de retraite	22,4 %
Médecin régulateur	8,9 %
Vacation hospitalière	6,2 %
Gardes dans des structures d'urgence	6,8 %
Salarié en centre de santé	5,8 %
Salarié dans un établissement de santé	16,8 %
Vacation PMI	1,7 %
Médecin de crèche	8,7 %
Autre	50,0 %

Source : Drees, ORS, URPS ML de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, vague d'inclusion, octobre 2018-mars 2019 ; calculs : IGF pôle science des données.

Par ailleurs, les données du panel peuvent être appariées à celle du système national des données de santé (SNDS) à l'échelle du professionnel de santé, permettant d'estimer la corrélation entre les indicateurs horaires déclarés dans le panel et les indicateurs d'activité du SNDS. Ce travail ne peut être réalisé à l'échelle individuelle que par la Drees, qui dispose, en tant qu'organisme producteur du panel, des numéros RPPS des médecins dans l'enquête. Le numéro RPPS peut être utilisé comme clé de jointure avec les données du SNDS. Le but de cette analyse, ponctuelle et non systématique pour chaque vague, est :

- d'évaluer la qualité des indicateurs du SNDS comme *proxys* du temps de travail ;
- de mesurer des indicateurs supplémentaires, comme le temps unitaire d'une consultation, pour étudier l'hétérogénéité qui peut exister entre praticiens ainsi qu'éclairer la variabilité de l'offre de soin pour un temps médical donné.

Dans le cadre de la mission, cette analyse de corrélation est menée à un niveau plus agrégé en comparant la moyenne par sexe, région d'installation, et catégorie d'âge en 2018 (moins de 50 ans, 50 à 59 ans, plus de 60 ans) des variables suivantes :

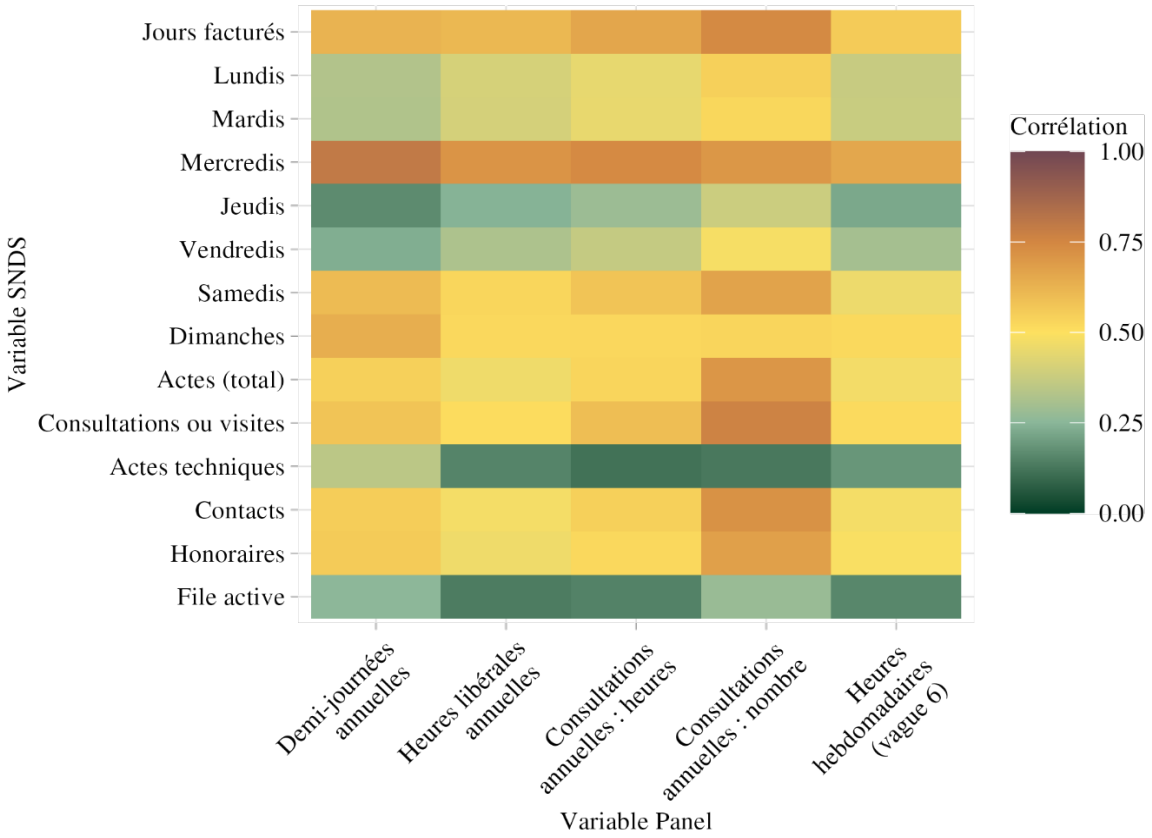
- nombre de demi-journées travaillées par an, calculé comme le nombre de demi-journées travaillées par semaine, multiplié par le nombre de semaines travaillées dans l'année (52 moins le nombre de semaines de vacances) ;
- nombre d'heures consacrées à l'activité libérale par an, calculé comme le nombre d'heures hebdomadaires multiplié par le nombre de semaines travaillées ;
- nombre d'heures consacrées aux consultations par an, calculé comme le nombre d'heures de consultations par semaine multiplié par le nombre de semaines travaillées ;
- nombre de consultations menées par an, calculé en divisant le nombre d'heures annuelles totales de consultations par la durée moyenne d'une consultation.

Les valeurs moyennes des indicateurs d'activité, issues du SNDS et du panel des médecins généralistes, peuvent être comparées par catégorie. En particulier il est possible de calculer la corrélation entre les différentes paires de variables, en tenant compte de l'effectif des médecins présents dans le SNDS comme pondération (cf. graphique 1).[5]

[5] Afin de s'assurer de la représentativité des moyennes issues du panel des médecins généralistes, ne sont conservées que les catégories pour lesquelles au moins cinq médecins ont répondu à l'enquête. Cela conduit à exclure entièrement de l'analyse la Corse, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Nouvelle-Calédonie. Sont partiellement exclues la Réunion (dont seules les femmes de moins de 50 ans et les hommes entre 50 et 59 ans sont conservés), ainsi que la Bretagne et la Normandie (dont sont exclues les femmes de plus de 60 ans).

Ces résultats indiquent que, même au niveau agrégé, les indicateurs déclaratifs et ceux issus du SNDS sont cohérents entre eux, validant d'une part la fiabilité des données déclaratives et d'autre part la pertinence de l'utilisation du SNDS pour suivre l'activité des médecins. Le nombre de jours d'exercice libéral dans le SNDS est assez largement corrélé avec les variables issues de la vague d'inclusion du panel des médecins généralistes. Les coefficients de corrélation[6] varient de 0,61 pour le nombre d'heures annuelles consacrées à l'activité libérale à 0,74 pour le nombre de consultations réalisées sur l'année. Par ailleurs, le nombre de consultations issu du SNDS et celui calculé dans le panel sont particulièrement corrélés, avec un coefficient de 0,77 et une relation quasi-linéaire avec peu de dispersion.

Graphique 1 : Corrélation entre mesures du temps de travail dans le panel des médecins généralistes et indicateurs d'activité issus du SNDS



Source : Drees, ORS, URPS ML de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observations des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, vague d'inclusion (octobre 2018-mars 2019) et vague 6 (janvier 2022-avril 2022), SNDS-DCIR (Cnam) ; calculs : IGF pôle science des données

[6] Le coefficient de corrélation mesure l'intensité et le sens de la relation linéaire entre deux variables, sur une échelle allant de -1, indiquant une corrélation négative parfaite, à +1, indiquant une corrélation positive parfaite. Une valeur proche de 0 indique l'absence de relation linéaire.

La limite principale, et structurelle, de ces données réside dans le champ des médecins étudiés, qui se limite aux médecins généralistes libéraux installés et à activité pleine. Les médecins spécialistes, les médecins hospitaliers, les médecins remplaçants sans cabinet principal et surtout les salariés de centres de santé et les médecins en exercice mixte à prédominance salariée en sont absents, alors que ce mode d'exercice représente 43 % des médecins en exercice[7] et que les effectifs en centre de santé ont augmenté de 77 % entre 2019 et 2025[8]. Les déterminants d'une faible activité de certains médecins généralistes libéraux restent également un angle mort des analyses reposant sur les données du panel alors que cette sous-population est d'intérêt pour l'étude des comportements d'offre de soin.

La représentativité des médecins répondants est source d'interrogation, avec un taux de réponse de 73 % lors de la première vague de la quatrième édition du panel et ensuite un taux d'attrition de 55 points de pourcentage entre la première et la dernière vague. La représentativité des données du panel est assurée *a posteriori* par redressement statistique, afin de représenter l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

1.2. L'enquête emploi en continu de l'Insee est utilisée par la Drees pour établir les projections d'évolution de la démographie médicale en tenant compte de la tendance à la baisse du temps de travail des médecins

1.2.1. Les données

L'enquête emploi en continu est produite par l'Insee, à une fréquence trimestrielle depuis 2003. Cette production représente la source principale (et unique) pour mesurer les concepts d'activité, de chômage et d'emploi au sens du Bureau international du travail (BIT) ainsi que pour mener l'analyse conjoncturelle et structurelle du marché du travail en France, harmonisé au niveau européen.

L'enquête détaille la situation professionnelle des personnes au travers d'une mesure régulière et homogène dans le temps de la durée hebdomadaire effective de travail mesurée sur :

- une **semaine normale** ;
- la **semaine de référence** précédent le remplissage du questionnaire.

Elle permet également de recueillir des informations sur le nombre de jours travaillés, les horaires et jours travaillés au cours de la semaine de référence (travail en soirée, de nuit, de week-end).

L'enquête est réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant en logement ordinaire en France, avec un taux de sondage de 1/400e environ. **Dans le cas des médecins, cet échantillonnage représente 1 500 à 2 000 médecins en activité**, identifiés par profession déclarée selon la nomenclature PCS 2020[9], soit :

- **les médecins libéraux généralistes (311A) ;**
- **les médecins libéraux spécialistes (311B) ;**
- **les médecins salariés hospitaliers (344A) ;**
- **les médecins salariés non-hospitaliers (344B) ;**
- **les internes (344C).**

[7] Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier, 2018, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », Études et résultat n°1061, Drees.

[8] RPPS – exploitation Drees.

[9] Version datant de 2020 de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee, utilisée pour classer les individus selon leur profession et leur position sociale.

1.2.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

L'enquête est menée sur la base d'un questionnaire déclaratif mené en continu (toutes les semaines de l'année), et ses résultats sont produits de manière trimestrielle. L'échantillon est constitué d'environ 70 000 logements : une fois qu'un logement est tiré, ses occupants font partie des enquêtés durant six trimestres consécutifs, ce qui représente environ 100 000 répondants. La première interrogation et la dernière se font en face à face et les interrogations intermédiaires au téléphone.

La semaine de référence à propos de laquelle les répondants sont interrogés est tirée aléatoirement au cours de l'année de telle sorte que l'ensemble des semaines de l'année soient couvertes. Il s'agit donc d'une moyenne entre les semaines travaillées et les semaines non-travaillées, intégrant les absences pour congé, maladie, récupérations, etc. Le temps de travail déclaré pour une semaine habituelle correspond pour sa part à une semaine « normale », c'est-à-dire sans congés ou absences.

1.2.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Dans le cadre de l'analyse du temps de travail des médecins, l'enquête emploi présente plusieurs avantages :

- elle contient des variables sur la durée effective de travail ;
- elle présente une profondeur historique importante, qui permet de mesurer les grandes tendances de l'évolution du temps de travail hebdomadaire, décliné en fonction de l'âge et du sexe ;
- elle est exhaustive en termes de catégories de médecins incluses, ce qui permet une comparaison, à méthodologie homogène, des catégories entre elles, et par rapport au reste de la population.

La Drees privilégie l'usage de cette enquête pour mener des analyses d'évolution et de projection de la démographie médicale, « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire contrôlées de l'âge et du sexe. Les travaux les plus récents sur cette base ont été réalisés dans l'objectif de prendre en compte l'évolution du temps de travail des médecins dans les projections de démographie médicale, notamment à des fins de pilotage du *numerus clausus* (cf. annexe III).

En revanche, cette source n'est pas adaptée pour mener des analyses à une échelle plus fine, à des fins de mesure et de suivi de l'activité médicale, notamment car :

- l'analyse d'hétérogénéités au sein des catégories n'est pas possible (localisation territoriale, grade hospitalier, mode d'exercice des salariés hors-hospitalier, libéraux en MSP etc.) ;
- la variable de temps de travail n'introduit pas de distinction des temps alloués à différentes tâches (temps médical, temps dédié aux tâches administratives, à la coordination, à la formation continue, à l'enseignement). Cette caractéristique rend confuse la définition du temps de travail considérée dans l'enquête d'une part, et empêche d'analyser l'évolution du temps dédié à l'activité clinique d'autre part.

Dans le cas spécifique des médecins généralistes, le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, co-produit par la Drees, est plus pertinent.

La comparaison des chiffres du temps de travail des médecins généralistes entre les deux sources met en évidence une durée déclarative plus faible dans l'enquête emploi en continu :46 h de travail hebdomadaire dans le cadre de l'enquête emploi en continu et 54 h dans le panel (cf. annexe III). L'absence de ventilation entre temps médical et temps dédié aux autres tâches de l'activité dans l'enquête emploi en continu ne permet toutefois pas d'identifier les causes de cette différence déclarative.

Les travaux de la Drees sur les projections démographiques démontrent que l'utilisation de l'enquête emploi en continu permet de renforcer l'objectivation des besoins de formation et de renouvellement de la population de médecins. L'enquête emploi ne prend toutefois pas en compte les éventuelles évolutions du volume d'activité réalisées par les médecins.

1.3. L'enquête conditions de travail et risques psychosociaux de la Dares, qui intègre une sur-représentation du secteur hospitalier, reste insuffisante pour suivre l'activité des médecins hospitaliers

1.3.1. Les données

L'enquête Conditions de travail et risques psychosociaux (CT-RPS) est produite par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), en collaboration avec l'Insee. Son objectif est d'obtenir une description concrète du travail et de son organisation pour l'ensemble des actifs occupés. La dernière édition de l'enquête a été menée en 2019, et a été réalisée en face à face auprès d'un échantillon d'environ 28 000 enquêtés. Un questionnaire auprès des employeurs permet de compléter les aspects relatifs à l'organisation du travail et à la prévention des risques.

Les questions abordées sont relatives aux conditions de travail et aux risques dans le cadre professionnel, selon des angles multiples : horaires et rythmes de travail, télétravail, discriminations et harcèlement au travail, pénibilité du travail et santé au travail.

En particulier, cette enquête contient des questions sur :

- le nombre d'heures travaillées par semaines dans l'emploi principal, ainsi que le nombre en tenant compte des autres emplois ;
- le nombre de jours travaillés par semaine ;
- la présence de 48 h consécutives de repos ;
- la fréquence du travail le samedi/le dimanche ;
- l'application d'un forfait-jour ;
- les heures de début et de fin d'une journée de travail ;
- la possibilité de travail entre 20 h et minuit, entre minuit et 5 h et entre 5 h et 7 h ;
- le nombre de nuits travaillées par an ;
- la présence de compensation en cas de travail au-delà des horaires prévues ;
- la prise de congés et la durée en semaines ;
- le rythme de travail (fréquence de devoir se dépêcher, sentiment de disposer d'un temps suffisant).

Les médecins sont identifiables dans l'enquête par leur code PCS, selon la même logique que dans l'enquête emploi en continu (cf. section 1.2.1).

1.3.2. Les modalités de recueil, de traitement et d'accès

Dans la version de 2019, le volet « individus » est constitué de trois échantillons :

- les individus « panel », présents dans l'enquête CT-RPS de 2013 et de 2016, réinterrogés quelle que soit leur nouvelle situation sur le marché du travail ;
- un échantillon complémentaire d'entrants, tirés au sort à partir du recensement de la population de 2017, d'abord à partir d'un tirage des logements puis par une sélection des ménages pour lesquelles au moins une personne est en emploi ou a moins de 60 ans ;
- un échantillon d'entrants supplémentaires concernant le secteur public et le personnel hospitalier.

Ces échantillons supplémentaires ont été réalisées sur la demande de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et de la Drees respectivement afin d'approfondir la connaissance des conditions de travail entre les trois versants de la fonction publique d'une part, et dans le secteur hospitalier, entre le secteur public et privé, à but lucratif ou non d'autre part. Ces échantillons représentent 2 520 personnes supplémentaires (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Composition des échantillons de l'enquête CT de 2019

Décomposition de l'échantillon	Nombre de répondants
Échantillon principal 2013 panel	10 560
Hôpitaux publics 2013 panel	1 096
Cliniques privées 2013 panel	599
FPH hors hôpitaux publics 2013 panel	54
Échantillon principal 2016 panel	2 328
Hôpitaux publics 2016 panel	185
Cliniques privées 2016 panel	124
FPH hors hôpitaux publics 2016 panel	8
Échantillon principal entrants	6 681
Hôpitaux publics entrants	528
Cliniques privées entrants	130
FPH hors hôpitaux publics entrants	242

Source : Insee - dictionnaire des variables du volet Individus de l'enquête condition de travail 2019. Note de lecture : l'échantillon utilisé pour établir le millésime 2019 de l'enquête se compose de 24 951 individus actifs occupés. Parmi ces individus, 10 560 proviennent de l'échantillon principal constitué en 2013 et utilisé pour le panel de l'enquête, auquel ont été ajoutés 1 096 individus actifs dans les hôpitaux publics en 2013 afin de sur-représenter ce secteur. En 2019, 6 6812 nouveaux individus « entrants » ont rejoint l'échantillon principal qui constitue le millésime 2019.

Les pondérations sont calculées afin que les répondants soient représentatifs de l'ensemble des actifs en emploi en France métropolitaine.

Une nouvelle version de l'enquête a eu lieu entre 2022 et 2023, mais les données ne sont pas encore mises à disposition.

1.3.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Cette enquête contient des indicateurs pertinents pour établir un état des lieux à date de l'organisation du travail dans les différents types d'établissements hospitaliers, ainsi que de disposer d'éléments d'évolution et de tendance. Néanmoins, la périodicité de l'enquête rend difficile un suivi de ces indicateurs à une fréquence temporelle suffisamment fine pour éclairer la décision publique. Les constats établis à partir de l'édition de 2019 seraient obsolètes étant données les évolutions réglementaires et organisationnelles ayant eu lieu dans le secteur hospitalier depuis la période du Covid-19.

Par ailleurs, les questions qui constituent l'enquête sont insuffisantes pour appréhender les aspects de multi-activité des médecins hospitaliers, comme la pratique universitaire ou libérale, et ne sont pas adaptées à la diversité des statuts existants. L'identification des médecins par PCS est un autre inconvénient ne permettant pas de distinguer les spécialités d'exercice. Les données d'enquêtes ajoutent à ces limites en ne pouvant, structurellement du fait de la taille des échantillons, fournir des analyses d'hétérogénéité des individus à l'aune de dimensions suffisamment différenciantes.

Le questionnaire spécifique au secteur hospitalier auprès des établissements intègre des éléments supplémentaires sur :

- le nombre d'ETP de salariés intérimaires et de médecins en formation (internes, externes, stagiaires) ;
- l'utilisation d'outils de gestion de ressources humaines comme des outils de gestion prévisionnelle, de gestion des temps de travail, de pool de remplacement ;
- les difficultés à recruter et les raisons de ces difficultés ;
- les difficultés à retenir certains profils d'agents/de salariés ;
- qui détermine les horaires, la répartition du travail et contrôle les résultats du travail ;
- la présence d'un système de tableaux de bord pour le pilotage ou la planification de l'activité.

À ce titre, cette source de données peut mettre en évidence certains points communs dans la gestion et l'organisation du personnel entre les établissements hospitaliers (ou différences selon leur catégorie juridique) mais souffre d'une fréquence de production des données trop faible pour rendre ces éléments utiles à des fins de pilotage.

2. Les données issues des déclarations sociales nominatives contiennent des éléments sur la multi-activité et le temps de travail des médecins salariés, mais la qualité du remplissage des variables pertinentes rend difficile leur exploitation

La Déclaration sociale nominative (DSN) est le système de déclarations dématérialisées des données sociales. Mises en place à partir de 2017 en adossant ce processus de déclaration aux logiciels de paie, les DSN centralisent les informations sur les salariés, leurs contrats et leurs rémunérations et sont transmises mensuellement par les employeurs aux organismes de protection sociale. La collecte des cotisations sociales grâce à ce processus permet d'alimenter les données de la base tous salariés (BTS), qui couvre les secteurs privé et public, et du système d'information sur les agents des services publics (SIASP), qui couvre les trois versants de la fonction publique depuis la généralisation des DSN au secteur public en 2022.

2.1. Les données de la Base tous salariés (BTS) et du Système d'information pour les agents de la fonction publique (SIASP) ne permettent pas d'avoir une vision consolidée de la multi-activité salariée des médecins

2.1.1. Les données

Les DSN recensent l'ensemble des salariés en poste au cours du mois, leurs caractéristiques contractuelles, comme la nature du contrat, la quotité de temps de travail, le nombre d'heures rémunérées sur la période et les éléments de rémunération versés. L'Insee retraite ces flux mensuels pour produire les bases annuelles BTS-Postes et SIASP, qui contiennent ces informations à l'échelle du poste. Le poste est défini comme la relation contractuelle entre un salarié et un employeur au cours de l'année civile. Un même individu peut donc occuper plusieurs postes une même année, successivement ou simultanément, et donc apparaître plusieurs fois dans les données.

Le fichier BTS-Postes contient les données des DSN pour tous les salariés tandis que le fichier SIASP est un fichier retraité par l'Insee, issu des DSN pour les agents travaillant dans la fonction publique.

Les médecins sont identifiés à partir de la profession et catégorie socioprofessionnelle[10] déclarée par l'employeur à l'échelle du poste dans SIASP et BTS-Postes. Le champ des médecins regroupe les individus qui occupaient au moins un poste non-annexe actif au 31 décembre 2023 (cf. encadré 1) relevant de l'une des PCS suivantes :

- **« médecins hospitaliers sans activité libérale »,** qui ne signifie toutefois pas que le praticien concerné ne puisse pas avoir une activité libérale par ailleurs, sans que cela soit possible de le vérifier à partir des données issues des DSN ;
- **« médecins salariés non hospitaliers »**, qui incluent notamment les médecins salariés des établissements de santé non hospitaliers ;
- **« internes en médecine, odontologie et pharmacie »,** qui regroupe les internes, étudiants en médecine et jeunes docteurs.

Les travaux actuels de la statistique publique concernant le passage de la PCS 2003 à la PCS 2020 dans les bases de données administratives n'auront pas d'impact dans le cas des médecins puisque la classification des professions et catégories socioprofessionnelles pour ces populations est similaire dans les deux nomenclatures.

Dans SIASP, les médecins, comme tous les agents publics, sont également identifiés par leur statut de la fonction publique hospitalière. Que ce soit pour la PCS ou le statut, l'identification repose sur la déclaration de l'employeur ce qui demande un retraitement de la part de l'Insee et constitue une source d'imprécision dans la délimitation du champ des médecins.

[10] Issue de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics (PCS-ESE) de l'Insee.

2.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

Chaque mois, l'employeur transmet un fichier structuré qui décrit, pour chaque salarié, les éléments du contrat de travail, les éléments de rémunération et le volume d'activité. La maîtrise d'ouvrage opérationnelle de cette collecte est assurée par le Groupement d'intérêt public pour la modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS). Ce fichier est réceptionné et contrôlé par l'Urssaf-Acoss, qui effectue des contrôles de structure, de syntaxe et de cohérence (bloquants lorsqu'ils ne sont pas satisfaits) avant redistribution aux organismes destinataires, dont l'Insee. L'objectif premier de ce processus étant le prélèvement des cotisations sociales, les variables relatives à la rémunération font l'objet d'une standardisation et d'un contrôle plus strict de la part du GIP-MDS puis de l'Urssaf-Acoss, assurant une meilleure qualité de la donnée que les variables relatives aux volumes d'activité.

L'Insee se charge de la production des bases de données BTS et SIASP à partir de ces flux de déclarations mensuels. Après un contrôle de vraisemblance sur les variables structurantes (identification des employeurs, commune de résidence, catégorie socioprofessionnelle) les informations sont reconstituées pour correspondre à l'unité statistique du poste à l'échelle d'une année entière. Depuis le millésime 2022, les employeurs publics ont basculé en DSN, ce qui a introduit des ruptures méthodologiques entre les millésimes 2021 et 2022 de BTS et de SIASP. Par ailleurs, les chaînes de productions de BTS et de SIASP restent distinctes malgré une donnée source commune ; la constitution de la base SIASP contenant des éléments spécifiques aux postes de la fonction publique (grades, primes, heures supplémentaires), qui demandent des retraitements complémentaires, en partenariat avec la DGAFP.

2.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Les données de la BTS-Postes permettent de calculer des effectifs de médecins par PCS et de mesurer la part des médecins salariés multi-actifs, sans pouvoir caractériser la multi-activité à l'aune de l'exercice mixte. Le croisement entre PCS et domaine d'emploi de l'employeur (l'un des trois versants de la fonction publique d'une part et autres domaines relevant du secteur privé d'autre part) dans BTS-Postes permet de comptabiliser les effectifs de médecins salariés, en personnes physiques ou en équivalent temps plein (ETP) (cf. encadré 1). Par définition, les praticiens libéraux ne sont pas intégrés au système des DSN.

Au 31 décembre 2023, 94 427 médecins occupaient un poste à l'hôpital public d'après les données BTS-Postes, soit 77 628 ETP, et 18 940 médecins en clinique privée, soit 13 084 ETP (cf. tableau 3). Les données SIASP, issues de la même source, présentent un chiffre très légèrement supérieur, avec 94 468 médecins exerçant à l'hôpital public au 31 décembre 2023.Hors hôpital, 25 351 médecins exerçaient de manière salariée hors secteur public, tandis que 7 320 médecins sont agents de la fonction publique.

Annexe I

Encadré 1 : Définition des concepts d'effectifs

Un même individu peut apparaître plusieurs fois dans les bases de données BTS-Postes et SIASP, respectivement, pour une même année s'il a occupé plusieurs postes.

Les **effectifs, comptabilisés en personnes physiques**, représentent le nombre d'individus ayant été employés à un poste correspondant à l'une des PCS des populations de médecins, en poste au 31 décembre de l'année considérée.

Ne sont comptabilisées que les personnes physiques employées à des **postes non annexes**, c'est-à-dire dont la rémunération est supérieure à 3 SMIC mensuels ou dont la durée d'emploi dépasse 30 jours et 120 heures et que le rapport nombre d'heures/durée est supérieur à 1,5, et définis comme **actifs** au 31 décembre.

Le **nombre d'ETP représente la somme de tous les équivalents temps plein annuel** des postes vérifiant la définition de la sous-population d'intérêt, en poste au 31 décembre de l'année considérée, employés à des postes non annexes et actifs.

Source : IGF pôle science des données.

Tableau 3 : Effectifs de médecins selon la PCS et le domaine d'emploi au 31 décembre 2023

PCS	Domaine d'emploi	Effectif BTS en personnes physiques	Effectif BTS en ETP	Effectif SIASP en personnes physiques
Médecins hospitaliers sans activité libérale	Hors fonction publique	18 940	13 084	-.
	Fonction publique	94 427	77 628	94 468
Médecins salariés non hospitaliers	Hors fonction publique	25 351	14 740	-
	Fonction publique	7 320	5 159	7 262
Total		146 038	110 611	101 730

Source : BTS-Postes 2023, SIASP 2023, calculs : IGF pôle science des données.

Note de lecture : Au 31 décembre 2023, 18 940 personnes physiques occupaient un poste relevant de médecin hospitalier dans le secteur privé, ce qui correspondait à 13 084 ETP. La comparaison avec les données SIASP ne sont disponibles que pour les postes relevant de la fonction publique. Le total correspond au nombre de personnes physiques avec au moins un poste dans l'une des trois PCS du champ. Il est donc inférieur à la somme des effectifs de chaque PCS et domaine d'emploi du fait de la multi-activité (cf. tableau 4).

Néanmoins, la fiabilité de la variable de PCS est limitée, en particulier dans le cas de BTS-Postes pour le secteur privé. La catégorie de PCS, au niveau du code à quatre chiffres, relève de la déclaration de l'employeur. La qualité de cette déclaration est insatisfaisante pour le secteur privé de manière générale, et la variable contient une forte proportion de valeurs d'échappements, telles que « 999 », qui permettent de renseigner le champ même en cas d'incertitude. L'Insee s'appuie sur le libellé d'emploi, saisi librement chaque mois et pour chaque contrat, afin de fiabiliser l'information fournie par la PCS. Dans le cas de la fonction publique, la donnée correspondant au grade permet à l'Insee d'utiliser de l'information pour déterminer la PCS. Ce travail aboutit au redressement d'environ 20 % des valeurs de PCS déclarées.

Dans les données BTS-Postes et SIASP, chaque poste est rattaché à un identifiant unique de salarié, ce qui permet d'identifier les différents contrats de travail que remplit un salarié, au cours d'une année ou à une date précise. L'activité des médecins se caractérise par le cumul de plusieurs employeurs simultanés (exercice mixte public-privé, cumul de postes hospitaliers, vacations, activités d'enseignement) soit plusieurs contrats simultanés. La structure des données issues des DSN a l'avantage de contenir l'exhaustivité des contrats salariés et donc, en théorie, d'analyser ces configurations (cf. encadré 2).

Encadré 2 : Définition de la multi-activité salariée

La mesure de la multi-activité des médecins tire profit du fait qu'un même individu peut apparaître plusieurs fois dans les bases de données BTS-Postes s'il a occupé plusieurs postes non consécutifs au sein d'un même établissement, ou dans des établissements différents.

Dans cette annexe, la multi-activité est définie, pour un même individu, comme le fait d'occuper plusieurs postes salariés (médicaux ou non-médicaux) actifs au 31 décembre de l'année considérée, peu importe qu'ils soient principaux ou secondaires, annexes ou non-annexes.

La multi-activité médicale se définit comme le fait, pour un médecin, d'occuper au moins deux postes actifs dans une PCS caractéristique des médecins au 31 décembre.

La multi-activité non-médicale se définit comme le fait, pour un médecin, d'occuper au moins un poste additionnel ne relevant pas d'une PCS de médecins

Source : IGF pôle science des données.

L'analyse, pour un même médecin salarié, de la nature en termes de PCS des différents postes qu'il occupe au 31 décembre de l'année considérée permet de constater que :

- le nombre de praticiens en multi-activité médicale, diminue de 25 % entre 2019 et 2023, de 24 887 médecins à 18 673 (cf. tableau 4) ;
- la multi-activité non-médicale concerne 9 % des médecins salariés en 2023 et connait une dynamique stable entre 2019 et 2023. Dans le cas des médecins de la FPH en multi-activité médicale, près de 65 % des postes non-médicaux occupés en 2023 se rattachent à des activités d'enseignement. Ces postes représentent environ 25 % des postes non-médicaux occupés par les médecins salariés hors FPH ;
- cette définition de la multi-activité manque d'une compréhension précise de la nature de la multi-activité des médecins en termes de type de postes et repose indistinctement sur la prise en compte des postes principaux, secondaires, annexes et non-annexes.

Tableau 4 : Statistiques de la multi-activité médicale et non médicale (effectif physique)

PCS	Domaine d'emploi	Effectif en multi-activité médicale 2019	Part de l'effectif total 2019	Effectif en multi-activité médicale 2023	Part de l'effectif total 2023	Effectif en multi-activité non-médicale 2019	Part de l'effectif total 2019	Effectif en multi-activité non-médicale 2023	Part de l'effectif total 2023
Médecins hospitaliers sans activité libérale	Hors fonction publique	4 580	27 %	4 123	22 %	1 053	6 %	1 028	5 %
	Fonction publique	19 793	22 %	14 009	15 %	7 402	8 %	9 963	11 %
Médecins salariés non hospitaliers	Hors fonction publique	6 742	28 %	6 514	26 %	1 480	6 %	1 353	5 %
	Fonction publique	1 451	18 %	1 195	16 %	638	8 %	514	7 %
Total		**24 887**	**19 %**	**18 673**	**13 %**	**9 925**	**8 %**	**12 182**	**9 %**

Source : DADS 2019, BTS-Postes 2021 et 2023, calculs : IGF pôle science des données.

Note de lecture : En 2023, 14 009 médecins occupant un poste dans la FPH occupaient également au moins un autre poste relevant d'une PCS de médecins, ce qui représentait 15 % de l'ensemble des médecins de la FPH. Au total, 13 % des effectifs de médecins salariés exerce une multi-activité médicale en 2023.

Néanmoins, la manière dont les spécificités de l'activité médicale se traduisent dans les déclarations n'est pas suffisamment comprise par la statistique publique à ce stade pour fournir des éléments d'analyse. L'identification de la nature des contrats courts des médecins, notamment non-titulaires, dans les données issues des DSN ne permet pas encore de caractériser les particularités de la multi-activité. L'Insee travaille, dans le cadre de la production du millésime 2024 de SIASP, à un meilleur traitement du cas de cumul d'activités médicales et d'enseignement, en ajoutant un grade indemnitaire ou un type de contrat particulier pour ces salariés. Par ailleurs, l'analyse et le suivi de l'intérim médical à partir des DSN présentent des difficultés similaires, et à ce jour aucune étude produite à partir des DSN ne permet de caractériser cette pratique ni d'objectiver ses évolutions tendancielles. Les différents millésimes de BTS-Postes rendent compte de l'activité des médecins au cours de deux années consécutives. Les mobilités des médecins, telles que la sortie du salariat pour le libéral ou la cessation d'activité, l'entrée dans le salariat, le changement de profession salariale, apparaissent donc dans ces données, mais l'usage de la PCS des postes comme variable identifiante de ces changements limite la fiabilité des analyses.

La caractérisation de la multi-activité des médecins est un sujet qui reste insuffisamment appréhendé par la statistique publique et par les établissements en charge de la gestion de personnels médicaux, en particulier dans le secteur hospitalier. Le traitement du RPPS par la Drees se limite à renseigner les effectifs en exercice mixte, et certaines études abordent le sujet de la multi-activité au détour d'autres problématiques relatives à l'offre de soin[11]. Néanmoins, aucune source de données de la statistique publique ne correspond parfaitement à la classification issue du RPPS, ce qui conduit à des points aveugles pour l'analyse de la multi-activité à partir de chacune de ces sources (cf. tableau 5). La Drees a saisi cet enjeu et envisage un appariement des fichiers issus des DSN avec la Base non salariée (BNS) de l'Insee, via un identifiant individuel unique, afin de caractériser l'exercice mixte libéral-salarié, sans l'avoir mis en place à ce stade.

[11] Le numéro 1229 de la collection Études et résultats, publiée par la Drees en mai 2022 et rédigé par Myriam Biais, Matthieu Cassou et Carine Franc porte sur les conditions de travail des médecins généralistes selon leur mode d'exercice. Cette étude aborde notamment l'effet du mode d'exercice sur le temps dédié aux activités secondaires non libérales (activité salariée, vacations) et montre que l'exercice groupé favorise la pratique d'activités secondaires.

Annexe I

Tableau 5 : Comparaison des effectifs de médecins en 2021 selon les sources de données et les modes d'exercice

Spécialité	Mode d'exercice	RPPS 2021	BTS-Postes 2021	SIASP 2021	BNS 2021	SNDS 2021	Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021	Panel médecins généralistes 2018-2022
Médecins généralistes	Libéral	57 533	-.	-.	55 570	52 291	37 516	34 780
	Mixte	8 365	-.	-.	17 731		16 303	10 132
	Hospitalier	17 652	-.	-.	-.		-.	
	Autre salarié	17 071	-.	-.	-.	-.	-.	
Spécialistes	Libéral	42 895	-.	-.	28 610	55 021.	32 965	-.
	Mixte	19 105	-.	-.	16 273		18 130	-.
	Hospitalier	50 284	-.	-.	-.		-.	-.
	Autre salarié	15 041	-.	-.	-.	-.	-.	-.
Total	Libéral	100 428	-.	-.	84 180	107 312	70 258	34 780
	Mixte	27 470	108 784	94 960	34 004		34 351	10 132
	Hospitalier	67 936			-.		-.	
	Autre salarié	32 112	31 499	7 952	-.	-.	-.	
Total		227 946	140 283	102 912	118 184	107 312	104 609	44 912

Source : RPPS-Drees ; Insee BTS-Postes, SIASP et BNS ; Cnam SNDS ; Drees panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, et appariement Insee-Cnam-DGFIP. Calculs : IGF pôle science des données. Note : Les effectifs de médecins généralistes calculés par la mission ne contiennent pas les MEP dans les données du SNDS, de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP et du panel médecins généralistes. Les données de la colonne SNDS sont issues des données agrégées mises en ligne en libre accès par la CNAM, afin de représenter toutes les spécialités, au-delà de l'échantillon choisi par la mission. Les chiffres issus de la BTS-Postes et du SIASP sont déterminés à partir des PCS, sans exclusions particulières d'observations par la mission. Les chiffres issus de la BNS sont déterminés à partir des secteurs d'activité des non-salariés, sans exclusions particulières. Les effectifs du panel médecins généralistes sont issus du redressement de l'échantillon réalisé par la Drees afin de le rendre représentatif. Les chiffres de l'appariement Insee-Cnam-DGFiP ne contiennent que les observations pour lesquels l'appariement entre RPPS et numéro fiscal a pu être effectué. Hormis les données du panel médecins généralistes, les autres sources sont construites à partir de données administratives.

L'appariement entre le numéro RPPS et le numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physique (NIR), aussi appelé le « numéro de sécurité sociale », permettrait un appariement entre les données d'exercice libéral et les données de contrats salariés, permettant d'exploiter plus largement les déclarations sociales nominatives se rattachant aux médecins. En pratique, ce travail demande de recourir au Code statistique non signifiant[12] (CSNS) qui permet l'appariement de fichiers à des fins statistiques sans recourir directement au NIR, afin de garantir la protection des données personnelles.

Proposition n° 1 : Constituer un répertoire des médecins contenant leur identifiant du répertoire partagé des professionnels de santé et leur code statistique non signifiant afin de constituer une base d'appariement entre les données d'exercice salarié et d'activité libérale. Les données de volume de travail dans BTS-Postes et SIASP ne mesurent pas le temps de travail effectif et font l'objet de retraitements trop conséquents pour fournir une source de suivi du temps de travail

2.1.4. Les données

Les DSN contiennent des variables de temps de travail, notamment la durée des contrats, la quotité de travail (exprimée en équivalent temps plein), et le nombre d'heures rémunérées. Dans le cas des données SIASP, les variables d'heures supplémentaires (en distinguant structurelles, inscrites dans le contrat de travail, complémentaires, non inscrites dans le contrat de travail, et défiscalisées) et de primes sont remontées en complément. La variable du nombre d'heures annuelles rémunérées comprend notamment les heures supplémentaires, les congés et les RTT.

2.1.5. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

Les informations correspondantes au volume d'activité (ETP et nombre d'heures rémunérées) dans les DSN ne sont valorisées que lorsqu'une rémunération de type salaire brut servant aux calculs des droits de l'assurance chômage est déclarée, ce qui n'est pas systématique pour les fonctionnaires titulaires. En pratique, la note méthodologique de SIASP précise que seules 49 % des DSN de postes d'agents de la fonction publique présentaient des informations du volume d'activité complété en 2022. **Au sein de la fonction publique hospitalière (FPH), 26 % seulement des valeurs du nombre d'heures font l'objet d'un redressement par l'Insee du fait d'une non-déclaration** (cf. tableau 6).

Néanmoins, l'activité hospitalière fonctionne selon un régime de temps de travail organisé en obligations de service hebdomadaires (dix demi-journées pour un temps plein pour la plupart des médecins salariés, cf. annexe II), complétées par des gardes et astreintes rémunérées séparément et du temps de travail additionnel, équivalent à des heures supplémentaires. Les éléments de rémunération spécifiques aux gardes peuvent ne pas être rattachés aux variables de durée mais apparaître uniquement dans les blocs de rémunération.

[12] Le CSNS, définit par l'article 34 de la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique, est un service proposé par l'Insee, qui permet d'appliquer au NIR une opération de chiffrement irréversible et ainsi obtenir une clé d'appariement qui rend impossible l'identification individuelle des personnes concernées.

Par conséquent, les valeurs déclarées au titre des heures rémunérées peuvent ne pas refléter précisément les heures effectives d'activité dans le cas des médecins. Pour certaines de ces sous-populations spécifiques, les informations disponibles dans les DSN ne permettent pas d'estimer un volume d'activité précis et le redressement des variables de temps de travail est réalisé à partir de conventions. Cette méthode permet d'assurer la cohérence interne de la base en évitant des estimations artificiellement volatiles. Dans le cas des internes en médecine, la note méthodologique de SIASP indique que le temps de travail est redressé sur la base d'un temps plein théorique de 35 heures hebdomadaires, quelle que soit la réalité des obligations de service. Les indicateurs de temps de travail qui en découlent ne reflètent donc pas l'activité réelle des médecins de ces catégories.

Tableau 6 : Part des observations de la variable nombre d'heures redressées ou déclarées, par PCS et domaine d'emploi

PCS	Domaine d'emploi	Part des observations déclarées	Part des observations redressées
Médecins hospitaliers sans activité libérale	Hors fonction publique	54 %	46 %
	Fonction publique	74 %	26 %
Médecins salariés non hospitaliers	Hors fonction publique	75 %	25 %
	Fonction publique	74 %	26 %
Total		81 %	19 %

Source : BTS-Postes 2023, calculs : IGF pôle science des données

La variable de quotité de travail, exprimée en ETP, fait également l'objet de redressement par l'Insee. Ce travail vise à repérer des anomalies statistiques de la variable ETP, au regard des rémunérations brutes et nettes notamment : les variables de rémunérations étant plus fiables, un salaire en ETP « *aberrant* »[13] est considéré comme un indice d'erreur déclarative de la variable ETP. La nature du poste et la modalité d'exercice sont également des variables utilisées pour fiabiliser la variable de quotité de travail. Dans le cas où aucune estimation fiable n'est possible, ces variables sont imputées par le biais d'un algorithme qui repose sur des champs conditionnels successifs et sur plusieurs modèles prédictifs, afin d'affiner l'imputation.

L'analyse de ces anomalies et la mise en cohérence s'effectue à l'échelle du poste et non du salarié. Pour un même salarié qui aurait plusieurs postes, la cohérence des valeurs d'ETP et de volume de travail des différents postes n'est pas évaluée et rétablie *a posteriori*. Certaines catégories de médecins (comme les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) dont les modalités de répartition de l'exercice entre enseignement et exercice médical sont spécifiées par le statut) donnent lieu à des traitements conventionnels spécifiques dans SIASP afin de limiter l'interprétation des variables de temps de travail. En l'occurrence, le taux de quotité moyen et le nombre d'heures rémunérées des PU-PH sont fixés par convention dans les bases statistiques issues des DSN, pour représenter une activité égale à la moitié d'un temps plein sur leurs postes de professeurs des universités, et la moitié d'un temps plein sur leurs postes de praticiens hospitaliers, peu importe leurs modalités d'exercice effectif.

[13] Le caractère aberrant d'un salaire en ETP ne fait pas l'objet d'une définition précise. D'après les interlocuteurs rencontrés par la mission, il est évalué à l'aune « des variables de durée, de salaire, de catégorie socio-professionnelle, de secteur d'activité et de type d'emploi (apprenti, stagiaire, emploi aidé ou ordinaire) ».

Les données d'heures supplémentaires et de primes dans SIASP souffrent d'une trop forte hétérogénéité des comportements déclaratifs et ne présentent pas une fiabilité suffisante pour mener des analyses et des comparaisons. D'une part, les employeurs tendent, lors de la déclaration, à regrouper les montants de primes selon leurs statuts en termes de cotisations sociales. D'autre part, le GIP-MDS poursuit une doctrine de simplification des DSN qui appuie l'homogénéisation des déclarations au regard des statuts fiscaux des heures supplémentaires. La collecte des informations via les DSN répond davantage à des objectifs opérationnels que statistiques. Dans le cas des heures supplémentaires, les implications en termes de rémunérations étant limitées dans la fonction publique, il n'existe pas une incitation à détailler les volumes réalisés. L'Insee est donc dépendant de ces configurations de remontée de l'information pour produire les bases BTS-Postes et SIASP. Par ailleurs, dans le cas de la FPH, il n'existe pas d'autre canal de remontée des données, à l'inverse de la FPE (à travers le SI *INDIA REMU* notamment), qui permettrait de croiser l'information afin de fiabiliser les données issues des DSN.

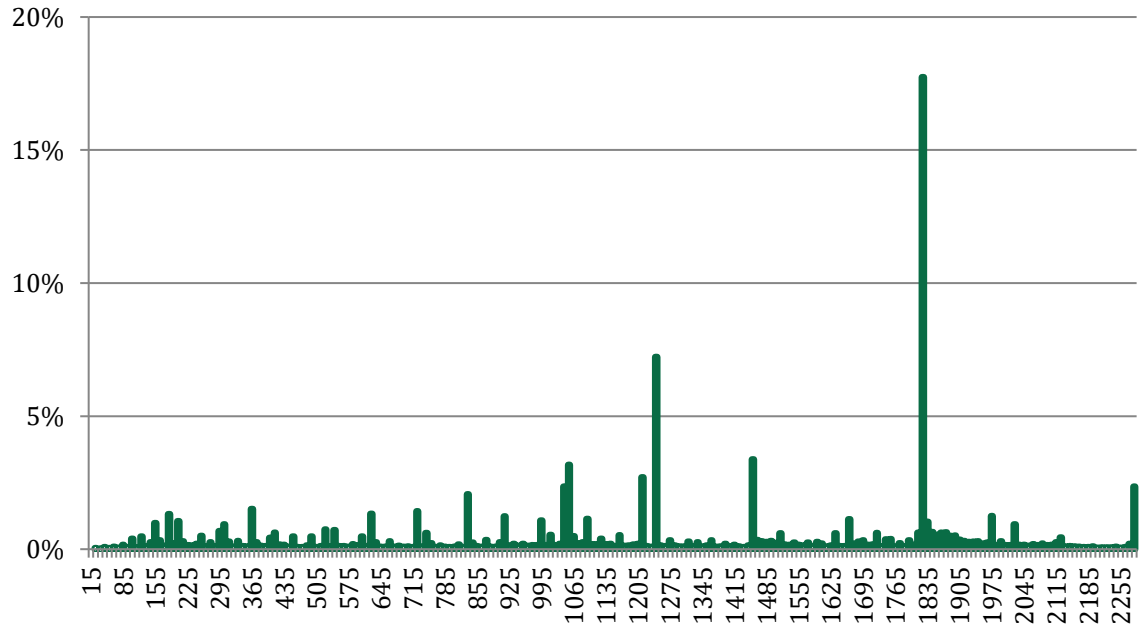
2.1.6. Les possibilités d'exploitation et les limites

La distribution des valeurs de la variable du nombre d'heures rémunérées présente de forts effets de pics. La valeur de 1 820 heures, qui correspond théoriquement à un temps plein annuel sur un rythme de travail hebdomadaire de 35 heures[14], hors heures supplémentaires, regroupe la plus forte proportion des observations. Or, ce volume horaire ne représente pas la situation effective des médecins salariés de la FPH. Par ailleurs (cf. graphique 2) :

- 15 % des postes présentent des durées de travail rémunéré supérieures à 35 h, dont 2 % à 2 280 h ce qui correspond à 44 heures par semaine en moyenne ;
- 7 % des contrats correspondent à des contrats de temps partiel à 0,7 ETP ;
- 28 % des postes salariés de la FPH correspondent à des durées de travail inférieures à 0,5 ETP.

[14] La documentation technique du millésime 2023 de la base de données SIASP précise que « étant associé à la rémunération, le nombre d'heures comprend ainsi les congés annuels et les jours fériés. Ainsi, un agent ayant travaillé toute l'année à temps plein sur un rythme de travail hebdomadaire de 35 heures par semaine totalise 1 820 heures. ».

Graphique 2 : Part des postes salariés par tranche de 10 heures de la variable du nombre d'heures rémunérées, médecins de la fonction publique hospitalière



Source : BTS-Postes 2023, calculs : IGF pôle science des données.
Note de lecture : En 2023, 18 % des postes de médecins de la fonction publique hospitalières avaient un nombre d'heures rémunérées compris entre 1 820 heures dans les DSN.

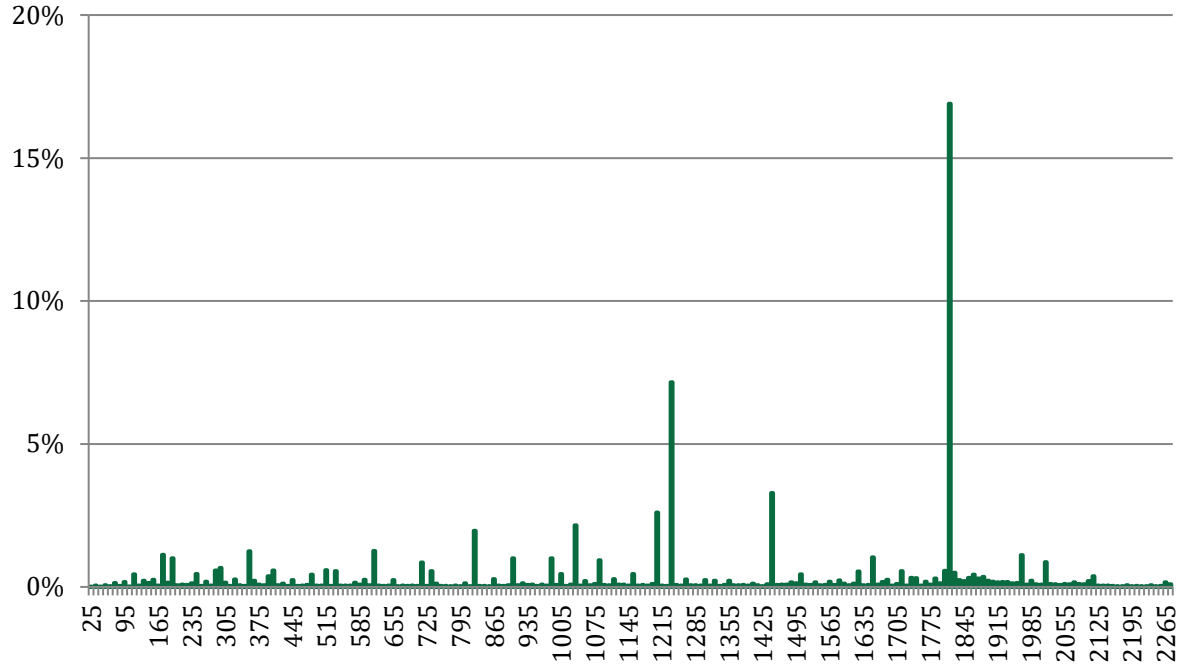
Ce résultat confirme que :

- dans la FPH, la variable du nombre d'heures rémunérées telles que remplies dans les DSN ne représente pas l'activité réelle des médecins, que ce soit en termes d'obligations de service hebdomadaires ou de gardes et astreintes ;
- une part importante des contrats concerne des quotités de travail inférieures à un temps plein sans qu'il soit évident d'identifier à quelle structuration de l'exercice hospitalier ils se rattachent (CDD, temps partiels, vacation, cumul d'activité libérale-hospitalière).

Le travail d'imputation du nombre d'heures rémunérées, effectué par l'Insee, modifie la distribution de cette variable et permet de constater des hétérogénéités pour une même population entre deux bases, quand bien même celles-ci s'appuient toutes deux sur les données issues des DSN :

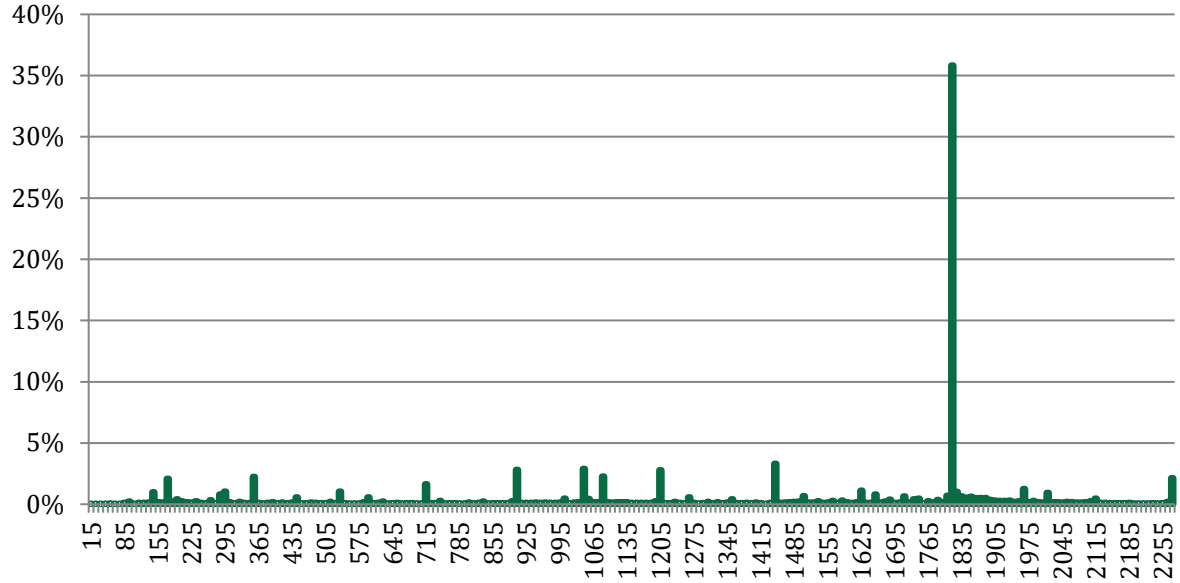
- d'une part, la distribution du nombre d'heures des observations pour lesquelles cette valeur est déclarée révèle, par comparaison, que l'imputation du nombre d'heures rémunérées sur la base de variables d'activités (salaire net, salaire horaire, nombre d'ETP) tend à alimenter le haut de la distribution (cf. graphique 3). En effet, sans retraitement, le pic observé autour de 2 280 h dans la variable retraitée, contenant à la fois les valeurs déclarées et celles imputées (cf. graphique 2) n'apparait pas dans le graphique qui présente les valeurs déclarées uniquement. Ce résultat suggère que les heures déclarées sous-estiment le temps de travail réalisé et que par ailleurs, l'imputation se fait de manière uniforme pour les PCS correspondantes, sans appréhension précise du temps de travail effectif ;
- d'autre part, sur le même champ de la FPH, les données SIASP fournissent une distribution de la variable du nombre d'heures rémunérées sensiblement différente et plus homogène (cf. graphique 4). Puisque BTS-Postes et SIASP disposent de chaînes de production distinctes, la manière de retraiter les flux de données des DSN influence vraisemblablement les résultats du temps de travail des médecins de la FPH.

Graphique 3 : Part des postes salariés par tranche de 10 heures de la variable du nombre d'heures rémunérées, heures imputées exclues, médecins de la fonction publique hospitalière



Source : BTS-Postes 2023, calculs : IGF pôle science des données.

Graphique 4 : Part des postes salariés par tranche de 10 heures de la variable du nombre d'heures rémunérées, médecins de la fonction publique hospitalière (SIASP)



Source : SIASP 2023, calculs : IGF pôle science des données.

La possibilité de disposer, dans SIASP, de variables supplémentaires concernant les heures supplémentaires, n'apporte pas d'éléments d'analyses satisfaisant du fait d'un faible taux de remplissage (cf. tableau 7). Le meilleur taux d'observations de valeurs non manquantes et non nulles est atteint dans le cas des heures supplémentaires complémentaires pour les médecins de la FPH avec taux de 16 %.

Tableau 7 : Taux d'observations ayant des valeurs non manquantes ou non nulles concernant les variables d'heures supplémentaires dans SIASP

PCS	Nombre de postes	Heures supplémentaires complémentaires	Heures supplémentaires défiscalisées	Heures supplémentaires totales
Médecins hospitaliers sans activité libérale	142 640	16 %	4 %	16 %
Médecins salariés non hospitaliers	10 041	6 %	1 %	6 %
Internes en médecine, odontologie et pharmacie	192 300	1 %	0 %	1 %

Source : SIASP 2023, calculs : IGF pôle science des données.

Note de lecture : Dans le cas des médecins hospitaliers, 16 % des observations présentent des valeurs non manquantes ou non nulles. Les statistiques concernant le nombre d'heures supplémentaires structurelles n'apparaissent pas pour des raisons de secret statistique du fait d'un nombre très limité d'observations avec des données.

Les variables de primes dans SIASP ne permettent pas d'analyses complémentaires en termes de temps de travail, soit du fait d'un taux de remplissage insuffisant, soit du fait d'une absence d'indexation de la prime sur les volumes d'activité. Dans le cas des médecins de la FPH, seule l'indemnité de sujétion spécifique présente un taux de remplissage non négligeable, à hauteur de 22 % (cf. tableau 8). Toutefois, l'indemnité de sujétion spécifique est calculée en pourcentage du traitement indiciaire brut, en fonction de la catégorie statutaire et sans lien avec le nombre d'heures travaillées[15].

Tableau 8 : Taux d'observations exploitables des variables de primes dans SIASP

PCS	Traitement complémentaire	Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise	Indemnité de sujétion spéciale	Indemnité de sujétion spécifique	Prime Ségur
Médecins hospitaliers sans activité libérale	0 %	0 %	0 %	22 %	0 %
Médecins salariés non hospitaliers	40 %	42 %	0 %	0 %	2 %
Internes en médecine, odontologie et pharmacie	0 %	0 %	17 %	2 %	0 %

Source : SIASP 2023, calculs : IGF pôle science des données.

Note de lecture : Les primes ayant un remplissage quasiment nul pour toutes les PCS de médecins ne sont pas présentes dans ce tableau. Il s'agit du complément indemnitaire annuel, de l'indemnité mensuelle de technicité, de la nouvelle bonification indiciaire, et de la prime de sujétion spécifique.

[15] Décret n° 2024-378 du 25 avril 2024.

2.2. La Base non-salariés (BNS) n'est pas adaptée aux spécificités de l'activité et de la rémunération des médecins libéraux dans l'objectif d'analyser l'exercice mixte

2.2.1. Les données

La Base non-salariés (BNS) est produite annuellement par l'Insee à partir de deux sources administratives fiscales et sociales :

- les données de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss-Urssaf), qui couvrent le champ non-agricole ;
- les données de la Mutualité sociale agricole (MSA) pour la sphère agricole.

Elle recense l'ensemble des individus ayant exercé une activité non salariée au cours de l'année, qu'il s'agisse d'entrepreneurs individuels, de micro-entrepreneurs, de gérants majoritaires de sociétés ou de membres de professions libérales, en l'occurrence les médecins libéraux.

Les médecins libéraux sont identifiés à partir du code d'activité principale de l'entreprise, issu de la nomenclature d'activités française[16](NAF) et d'une variable indicatrice de profession libérale, ce qui revient à distinguer :

- les individus relevant de l'**activité des médecins généralistes** (code 86.21Z) ;
- les individus relevant des **autres activités des médecins spécialistes** (code 86.22Z), en distinguant :
  - activités de radiodiagnostic et de radiothérapie (86.22A) ;
  - activités chirurgicales (86.22B) ;
  - autres activités des médecins spécialistes (86.22C).
- les individus relevant de l'activité hospitalière, non salariée, donc minoritaire.

Pour chaque individu non salarié, la BNS renseigne un ensemble de variables relatives à l'activité non salariée comme le revenu d'activité annuel, le revenu brut ou la durée d'affiliation dans l'année.

La BNS contient également des variables relatives à l'activité salariée de l'individu lorsque celui-ci dispose d'un contrat salarié en parallèle de son activité non salariée. Ces variables, issues de BTS, permettent de caractériser l'activité salariée à l'aune du secteur d'activité de l'employeur, du domaine d'emploi, de la durée de paie de l'activité salariée, du nombre d'heures salariées, du salaire brut et du code PCS de l'activité salariée.

La base dispose également d'une variable de statut principal au cours de la dernière semaine de l'année considérée, qui classe chaque individu selon la prédominance relative de ses revenus non-salariés et salariés, permettant d'identifier les individus dont le revenu non salarié est supérieur à la somme des salaires nets (qui sont donc comptabilisés comme principalement non-salariés). Le taux de remplissage de 97 % de cette variable en permet l'exploitation.

Pour chaque millésime de BNS, les variables sont disponibles pour les années N et N-1, à méthodologie constante, permettant notamment d'identifier des changements de statuts. Le dernier millésime disponible à la date de la mission sur le CASD concerne les données de l'année 2022.

[16] Voir Nomenclature d'activités française | Insee.

2.2.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

L'unité statistique de la BNS est l'individu non salarié, identifié par un numéro de sécurité sociale (NIR) pseudonymisé, qui constitue clé de chaînage entre les sources de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), de la mutualité sociale agricole (MSA) et des données issues des DSN mobilisées dans la construction de la base. L'Acoss transmet à l'Insee un fichier annuel consolidé retraçant, pour chaque affilié, les éléments de cotisation et les revenus d'activité déclarés aux Urssaf au titre de l'année fiscale de référence, qui représentent la base des données de revenus non-salariés dans la BNS. En particulier, les revenus d'activités renseignés correspondent aux bénéfices non commerciaux (BNC) déclarés, nets des charges professionnelles déductibles.

Dans le cas des médecins libéraux, les revenus dans la BNS ne sont pas assimilables aux honoraires bruts perçus et sont sensibles aux structures d'exercice retenues par le praticien. À ce titre, l'exercice en nom propre se distingue notamment de l'exercice en société d'exercice libérale[17] (SEL), qui reverse les revenus d'activité sous forme de salaire aux médecins libéraux associés de la SEL. Pour l'analyse des revenus des médecins libéraux, les données issues de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP (cf. section 3.2) sont donc plus adaptées puisque les retraitements effectués permettent de tenir compte des spécificités de l'exercice non-salarié des médecins libéraux.

L'appariement entre les données de BNS issues de l'Acoss et de la MSA et les données BTS issues des DSN se fait à partir des variables du poste principal salarié au 31 décembre. Cette absence de consolidation de l'activité salariée à l'échelle d'un individu au cours de l'année limite l'analyse de la structure globale d'activité des médecins libéraux en exercice mixte en sous-estimant le volume d'activité libérale des médecins en exercice mixte.

2.2.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

La BNS constitue la source de référence pour le suivi des effectifs et des revenus des travailleurs non-salariés, dont les médecins libéraux. L'édition de 2025 du document Insee Références sur l'emploi et les revenus des indépendant[18] documente notamment les effectifs et niveaux de revenus des professions libérales de santé, et permettent des comparaisons entre médecins généralistes et spécialistes (cf. tableau 9). L'utilisation du secteur d'activité pour identifier les médecins libéraux ne permet pas d'analyser plus finement la catégorie des médecins spécialistes.

Tableau 9 : Structure de l'emploi non-salarié et revenus d'activité mensuels des médecins en 2022

Secteur d'activité	Effectif au 31/12 (en milliers)	Part des pluriactifs	Revenus mensuels moyen (€)
Médecine	127	23,4 %	9 530
dont Médecine générale	73	18,7 %	7 840
dont Médecine spécialisée, analyses médicales	55	29,6 %	11 810

[17] Les médecins exerçants dans des sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), à actions simplifiées (SELAS) ou à forme anonyme (SELAFA) sont à la fois associé et salarié de la structure. Dans ce cas, la rémunération est versée sous forme de salaire par la SEL à son associé-gérant. Or, cette rémunération correspond économiquement à un revenu d'activité libérale redistribué sous forme salariale pour des raisons fiscales et sociales, le statut de salarié de sa propre SEL permettant notamment d'accéder au régime général de l'assurance maladie et de moduler l'assiette des cotisations sociales.

[18] Insee, Emploi et revenus des indépendants, 2025, Insee Références.

Source : Insee Références Emploi et revenus des indépendants, édition 2025.

Les données BNS permettent d'obtenir des éléments d'analyse sur l'exercice mixte des médecins libéraux, avec une caractérisation précise de l'emploi salarié issue de l'appariement avec les données BTS. En particulier, la BNS est la seule source administrative publiée annuellement qui permet de caractériser, à l'échelle individuelle, l'activité libérale et l'activité salariée d'un même médecin. L'analyse de la composante salariée peut être précisée, à la fois en termes de revenus et de volume d'activité (notamment en nombre d'heures, avec les limites évoquées concernant cette variable dans les données BTS, mais également en termes de nature de l'activité salariée, à l'aune des variables de PCS, de secteur d'activité, de domaine d'emploi ou de catégorie juridique de l'employeur. La distinction entre activité salariée médicale et non-médicale des médecins peut donc être analysée à partir des données de la BNS, ce que les données de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP ne permettent pas, en ne précisant pas la source des revenus salariés.

Par ailleurs, les données BNS ne contiennent aucune variable précise sur le temps de travail à titre libéral, et le volume d'activité ne peut être approximé uniquement par le revenu d'activité. Étant donné que la BNS limite l'analyse de l'exercice mixte aux poste salarié principal occupé au cours de la dernière semaine de l'année considérée et ne retraite pas les variables de salaires à l'aune de l'exercice en SEL (cf. section 2.3.2), les bénéfices de son utilisation sont limités par comparaison à l'appariement Insee-Cnam-DGFIP. Néanmoins, un projet est en cours à la Drees afin de réaliser un appariement plus poussé des données des DSN avec la BNS, dans l'objectif de définir plus précisément la multi-activité des indépendants à l'aune des données salariées.

3. Les données du Système national des données de santé (SNDS) offrent des opportunités de suivi d'indicateurs d'activité, et peuvent être rapprochés des différents revenus d'activité des médecins grâce à l'appariement Insee-Cnam-DGFIP

3.1. Les données de remboursement et de facturation du SNDS permettent un suivi multi-dimensionnel de l'activité des professionnels de santé en ville, sans toutefois mesurer le volume horaire de travail

3.1.1. Les données

Le Système national des données de santé (SNDS), géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), constitue la principale source de données médico-administratives française. Il regroupe, pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, les données de remboursement relatives aux soins de ville et à l'hospitalisation ainsi que les causes médicales de décès.

Le SNDS se structure autour de deux composantes principales :

- le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui retrace les séjours hospitaliers et l'activité des établissements de santé à partir des données des établissements, remontées par l'Agence technique pour l'information hospitalière (ATIH) ;
- le Datamart de consommation inter-régimes (DCIR), qui enregistre l'ensemble des actes et prestations remboursés en ville par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, Mutualité sociale agricole et Sécurité sociale des indépendants).

Le DCIR constitue la source pertinente dans le cadre de l'analyse de l'activité et du temps de travail des médecins de ville. Il recense, à l'acte et au professionnel de santé, l'ensemble des remboursements de soins ambulatoires : consultations, visites, actes techniques et prescriptions. Chaque ligne correspond à un acte facturé, daté et attribué à un prescripteur identifié et/ou à un exécutant, ce qui permet de reconstituer, pour chaque médecin, un historique détaillé de son activité remboursée. Par ailleurs, le DCIR est apparié au RPPS, ce qui permet d'attribuer à chaque acte les caractéristiques du médecin exécutant comme la spécialité, le secteur de conventionnement, la nature et le département d'exercice.

Le DCIR couvre l'ensemble des actes remboursables inscrits à deux nomenclatures principales :

- la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui régit les actes cliniques des médecins (consultations (C, CS), visites (V), actes de téléconsultation) ainsi que les majorations tarifaires associées (majoration de coordination, de nuit, de week-end, etc.) ;
- la Classification commune des actes médicaux (CCAM), qui couvre les actes techniques médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique (actes chirurgicaux, endoscopies, imagerie interventionnelle, etc.).

Chaque acte est renseigné avec sa date de réalisation, son code nomenclature, son montant remboursé, le numéro d'identification du professionnel exécutant et le numéro d'identification du bénéficiaire. Cette granularité permet des reconstitutions fines de l'activité individuelle.

Le champ du DCIR se limite néanmoins aux actes facturés au titre de l'activité libérale du professionnel de santé (PS) et qui font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. D'une part, les dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 et de secteur 3 ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire et ne figurent donc pas dans les flux de facturation transmis à la Cnam. Seule la part remboursable de l'acte y est visible. Pour une part des médecins libéraux, notamment les spécialistes de secteur 2, les dépassements peuvent représenter une part significative de leur volume d'activité réel. D'autre part, les actes réalisés dans un cadre salarié relèvent d'autres systèmes d'information (PMSI pour l'hôpital, données RH pour les autres employeurs) et sont absents du DCIR. Cette limite est particulièrement structurante pour l'analyse des médecins en exercice mixte, dont la part libérale et la part salariée ne peuvent être consolidées dans une source unique.

3.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

Les données du DCIR sont issues des flux de facturation transmis par les professionnels de santé à l'assurance maladie lors de chaque acte remboursé. Elles sont exhaustives pour les actes remboursés par l'assurance maladie obligatoire et couvrent l'ensemble du territoire national. Elles sont disponibles avec un délai maximal d'environ six mois après la date de soin, le temps de la remontée des feuilles de soins ainsi que du traitement des flux de facturation par les Caisses primaires d'assurance maladie.

L'accès au SNDS est régi par le décret du 26 décembre 2016[19] et les dispositions de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019. Deux niveaux d'accès coexistent :

- l'accès permanent aux données exhaustives, réservé aux organismes gestionnaires du SNDS (Cnam, Drees, Santé publique France) ;
- l'accès sur projet, ouvert aux organismes publics et privés à but non lucratif sur autorisation de la CNIL, pour des projets de recherche, d'étude ou d'évaluation d'intérêt public.

La procédure d'autorisation implique le dépôt d'un dossier auprès de l'autorité d'enregistrement :de l'organisme dans le cas d'un accès permanent, ou Cnam dans le cas d'un accès sur projet. Le périmètre d'accès autorisé dépend de l'organisme et est délimité via des profils de connexion au portail SNDS[20]. Il concerne notamment :

- la profondeur historique (19 ans, 9 ans ou 5 ans) ;
- le croisement des identifiants potentiels ;
- l'affichage du numéro du professionnel de santé, chiffré ou en clair ;
- le niveau d'agrégation des données ;
- les tables supplémentaires fournies.

3.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Les données issues du SNDS sont exploitées par l'assurance maladie, la statistique publique, les acteurs de la sphère sociale et les organismes de recherche pour analyser les dépenses de santé, les parcours de soins ou encore les caractéristiques, socio-démographiques et cliniques, des bénéficiaires. Leur utilisation à des fins de mesure et d'analyse de l'activité des professionnels de santé reste plus marginale.

Néanmoins, la Cnam a produit une étude sur l'évolution de l'activité des médecins généralistes (MG) entre 2016 et 2024, en analysant des indicateurs tels que le nombre de jours d'exercice libéral, au global et décliné par jours de la semaine, file active et nombre de patients par PS[21]. Cette étude analyse les causes des évolutions observées, entre facteurs démographiques et hausse de l'intensité de l'activité (nombre d'actes ou de contacts par jour), mais n'intègre pas d'éléments sur les disparités d'activité au sein des MG. Il existe également des études académiques qui calculent un indicateur d'activité à partir des données du SNDS pour mesurer sa variation suite à une augmentation de la concurrence des PS (Pla *et al.*, 2020[22]) et à une revalorisation des tarifs de remboursement (Choné et Wilner, 2025[23]) ou pour l'utiliser comme contrôle du comportement d'adaptation des PS (Davin-Casalena *et al.*, 2024[24]).

---

[19] Décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé ».

[20] La liste des profils SNIIRAM SNDS autorisés par Organisme est disponible sur le site de la documentation collaboration du SNDS, dans la section Cnam / Formation / Calculette et habilitation.

[21] Cette étude a été communiquée par la Cnam à la mission sous la forme d'un support de présentation.

[22] Anne Pla, Philippe Choné et Élise Coudin, 2020, médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît, Drees, Études & Résultats n°1137.

[23] Philippe Choné et Lionel Wilner, 2025, Quels effets d'une revalorisation du tarif des consultations médicales sur l'offre de soins ?, IPP, Note IPP n°118.

[24] Bérengère Davin-Casalena, Dimitri Scronias, Yann Videau et Pierre Verger, 2024, How general practitioners in France are coping with increased healthcare demand and physician shortages. A panel data survey and hierarchical clustering, Health Policy, 149.

En revanche, le DCIR ne contient pas de mesure directe du temps de travail au sens horaire. Les actes qui remontent à la facturation n'étant pas horodatés, ces données ne renseignent ni la durée des consultations, ni les temps de coordination, de formation ou de tâches administratives.

Il est néanmoins possible de construire plusieurs indicateurs d'activité qui constituent des approximations du volume de travail médical, comme :

- **le nombre de jours d'exercice libéral**, reconstitué à partir des dates d'actes, qui approche le nombre de jours d'exercice libéral dans l'année, avec une déclinaison des actes selon les jours de la semaine, pour approcher l'organisation hebdomadaire du travail (travail le week-end, amplitude de la semaine) ;
- **le nombre d'actes**, en distinguant actes cliniques (consultations, visites et téléconsultations, et actes techniques) inscrits dans la nomenclature de Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- **la file active**, définie comme le nombre de patients distincts pris en charge sur une période donnée ;
- **le nombre de contacts**, défini comme le nombre de séances entre un patient et un médecin, quel que soit le contenu de cette séance ;
- **les honoraires hors dépassements, compléments d'actes et majorations,** qui correspondent à la somme des honoraires annuels sans dépassements ni forfaits, soit la somme des produits du nombre d'actes de chaque type et du montant de base de remboursement de ces actes.

La comparaison, pour les médecins généralistes, de ces indicateurs avec les variables déclaratives issues du panel de la Drees démontrent qu'en particulier, le nombre de jours ainsi que le nombre de contacts sont des *proxys* pertinents et suffisamment précis du temps de travail (cf. section 1.1.3).

Par ailleurs, les données du SNDS sont les seules qui permettent d'analyser les majorations tarifaires associées à des temps de travail spécifiques (majorations de nuit, de week-end, de coordination etc.), qui sont des actes distincts dans le DCIR, ainsi que la facturation et la rémunération pour d'autres dispositifs. Dans cette perspective, la mission a construit, à l'échelle de chaque médecin, des indicateurs de recours à ces dispositifs pour caractériser certaines atypies dans l'organisation de l'activité (cf. tableau 10).

Tableau 10 : Indicateurs d'activités spécifiques relatives à l'organisation et au temps de travail construits à partir du DCIR

Catégorie	Indicateur	Description de l'indicateur
Permanences	Astreinte	Nombre de jours ayant fait l'objet d'une rémunération pour astreinte
Permanences	PDS	Nombre de jours ayant fait l'objet d'une rémunération pour PDS ; part des actes réalisés au titre de la PDS ; nombre d'actes PDS
Permanences	Hors jours ouvrés	Nombre de jours ayant fait l'objet d'une rémunération pour activité hors des plages horaires classiques d'un jour ouvré
Permanences	Garde	Nombre de jours ayant fait l'objet d'une rémunération pour garde
Permanences	Nuit	Nombre de nuits ayant fait l'objet d'une rémunération pour activité
Permanences	SAS	Part des actes réalisés au titre du SAS ; nombre de prestations SAS
Actes spécifiques	Avis	Part d'actes réalisés au titre d'avis ; nombre d'avis
Actes spécifiques	Complexe	Part d'actes réalisés au titre de consultations complexes ; nombre de consultations complexes
Actes spécifiques	Consultations obligatoires pédiatries	Part d'actes des pédiatres réalisés au titre des consultations obligatoires ; nombre de consultations obligatoires
Actes spécifiques	Séances longues de psychiatrie	Part des séances longues réalisées par les psychiatres dans le total des actes ; nombre de séances
Actes spécifiques	Téléconsultation	Part d'actes réalisés en téléconsultation ; nombre d'actes de téléconsultation
Actes spécifiques	Téléexpertise	Part d'actes réalisés au titre de la téléexpertise ; nombre d'actes de téléexpertise
Actes spécifiques	Téléexpertise demande	Part des demandes de téléexpertise dans le total des actes ; nombre de demandes
Actes spécifiques	Télésurveillance	Nombre de jours d'activité en télésurveillance
Actes spécifiques	Urgences	Montant des honoraires perçus au titre des forfaits d'urgence ; part d'actes réalisés au titre de l'urgence ; nombre de prestations d'urgences
Dispositifs incitatifs et organisationnels	Coordination	Montants (forfaits et majorations) reçus au titre des activité de coordination ; nombre de prestations de coordination
Dispositifs incitatifs et organisationnels	Incitation Territoriale	Montants reçus au titre d'aides à l'installation
Dispositifs incitatifs et organisationnels	Assistant Médicale	Montants reçus au titre du recours aux assistants médicaux
Dispositifs incitatifs et organisationnels	Numérique	Montants reçus au titre de dotations numériques

Source : Mission

Les indicateurs issus du DCIR se limitent à une mesure de l'activité médicale. Le temps alloué aux tâches administratives, à la formation et à la coordination n'entre pas en compte dans ces analyses.

La diversité de ces indicateurs individuels permet de mener des analyses statistiques de caractérisation des formes d'activité des médecins tel que le « clustering ». Cette méthode algorithmique non-supervisée permet de regrouper les médecins ayant une activité similaire au sens des indicateurs retenus, tout en les distinguant des médecins ayant une activité significativement différente. L'application de cette méthode aux différentes spécialités permet de dresser des profils types de médecins à partir de leur activité (cf. annexes III et IV).

À l'inverse, l'activité des médecins remplaçants n'est pas clairement distinguée dans les données de facturation. Les flux de facturation sont transmis sous le numéro de PS correspondant à la carte de PS (CPS) utilisée lors de l'acte. Or, les pratiques d'utilisation de la CPS ne sont pas normées et un remplaçant peut utiliser sa propre carte ou la carte du médecin qu'il remplace (cf. encadré 3). Dans le cas où les médecins remplaçants éditent des facturations sous le numéro des médecins remplacés, les indicateurs sélectionnés surestiment le niveau d'activité des médecins titulaires.

Dans les faits, les remontées de terrain du GIE SESAM-Vitale indiquent que ce dernier cas est le plus courant du fait de difficultés des remplaçants à entrer leur RPPS à la place du médecin remplacé dans les SI de l'assurance maladie. Il a notamment été précisé à la mission que l'ouverture d'une session dite « de remplacement », qui permet d'identifier l'activité réalisée en son compte propre par un médecin remplaçant, nécessitait la présence conjointe du médecin remplacé et du médecin remplaçant, ou a minima d'une opération nécessitant l'usage de leurs deux cartes personnelles. Cette opération constitue un facteur de complexité entraînant l'absence d'ouverture d'une session de remplacement, qui peut expliquer les difficultés rencontrées pour enregistrer l'activité des remplaçants.

L'absence de suivi précis de l'activité des remplaçants est une limite bien identifiée par les chercheurs rencontrés par la mission qui s'appuient sur les données d'activités pour leurs travaux de recherche sur le système de santé. Au 30 mai 2026, aucune évaluation de l'activité réelle des remplaçants n'a été réalisée à la connaissance de la mission.

Encadré 3 : Suivi de l'activité des remplaçants *via* les données de facturation

L'amélioration du suivi de l'activité des remplaçants est définie comme un objectif « *à brève échéance* » à l'article 10-4 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 20 juin 2024 (la convention). La convention précise notamment que l'activité du médecin remplaçant « *est assimilée à celle du médecin remplacé au regard de la facturation à l'assurance maladie* ». Toutefois, pour assurer la traçabilité des facturations, elle indique que « *le médecin remplacé devra paramétrer la session de remplacement sur son poste SESAM-Vitale et le médecin remplaçant utilisera sa propre CPS pour la facturation* ». Ces obligations ne sont assorties d'aucune sanction en cas de manquement.

Le phénomène de remplacement, s'il n'est pas précisément quantifié, est toutefois en augmentation. En particulier, dans les données démographiques assemblées par la Drees à partir du RPPS, une seule catégorie regroupe les activités de remplacement déclarées par les médecins et les activités non renseignées. Ainsi :

- le nombre de médecins généralistes ayant déclaré une activité de remplacement ou une activité non renseignée a doublé entre 2012 et 2025, de 6 709 médecins à 13 581 ;
- le nombre de médecins spécialistes ayant déclaré une activité de remplacement ou une activité non renseignée a triplé entre 2012 et 2025, de 3 361 médecins à 10 604.

Par ailleurs, les données recueillies lors de de la sixième vague de la quatrième édition du panel généralistes montrent que 63 % des médecins généralistes ont recours au remplacement, dont 28 % tout au long de l'année, et les données recueillies par la mission dans le cadre de l'enquête adressée aux médecins spécialistes libéraux montrent que 13 % des médecins ayant répondu y ont recours régulièrement et 20 % occasionnellement.

Sur la base des données de facturation correspondant aux sessions de remplacements, fournies par le GIE SESAM-Vitale et du nombre de remplaçants inscrits au RPPS[25] au titre de l'année 2025, la mission constate qu'en effet les données de facturations ne permettent pas de suivre l'activité des remplaçants (cf. tableau 11) :

- le nombre mensuel moyen de médecins remplacés est largement inférieur au nombre de médecins remplaçants, pour les médecins généralistes comme pour les spécialistes, avec un médecin généraliste remplaçant pour sept médecins généralistes remplacés (respectivement pour treize médecins spécialistes remplacés), sachant qu'un médecin peut par ailleurs être remplacé par plusieurs remplaçants différents un même mois ;
- l'activité réalisée au titre des sessions de remplacement, mesurée comme le nombre moyen de factures transmises à l'assurance maladie dans ce cadre, est comparativement inférieure à l'activité usuelle des médecins non remplacés, correspondant : le nombre de factures en session de remplacement d'un médecin généraliste correspond à 33 % de l'activité normale d'un médecin généraliste (40 % pour les spécialistes).

Tableau 11 : Données de facturation correspondant aux sessions de remplacement au titre de l'année 2025

Paramètres	Généralistes	Spécialistes
Nombre de remplaçants 2025 (RPPS)	13 581	10 604
Nombre mensuel moyen de médecins remplacés	1 935	814
Proportion mensuelle moyenne de médecins remplacés	3,7 %	1,3 %
Part mensuelle moyenne des factures attribuées à un remplaçant	1,2 %	0,5 %
Nombre mensuel moyen de factures par médecin	377	224
Nombre mensuel moyen de factures par médecin remplacé en session de remplacement	123	90

Source : Mission, à partir des données du RPPS et des données de facturation correspondant aux sessions de remplacements.

Source : Mission.

Malgré les limites intrinsèques à ces indicateurs, les données du DCIR sont les seules à pouvoir fournir des variables d'activité si nombreuses à l'échelle individuelle. Sur le champ des médecins libéraux, ces données permettent d'inclure, au sein d'une même analyse, la médecine générale et les autres spécialités. Par ailleurs, leur caractère administratif les rend exhaustives sur ce champ, ce qui permet de passer outre l'enjeu de représentativité des données d'enquête, et de mener des analyses territoriales notamment.

L'accès restreint à la profondeur historique maximale de 19 ans limite également les analyses en termes d'évolution des indicateurs d'activité.

Plus globalement, le périmètre des données SNDS limitent une analyse exhaustive de l'activité des professionnels de santé libéraux car :

- **une fraction de l'activité médicale ne donne pas lieu à facturation :** actes réalisés dans le cadre de gardes non rémunérées à l'acte, consultations pour des patients en situation de précarité prises en charge par des structures spécifiques ou encore actes de coordination et de télésurveillance non encore tarifés. Ce biais est difficile à quantifier précisément mais est structurellement plus important pour les médecins généralistes, dont l'activité comporte une proportion plus élevée d'actes de coordination non facturables, que pour certaines spécialistes à forte activité technique ;
- **le DCIR recense uniquement l'activité libérale des 12,5 % de médecins pratiquant en exercice mixte (au sens du RPPS), et il n'est pas possible d'identifier ces médecins**. La sous-estimation du volume de travail est d'autant plus importante que la part salariée est élevée. L'appariement avec les données du PMSI ou les données RH hospitalières pourrait permettre une mise en cohérence de ces deux composants, mais l'exercice s'avère en pratique très complexe à mettre en œuvre. ;
- **l'exercice en centre de santé ou en maison de santé pluridisciplinaire est par ailleurs mal mesuré hors prescriptions**. Ces lieux d'exercice fonctionnent souvent avec des modalités de facturation spécifiques, qui s'effectuent à l'échelle de la structure, ce qui ne permet pas de distinguer les professionnels de santé à l'origine des actes.

La granularité, l'exhaustivité et l'accessibilité des données du SNDS dans le champ des soins de ville représentent une opportunité pour suivre l'évolution de l''activité des médecins et pour évaluer les réponses comportementales des médecins aux changements d'environnement, notamment réglementaires. Le domaine académique s'est partiellement saisi de ces données pour éclairer l'effet revenu et l'effet substitution dans les comportements des médecins suite à l'augmentation de la concurrence locale[26] ou la revalorisation du tarif des consultation médicales[27].

[25] Catégorie « 10 - Remplaçants, activité non renseignée ».

[26] Philippe Choné, Elise Coudin et Anne Pla, 2019, *Does the Provision of Physician Services Respond to Competition ?,* document de travail Crest n°2019-20.

[27] Philippe Choné et Lionel Wilner, 2025, *Physician labor supply, financial incentives, and access to healthcare*, document de travail Crest 2025-07.

La mission considère que ces données sont sous-exploitées, notamment dans un but d'évaluation de la mise en place de dispositifs de délégations de tâches, comme la possibilité pour les pharmaciens de procéder à des actes de vaccination, ou pour les orthoptistes de réaliser des bilans visuels à la place des ophtalmologues. Pour le cas de la vaccination, une analyse précise pâtit de l'absence de codage spécifique d'un acte d'injection par un médecin généraliste. Néanmoins, il est possible d'identifier une injection par un médecin en cherchant une consultation chez un médecin généraliste à une date proche de celle d'une délivrance de vaccin en pharmacie pour un même bénéficiaire. Les actes d'injections en pharmacie faisant l'objet d'une codification spécifique, il est possible de mesurer le nombre d'injections réalisées pour une pharmacie. Dans un premier temps, cette analyse à une échelle agrégée permettrait d'évaluer les effets de l'élargissement aux pharmaciens de la vaccination sur l'activité des médecins et la couverture vaccinale et dans un second temps, de conduire cette analyse à une maille territoriale.

Enfin, l'exploitation conjointe des données d'activité et des données générées par l'usage des outils numériques constitue par ailleurs une perspective intéressante, sous réserve d'une coopération des éditeurs privés avec les acteurs publics qui la mènerait. Les partenariats en ce sens restent à ce jour limités (cf. encadré 4).

Proposition n° 2 : Mettre en place un horodatage des données de facturation carte Vitale.

Proposition n° 3 : Mettre en place un dispositif de suivi de l'activité des remplaçants via les données de facturation carte Vitale.

Dans le cas d'un remplacement, le logiciel des PS nécessite la présence conjointe du PS remplaçant et du PS remplacé pour appliquer un changement de session de facturation. Cette configuration représente une contrainte que les PS ne surmontent qu'en n'effectuant pas les changements de session lors d'un remplacement, et en facturant à partir de la carte PS du médecin remplacé. Il conviendrait de modifier le logiciel de sorte à ne pas rendre nécessaire la présence simultanée de deux PS. Une fois l'information remontée, créer une table affine sur le SNDS qui contient l'information des numéros de PS du médecin remplaçant et du médecin remplacé ainsi que les clés de jointure permettant un appariement au DCIR.

Encadré 4 : Usage des données de la plateforme Doctolib pour mesurer le temps de travail des médecins

L'entreprise Doctolib propose une plateforme de prise de rendez-vous pour les patients ainsi que des services de solutions logiciels pour les professionnels de santé. À ce titre, elle dispose de données relatives au temps de travail des médecins telles que les plages d'ouvertures des agendas aux consultations, les motifs de consultations ainsi que la durée prévue par le professionnel de santé, le recours à des remplaçants, les plages horaires de connexion des médecins à leur espace personnel sur la plateforme etc.

Ces données permettent à Doctolib de publier des études sur l'offre de soin comme le 19 mai 2026, en partenariat avec la Fondation Jean Jaurès, intitulée « Cartes de France 2026 de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales ». Cette étude repose sur l'analyse de 230 millions de consultations réalisées en 2025 par des professionnels de santé ayant recours à Doctolib.

Néanmoins, l'accès à ces données est réservé à l'entreprise Doctolib et aux organismes avec lesquels elle contractualise. Par ailleurs, les analyses menées sur ces données ne font pas l'objet d'un retraitement préalable des données pour assurer la représentativité des résultats. En effet, la plateforme annonce équiper 22 000 médecins généralistes en France, ce qui représente moins de 50 % de cette population.

A ce titre, des échanges se sont noués entre Doctolib et la Drees afin d'évaluer la représentativité de cet échantillon de médecins.

Source : Mission

3.2. L'appariement Insee-Cnam-DGFIP permet d'approcher la multi-activité des médecins par les revenus d'activité, sans permettre d'identifier la source des revenus salariés

3.2.1. Les données

L'appariement Insee-Cnam-DGFIP est une source construite par la Drees qui associe, pour chaque médecin exerçant une activité libérale, des données d'activité issues de la Cnam (plus précisément du SNDS) et des données de revenus issues des déclarations fiscales individuelles transmises par la direction générale des finances publiques (DGFIP). Cet appariement est réalisé dans l'objectif d'analyser simultanément l'activité médicale et l'ensemble des revenus des médecins libéraux, y compris leur éventuelle composante salariée.

Ces données sont disponibles pour les années 2005, 2008, 2011, 2014, 2017 et 2021, avec une extension du périmètre pour ce dernier millésime : pour la première fois, l'appariement couvre l'ensemble des médecins inscrits à l'ordre des médecins et enregistrés dans le RPPS, y compris les médecins salariés exclusifs, qu'ils exercent dans le secteur privé ou public. En revanche, les médecins remplaçants et les médecins ayant commencé leur activité libérale l'année d'observation sont exclus du champ de cette source de données. Un identifiant commun à toutes les années permet de suivre la trajectoire des médecins année après année tant qu'ils sont en activité.

Le circuit de production de l'appariement est le suivant :

- la Cnam transmet à l'Insee le fichier national des professionnels de santé (FNPS), et dans le même temps, la Drees transmet, également à l'Insee, le RPPS permettant une identification des médecins et de leurs principales caractéristiques : identifiant RPPS ou Cnam, noms et prénoms, mois et année de naissance, adresse du lieu d'exercice principal ;
- l'Insee procède à l'appariement de ces données avec les fichiers de déclaration de revenus, qui contiennent les revenus professionnels du médecin, de son conjoint ainsi que les revenus non individualisés du foyer et ses caractéristiques, transmis par la DGFIP sur la base des variables à disposition dans les répertoires de la Cnam et de la Drees. Cet appariement n'est pas exhaustif, certains médecins pour lesquels des données d'activité sont disponibles dans le SNDS ne figurant pas dans la base appariée ;
- la Cnam reçoit de l'Insee une table de passage entre identifiant Cnam du médecin et identifiant fiscal afin d'identifier dans cette liste les médecins ayant une activité libérale au cours de l'année considérée. Les données d'activité libérale (nombre et nature des actes, montants des honoraires et des dépassements, caractéristiques de la patientèle) sont ensuite transmises à la Drees ;
- la Drees construit l'appariement final entre les données d'activité reçues de la Cnam et les données fiscales établies par l'Insee.

L'appariement repose sur l'identifiant des médecins (Cnam ou RPPS), enrichi des variables de la Cnam. **Par conséquent, les médecins sont identifiés et caractérisés avec précision dans ces données, permettant notamment de mener des analyses en distinguant par** :

- spécialité, avec jusqu'à 55 catégories de spécialités ;
- secteur de conventionnement ;
- mode d'exercice, entre libéral, salarié et mixte.

3.2.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

La Drees est en charge de l'appariement final des différences sources, des retraitements des données et de leur mise à disposition sur le CASD.

Les principaux retraitements effectués concernent les variables de revenus, principalement pour faire en sorte que le revenu libéral corresponde au revenu tiré des honoraires perçus une fois les charges déduites[28]. Ainsi, font l'objet d'un redressement :

- les revenus non commerciaux incohérents avec les honoraires ou trop élevés ;
- les revenus non commerciaux négatifs, qui peuvent correspondre à des reports ou compensations fiscales, mais qui sont incohérents avec les données d'activité issues de la Cnam. Ces valeurs sont retraitées en imputant des valeurs estimées en tenant compte de la spécialité, du statut juridique et des tranches d'honoraires ;
- une partie des salaires et revenus de valeurs mobilières des médecins exerçant en Société d'exercice libéral (SEL). Afin de recalculer un revenu libéral homogène pour tous les médecins quel que soit le cadre juridique dans lequel ils exercent, une fraction[29] des dividendes et des salaires de gérants déclarés à l'administration fiscale par le foyer fiscal du médecin est intégré au revenu libéral.

3.2.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Les données de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP ne permettent pas d'étudier directement le temps de travail, mais la finesse des données de revenus et d'activités permettent d'analyser, en partie, les comportements d'offre et les stratégies de revenus des médecins. L'étude de Dixte et Loussouarn publiée par la Drees en 2024[30] compare ainsi le recours à l'activité mixte, et la part que les revenus libéraux représentent dans les revenus totaux, entre spécialités. Les pratiques de dépassements d'honoraires ont quant à elles été analysées par Pla, Choné et Coudin (2020)[31], qui démontrent que la concurrence locale des spécialistes en secteur 2 a pour effet d'augmenter le nombre d'actes, notamment techniques, réalisés, et par Legal, Vincent et Bonal (2025)[32], qui mettent en évidence un volume d'activité plus faible chez les médecins facturant en secteur 2.

[28] Les médecins exerçant en nom propre déclarent les revenus issus des honoraires, une fois déduites les charges, à l'administration fiscale en tant que bénéfice non commercial (BNC). Pour ceux exerçant en société soumise à l'impôt sur les sociétés, comme les sociétés d'exercice libéral (SEL), le revenu libéral est déclaré en tant que rémunérations de gérance et dividendes versés par la société. L'exercice en SEL concerne, en 2021, un médecin exerçant en libéral sur sept et, hors omnipraticiens, un médecin sur quatre (Dixte et Loussouarn, 2024).

[29] Ce taux est unique par spécialité, afin de faire correspondre le revenu libéral des médecins exerçants en SEL à celui des médecins qui n'exercent pas en SEL, et est pondéré pour les médecins exerçant en libéral à temps partiel uniquement.

[30] Christophe Dixte et Christophe Loussouarn, 2024, Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021 avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation, Études et résultats n°1322, Drees.

[31] Anne Pla, Philippe Choné et Élise Coudin, 2020, Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît, Études et résultats n°1137, Drees.

[32] Renaud Legal, Roseline Vincent, Marie Bonal, 2025, Les dépassements d'honoraires : pratiques des médecins, part dans leurs revenus et impacts pour les patients, Les rapports de l'Irdes n° 596.

La présence, à l'échelle individuelle, des revenus et des indicateurs d'activité du DCIR (file active, nombre d'actes, honoraires hors dépassements et majorations, ventilation entre actes cliniques et actes techniques) peut en outre permettre d'évaluer la qualité de l'indicateur des revenus comme proxy du volume de travail médical. Comprendre dans quelle mesure la variabilité des revenus reflète des différences de volume d'activité ou principalement des différences de tarification (secteur de conventionnement, niveau de dépassements) permettrait d'objectiver les effets comportementaux à moyen et long terme des revalorisations tarifaires sur l'activité. Ces travaux restent à conduire.

Les revenus libéraux mensualisés des données de l'appariement ne sont que légèrement différent de ceux obtenus à partir des données de la BNS (cf. tableau 12 et tableau 9). Ce résultat suggère que, malgré l'absence de retraitement les variables de revenus effectués par la Drees dans la construction de l'appariement, les données de la BNS sont fiables de manière agrégée dans la BNS. En revanche, les effectifs sont significativement supérieurs dans la BNS, notamment dans le cas de la médecine générale.

Tableau 12 : Effectifs et revenus libéraux mensuels des médecins en 2021

Spécialité	Effectif (en milliers)	Part des pluriactifs	Revenus mensuels moyen (€)
Médecine générale	52	28,5 %	7 587
Médecine spécialisée	48	32,2 %	10 945

Source : Insee-Cnam-DGFIP 2021, calculs : IGF pôle science des données.

Cet appariement constitue la seule base de données publiques identifiée par la mission en mesure d'éclairer l'effet de l'exercice mixte sur l'activité médicale. En effet, ces données permettent, en théorie, d'identifier les médecins ayant une activité mixte en 2021, et d'analyser leur activité, à la fois à l'aune des revenus ainsi que des variables de la Cnam issues du SNDS[33]. Néanmoins, les données Cnam ne concernent que l'activité médicale libérale, ce qui limite l'analyse de l'offre de soin globale des médecins ayant des revenus mixtes. Par ailleurs, la nature et la source des revenus salariés n'est pas précisée dans les données de l'appariement, ce qui limite également la possibilité d'utiliser la variable de revenus salariés comme proxy de l'activité médicale.

Les variables de revenus dans les données de l'appariement permettent de caractériser l'exercice mixte de deux manières :

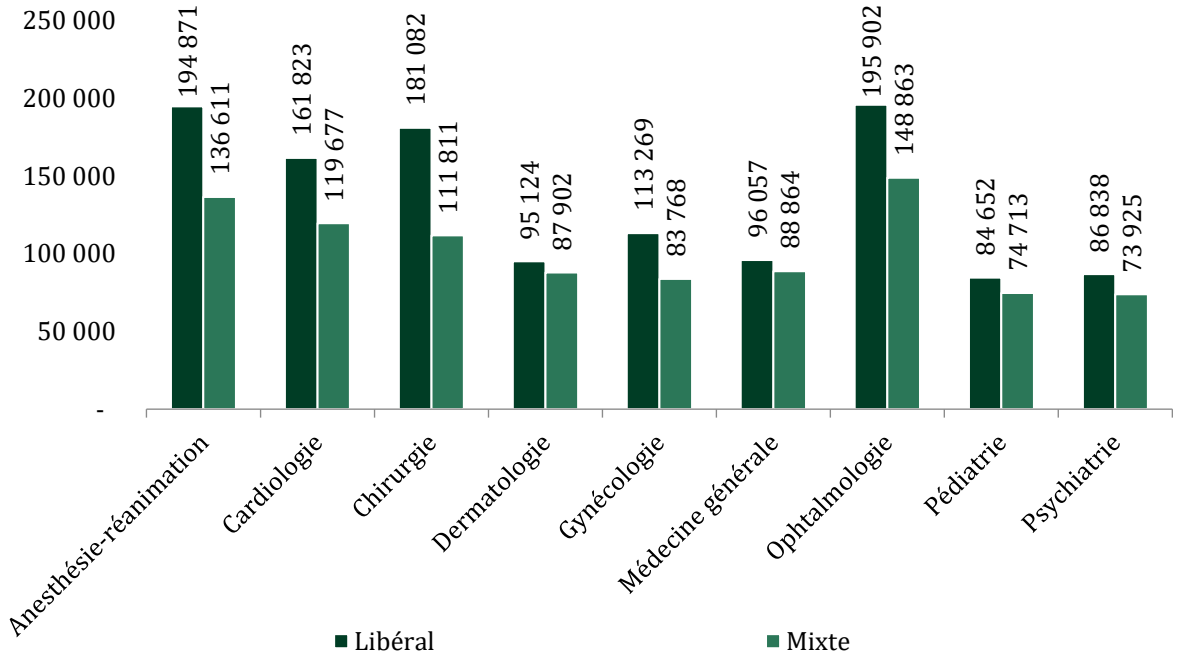
- la pratique de l'exercice mixte, entendue de manière binaire, c'est-à-dire qu'un médecin est considéré comme exerçant une activité mixte lorsque à la fois des revenus libéraux et salariés lui reviennent ;
- l'intensité de l'exercice mixte, définit comme le ratio, en pourcentage, des revenus salariés par rapport aux revenus libéraux. Un ratio proche de zéro signifie une activité salariée résiduelle tandis qu'un ratio proche ou supérieur à 1 signifie une activité salariée majoritaire.

La pratique de l'exercice mixte est associée à une moyenne du nombre total annuel d'actes en activité libérale prise en charge par l'assurance maladie plus faible dans chacune des spécialités (cf. graphique 5), ce qui témoigne d'un report de l'activité médicale vers l'exercice salarié lorsque celui-ci existe.

[33] La comparaison des moyennes des indicateurs de file active et de nombre d'actes entre les calculs issus directement du SNDS (cf. section 3.1) et ceux de l'appariement Insee-Cnam-DGFiP a été réalisée. Les différences sont faibles, et semblent avant tout tenir de différences de champs qui aboutissent à des effectifs différents entre les deux sources de données. En particulier, l'appariement Insee-Cnam-DGFiP concerne les effectifs de médecins au 31 décembre 2021, qui ont pu faire l'objet d'un appariement avec les fichiers fiscaux de la DGFiP et qui sont âgés de moins de 70 ans en 2021.

Annexe I

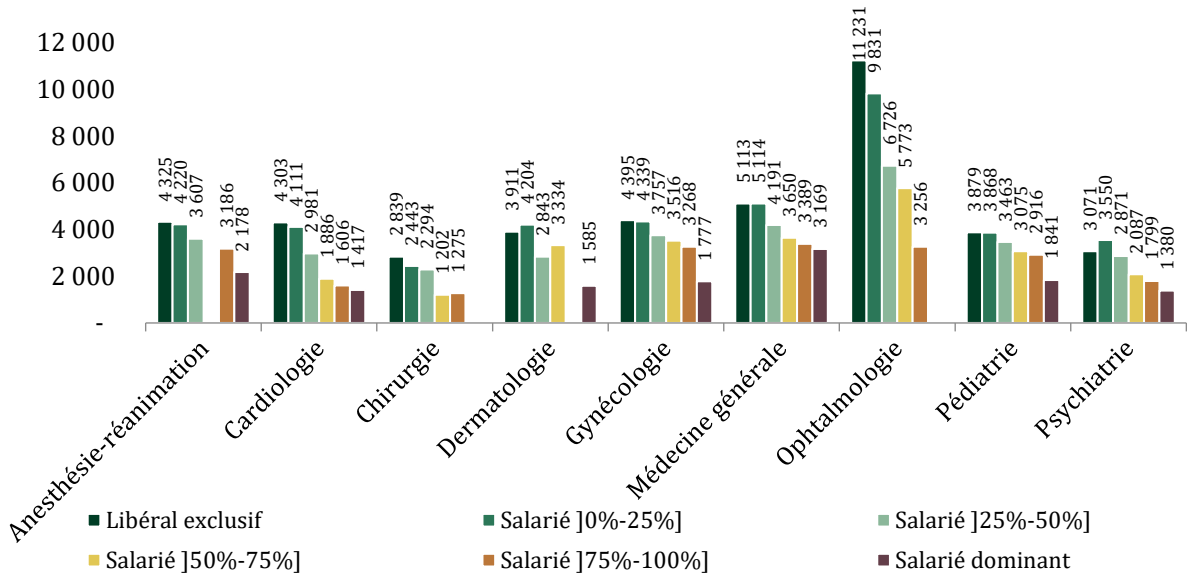
Graphique 5 : Nombre total d'actes en activité libérale



Source : Insee-Cnam-DGFIP 2021, calculs : IGF pôle science des données.

L'intensité de l'exercice salarié est également négativement corrélée au nombre total annuel d'actes réalisés au titre de l'activité libérale : les médecins avec des revenus salariés équivalents ou supérieurs à leurs revenus libéraux réalisent en moyenne un nombre total d'actes remboursés par l'assurance maladie inférieur aux médecins en exercice libéral quasi-exclusif (cf. graphique 6). La dermatologie est la seule spécialité pour laquelle cette relation ne s'observe pas si nettement.

Graphique 6 : Nombre total d'actes en activité libérale, selon l'intensité de l'exercice salarié

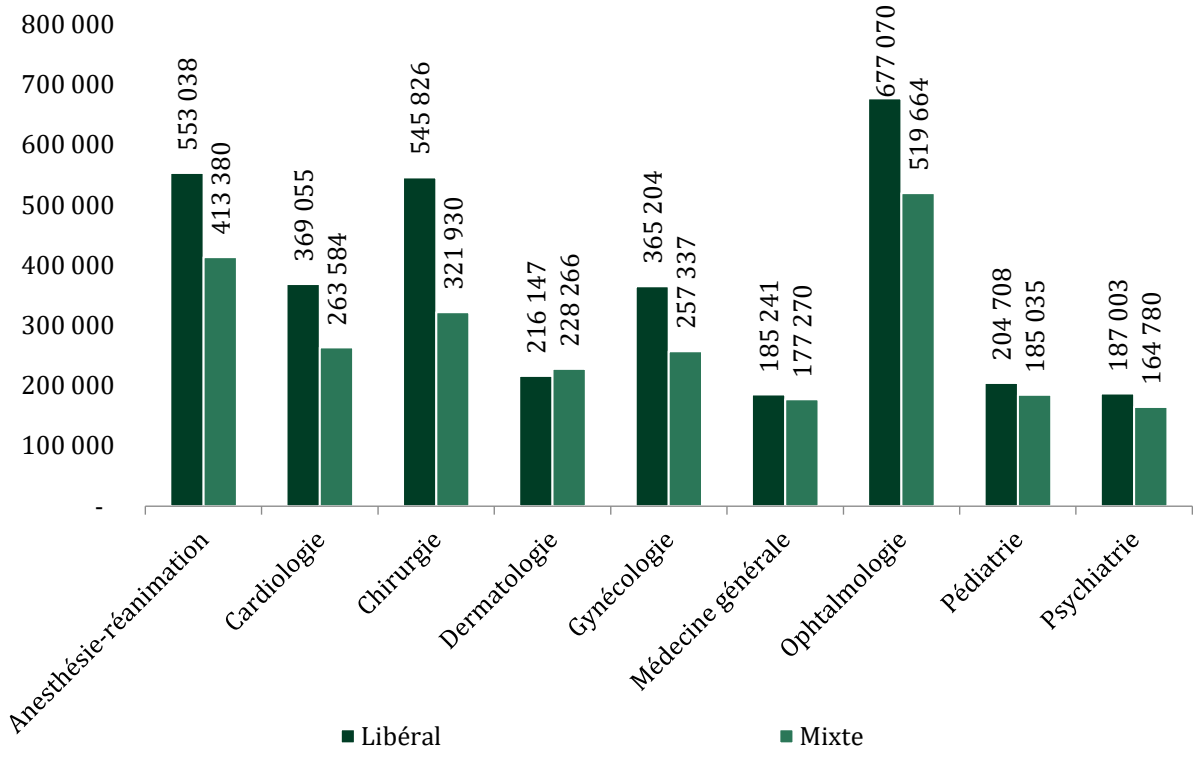


Source : Insee-Cnam-DGFIP 2021, calculs : IGF pôle science des données.

L'analyse des données de l'appariement Insee-Cnam-DGFIP met également en évidence les liens parfois complexes à établir entre activité libérale, honoraires et revenus. **La mission considère que cette complexité constitue une limite importante dans le but d'utiliser ces données pour mesurer l'activité médicale non-conventionnée**. Les honoraires représentent, avec les dépassements d'honoraires, les montants que les médecins facturent à l'assurance maladie et aux patients. Les revenus libéraux représentent la somme des honoraires et dépassements une fois déduites les charges, ainsi que les montants facturés aux patients pour des actes non-remboursés par l'assurance maladie. La Drees effectue également des retraitements pour attribuer aux revenus libéraux les revenus issus des rétrocessions, dividendes ou revenus salariés perçus par les médecins en exercice libéral relevant du régime des sociétés d'exercice libéral (SEL).

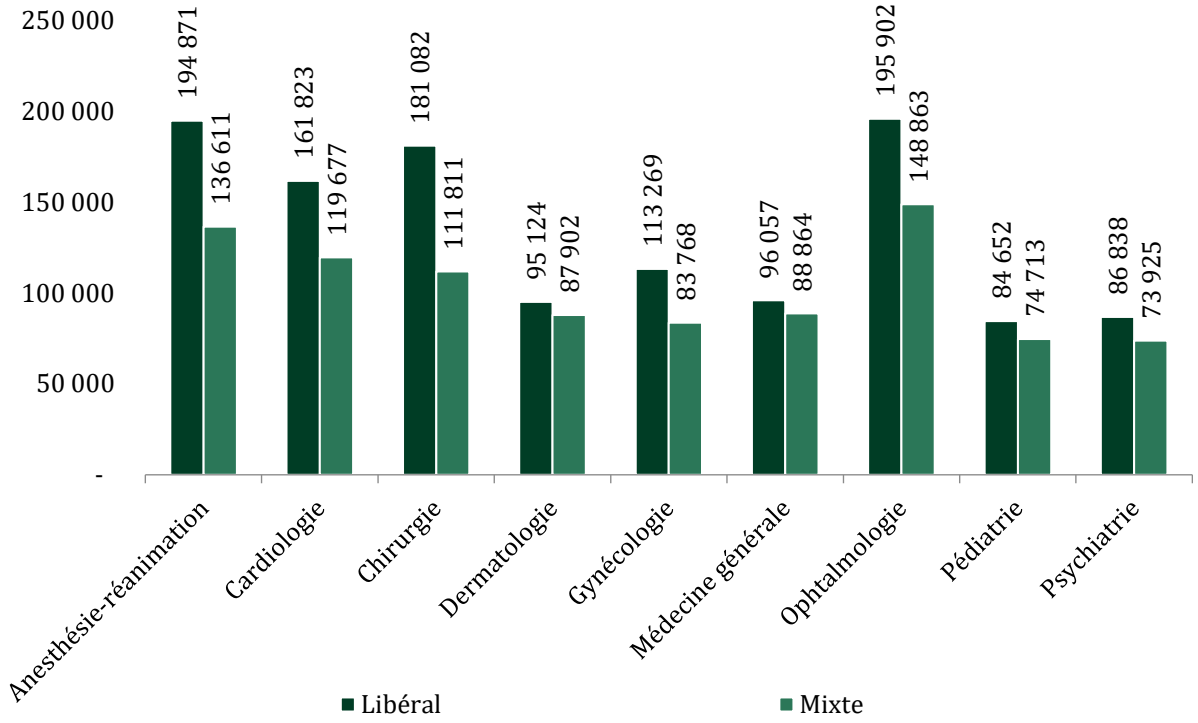
Il est attendu qu'une moindre activité libérale remboursée par l'assurance maladie se traduise par des honoraires, dépassements et revenus libéraux plus faibles. Cette corrélation s'observe entre médecins en exercice libéral exclusif et en exercice mixte pour toutes les spécialités, hormis en dermatologie. Dans cette spécialité, l'exercice mixte se traduit par un nombre d'actes plus faibles, mais des honoraires et dépassements plus élevés (cf. graphique 7), ainsi que des revenus plus faibles (cf. graphique 8). L'effet sur les honoraires et dépassements peut s'expliquer par une pratique plus intense des dépassements d'honoraires ou la réalisation d'actes plus onéreux de la part des dermatologues en exercice mixte. L'effet sur les revenus libéraux peut s'expliquer par des charges professionnelles liées à l'activité libérale plus élevées pour les dermatologues en exercice mixte, ou par une pratique plus répandue des activités non remboursées par l'assurance maladie de la part des dermatologues en exercice libéral exclusif. Néanmoins, les données ne permettent pas d'investiguer davantage afin de quantifier la magnitude de ces différents effets.

Graphique 7 : Montant des honoraires et dépassements pour les actes remboursés par l'Assurance maladie (en €)



Source : Insee-Cnam-DGFIP 2021, calculs : IGF pôle science des données.

Graphique 8 : Revenus annuels libéraux déclarés à l'administration fiscale, soit les bénéfices non-commerciaux (en €)



Source : Insee-Cnam-DGFIP 2021, calculs : IGF pôle science des données.

L'utilisation des données fiscales pour définir l'exercice mixte fait apparaître une fiabilité insuffisante des variables existantes pour caractériser le mode d'exercice, que ce soit selon la classification du RPPS ou celle utilisée par la Cnam. En effet, la catégorie de libéral exclusif, commune à la classification RPPS et Cnam ne contient pas 100 % des médecins généralistes ayant des revenus exclusivement libéraux en 2021, ce qui suggère une mise à jour imparfaite du statut des médecins dans le RPPS (cf. tableau 13). Cette observation limite l'usage qui aurait pu être fait des catégories du RPPS pour préciser davantage la source des revenus salariés. Dans le cas d'une classification fiable en exercice libéral, la présence de revenus salariés pour un médecin généraliste aurait pu être un indice d'activité salariée non-médicale.

Tableau 13 : Répartition des médecins généralistes avec revenus mixtes ou libéraux, selon les modes d'exercice, au sens du RPPS et au sens de la Cnam tableau

Nomenclature	Mode d'exercice	Proportion, parmi les MG avec revenus libéraux exclusifs	Proportion, parmi les MG avec revenus mixtes
RPPS	Libéral	94 %	69 %
	Mixte	5 %	29 %
	Salarié	0 %	0 %
Cnam	Libéral exclusif	95 %	87 %
	Libéral à temps partiel	3 %	9 %
	Libéral à temps partiel hospitalier	2 %	4 %
	Hospitalier privé à temps plein	0 %	0 %

Source : Appariement Insee-Cnam-DGFIP 2021.

Champ : médecins conventionnés, âgés de 70 ans ou moins en 2021, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires, ayant déclaré au moins 1 euro de revenu libéral et actifs le 31 décembre de l'année. Sont exclus les médecins ayant commencé leur activité libérale en2021 et ceux ayant déclaré des revenus libéraux nuls. Les médecins remplaçants sont absents de ces données.

La périodicité de l'appariement en fait une source de donnée structurellement inadaptée au suivi conjoncturel du temps de travail des médecins et à l'évaluation de l'effet de modifications réglementaires. Malgré l'inclusion récente des salariés exclusifs, l'absence des remplaçants et le taux d'appariement inférieur à 100 % entre données du RPPS et données fiscales diminue également la pertinence de l'utilisation de ces données à des fins de pilotage du temps de travail des médecins.

4. Les bases de données hospitalières disponibles permettent de documenter certaines dimensions du temps de travail médical, mais le manque de données relatives à l'organisation des établissements limite la portée des analyses réalisables

4.1. Le croisement des données hospitalières issues de plusieurs bases de données de la plateforme Diamant permet le suivi d'indicateurs liés au temps de travail des médecins

4.1.1. Les données

La plateforme Diamant, administrée par la direction du numérique (DNUM) des ministères sociaux, constitue l'un des principaux outils de centralisation et de diffusion des données relatives aux établissements de santé. La plateforme agrège au sein de plusieurs composantes, dénommées « cubes », les données saisies par les établissements dans plusieurs bases de données.

Parmi les quinze cubes actuellement disponibles *via* Diamant, la mission s'est appuyée pour mener ses analyses sur les établissements de santé publics sur :

- le cube « DGFIP », contenant les données comptables des établissements publics de santé ;
- le cube « MCO », contenant les données d'activité de médecine chirurgie et obstétrique issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- le cube « SAE », qui contient les données de la statistique annuelle des établissements, une enquête administrative menée annuellement par la Drees, et dont les données principales sont également disponibles en données ouvertes.

Pour mener ses analyses, la mission s'est appuyée sur les données de la période 2015-2024, et les constats ci-dessous se limitent aux données accessibles sur cette période**.** L'année 2025 n'a pas été analysée du fait de l'absence de données comptables consolidées au moment de la conduite des investigations. Par ailleurs, la fusion des données d'effectifs de médecine générale et de médecine d'urgence jusqu'à l'année 2018 limite l'analyse du passage des services d'urgence à l'organisation du temps médical en décompte continu à partir de 2015.

4.1.2. Les modalités de recueil, de traitement, d'accès

Les données contenues dans les différents cubes sont accessibles à un niveau agrégé par établissement de santé. Elles sont restituées sous la forme de tableaux croisés dynamiques permettant de sélectionner les variables d'intérêt.

Le rapprochement des informations issues des différents cubes est possible à partir du numéro FINESS des établissements, un identifiant unique attribué à chacun des établissements de santé. En utilisant cet identifiant comme clé, il est possible de retraiter les données des différents cubes afin d'apparier les données financières, d'activité et d'effectifs.

4.1.3. Les possibilités d'exploitation et les limites

Il n'existe pas de données explicitement relatives au temps de travail réalisé par les médecins à l'hôpital. Cependant, le croisement des données issues des différents cubes de la plateforme Diamant permet de construire des indicateurs qui lui sont liés en rapprochant les données d'activité, les effectifs et les données comptables (cf. annexe II).

L'exploitation de ces données présente toutefois plusieurs limites méthodologiques.

En premier lieu, certaines limites concernent l'ensemble des cubes de Diamant :

- la documentation technique accessible associée aux différents cubes ne permet pas de retracer précisément les modalités de constitution de certaines variables ou les retraitement opérés en amont ;
- la qualité des données n'est pas garantie et les modalités de renseignement ainsi que les définitions retenues apparaissent hétérogènes selon les établissements et selon les cubes considérés :
  - des erreurs de classifications ont été repérées par la mission, avec à titre d'exemple le classement du centre hospitalier universitaire Besançon Franche-Comté est classé parmi les centres hospitaliers généraux ;
  - plusieurs incohérences apparentes dans les données déclarées dans le cube SAE ont été repérées, notamment des situations dans lesquelles les effectifs physiques déclarés au sein des centres hospitaliers spécialisés sont inférieurs aux effectifs en équivalents temps plein ;
- il n'est pas possible de distinguer systématiquement une donnée nulle d'une donnée non renseignée, ce qui peut conduire à des interprétations erronées.

Par ailleurs, la mission a rencontré certaines limites à l'exploitation des données de la plateforme Diamant spécifiques aux analyses relatives au temps de travail médical :

- les données comptables ne permettent pas de distinguer les rémunérations de base des praticiens des différentes primes perçues, limitant l'analyse de la structure des dépenses de rémunération ;
- la nomenclature comptable hospitalière connait des évolutions régulières, qui peuvent entrainer des discontinuités dans le remplissage des données comptables. La mission ne dispose pas d'éléments permettant d'apprécier les modalités d'anticipation par les comptables des évolutions de nomenclature ou les discontinuités de renseignement des comptes entre deux exercices comptables. À titre d'exemple, les comptes relatifs au temps de travail additionnel de jour et au temps de travail additionnel effectué dans le cadre de la permanence des soins sont fusionnés à partir de l'année 2026, et il n'est pas possible d'exclure qu'une certaine partie des dépenses de temps de travail additionnel réalisé dans le cadre de la permanence des soins soit déjà imputée dans le compte relatif au temps de travail additionnel de jour ;
- il existe une différence de granularité entre les données d'activités du PMSI, qui sont disponibles à l'échelle de l'unité médicale fonctionnelle (UM), dont la nomenclature est normalisée au niveau national, et qui permet ainsi de distinguer l'activité à l'échelle des services, et les données financières et d'effectifs qui ne sont disponibles qu'au niveau de l'établissement, limitant les analyses précises à l'échelle de services présentant des caractéristiques organisationnelles spécifiques telles que les urgences ;

- la plateforme Diamant ne comporte pas d'informations relatives à l'organisation des établissements, telles que le nombre de services, leur organisation en demi-journées ou en temps médical continu, et la répartition des effectifs entre les services, limitant l'analyse de certains phénomènes organisationnels. À titre d'exemple, le phénomène de surspécialisation, mentionné par plusieurs établissements rencontrés par la mission, n'est pas appréhendable via les données de la plateforme Diamant.

<u>Proposition n° 4</u> : Enrichir l'exercice de statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) avec des données relatives à l'organisation hospitalière et à l'organisation du temps de travail allant jusqu'au niveau du service.

4.2. Sous réserve d'un accroissement de leurs taux de réponses, les enquêtes annuelles menées auprès des établissements publics de santé par l'ATIH dans le cadre du rapport social unique permettront de mieux connaître certaines dimensions du temps de travail médical à l'hôpital

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) mène annuellement auprès des établissements publics de santé une enquête visant à l'élaboration d'un rapport social unique (RSU), qui a remplacé à partir de 2024 le bilan social.

Cette évolution s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la base de données sociales (BDS) prévue par le décret n° 2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique. Alors que le bilan social était limité aux établissements de la fonction publique hospitalière (FPH) de plus de 300 agents, le RSU est désormais obligatoire pour l'ensemble des établissements et services de la FPH, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, quelle que soit leur taille. Le dispositif concerne ainsi près de 2 000 établissements et services.

Le RSU est élaboré à partir de la base de données sociales de chaque établissement et contient des indicateurs couvrant un champ étendu des ressources humaines hospitalières, incluant notamment les effectifs, les recrutements, les parcours professionnels, la formation, les rémunérations, l'égalité professionnelle, la santé et la sécurité au travail, l'organisation et le temps de travail ainsi que le dialogue social.

Plusieurs indicateurs du bilan social et du RSU, qui distinguent données relatives aux personnels médicaux et aux personnels non médicaux présentent des liens avec le temps de travail médical :

- le nombre moyen de jours de compte épargne temps stockés par agent ;
- le nombre moyen d'heures supplémentaires non encore récupérées et rémunérées par agent ;
- le taux d'absentéisme et le nombre moyen de jour d'absence par agent.

Toutefois, au moment de la conduite des investigations par la mission, le dernier bilan social publié par l'ATIH était celui de l'année 2022, ne permettant pas d'appréhender les évolutions les plus récentes relatives au temps de travail médical.

Par ailleurs, le taux de réponse des établissements varie en fonction des indicateurs, et les croisements spécifiques font baisser les taux de réponses, rendant les données peu exploitables.

À titre d'exemple, dans le bilan social de l'année 2022, seuls 61 % des centres hospitaliers publics ont renseigné un nombre moyen de plages de temps de travail additionnel (TTA) rémunérées par praticien. Par ailleurs les données déclarées font apparaitre des écarts importants entre établissements de taille comparables. Ainsi, parmi les petits centres hospitaliers répondants, 10 % déclarent plus de 53,8 demi-journées en moyenne par praticien, tandis qu'au moins 10 % déclarent qu'aucun praticien n'effectue de TTA. Dans ces conditions, les données ne permettent pas une généralisation, d'autant qu'elles peuvent être affectées par un biais déclaratif si les établissements ayant le plus recours au TTA sont aussi ceux qui renseignent le moins cet indicateur.

La mission a également eu accès à deux indicateurs du RSU pour l'année 2024 concernant les personnels médicaux :

- le nombre d'agents en fonction au 31 décembre ayant effectué des heures supplémentaires ou du temps de travail additionnel au cours de l'année ;
- le nombre d'agents en fonction au 31 décembre soumis à des astreintes.

Cependant, de la même manière, le taux de réponse des établissements ne permet pas de déterminer les évolutions récentes. À titre d'exemple, pour l'indicateur sur le nombre d'agents ayant effectué des heures supplémentaires appliqué aux personnels médicaux, le taux de réponse à la campagne RSU 2024 des petits centres hospitaliers s'élève à 70 %, couvrant 72 % des effectifs médicaux. Toutefois, en sélectionnant uniquement les établissements ayant répondu à la même campagne sur l'année précédente, ce qui pourrait en théorie permettre le calcul d'évolutions, le taux de réponse diminue à 36 %, couvrant seulement 42 % des effectifs médicaux.

ANNEXE II

Temps de travail des médecins dans les établissements publics de santé

Annexe II

SOMMAIRE

1. DANS UN CONTEXTE DE HAUSSE DES EFFECTIFS ET D'UNE BAISSE DE LA PRODUCTIVITÉ, LE TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS CONSTITUE UN ENJEU POUR L'ATTRACTIVITÉ DE L'HÔPITAL PUBLIC 2

1.1. Les effectifs de médecins des établissements publics de santé ont augmenté de 10 % entre 2020 et 2024, et ont connu un rajeunissement et une féminisation au cours des dix dernières années 2

1.2. Les dépenses de rémunération des personnels médicaux à l'hôpital public s'élevaient à 10 519 M€ en 2024 hors charges sociales, en augmentation de + 56 % depuis 2014 6

1.3. L'activité rapportée au nombre d'équivalents temps plein de médecins séniors à l'hôpital a augmenté de 8 % sur la période 2020-2024 mais n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant Covid 8

1.4. Le temps partiel a augmenté de 10 points pour l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence et peut constituer un levier d'optimisation de la rémunération en début de carrière 9

1.5. L'activité libérale à l'hôpital, qui concerne environ 2 % des médecins séniors, peut donner lieu à des honoraires pouvant dépasser la rémunération de base d'un praticien hospitalier à temps plein pour une durée de travail inférieure à deux demi-journées par semaine 13

1.6. La perception de l'importance de l'organisation du temps de travail pour le recrutement diffère entre les directions d'établissements et les médecins 15

2. LA PLURALITÉ DE STATUTS DES MÉDECINS AU SEIN DES HÔPITAUX PUBLICS CONDUIT À UNE ORGANISATION VARIABLE DU TEMPS DE TRAVAIL MÉDICAL 17

2.1. L'organisation du temps de travail des médecins à l'hôpital diffère en fonction de leur statut 17

2.1.1. Les obligations de service des médecins sont fixées en demi-journées dont la quotité varie selon le statut 17

2.1.2. Par dérogation à la demi-journée, l'organisation du temps médical en décompte horaire continu est possible pour cinq spécialités 19

2.2. Les praticiens hospitaliers ont la possibilité de travailler au-delà de leurs obligations de service dans le cadre du régime de temps de travail additionnel, qui peut être rémunéré ou récupéré 19

2.3. Certains praticiens effectuent des gardes sur place ou des astreintes à domicile afin d'assurer la permanence des soins, donnant lieu à des indemnisations et à des repos de sécurité 20

2.4. Les médecins titulaires effectuant plus de huit demi-journées hebdomadaires ont la possibilité d'exercer une activité libérale à l'hôpital dans un régime encadré 21

2.5. Les médecins,, à l'exception des hospitalo-universitaires, ont droit à vingt jours de réduction du temps de travail 21

2.6. Afin de respecter leurs obligations de formation continue, les médecins hospitaliers ont droit à des jours de congés de formation 23

2.7. Certains médecins hospitaliers ont la possibilité d'exercer des activités non-cliniques ou des activités externes à l'établissement 24
2.7.1. Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent de droit exercer une demi-journée par semaine d'activité non clinique 24
2.7.2. Les praticiens hospitaliers à temps complet peuvent exercer jusqu'à deux demi-journées à l'extérieur de leur établissement 24
2.8. L'utilisation de l'intérim médical n'est possible que pour un recours strictement encadré 24

3. L'ORGANISATION DU TEMPS MÉDICAL AU SEIN DES HÔPITAUX PUBLICS EST INSUFFISAMMENT PILOTÉE ET S'ACCOMPAGNE D'IRRÉGULARITÉS FRÉQUENTES 26

3.1. Les établissements disposent d'une liberté d'organisation qui repose sur une chaine de responsabilités allant du chef de service au chef d'établissement en matière de temps médical 26
3.2. Si la demi-journée reste le mode d'organisation des services le plus courant, le temps médical continu s'étend et peut concerner des services non-éligibles 27
3.2.1. L'organisation du temps médical en demi-journée est prépondérante au sein des services 27
3.2.2. Un praticien sur cinq suit le régime du temps médical continu, dont des médecins de spécialités non-éligibles 28
3.3. Les garanties minimales de repos ne sont pas toujours respectées 31
3.4. Les outils de formalisation et de suivi du temps de travail sont peu déployés et générateurs d'une insuffisance de pilotage du temps médical 32
3.4.1. Les tableaux de service sont insuffisamment déployés 32
3.4.2. Les outils numériques disponibles ne sont pas adaptés à la complexité du cadre réglementaire et à la multiplicité des organisations 33
3.5. Les commissions et instances sont inégalement investies dans le pilotage du temps de travail des médecins 36
3.5.1. Les commissions d'organisation de la permanence des soins sont diversement mobilisées dans le cadre du pilotage du temps médical 36
3.5.2. Le rôle des commissions médicales d'établissement (CME) est important pour s'assurer de l'adhésion de la communauté médicale au pilotage du temps de travail 37
3.5.3. L'activité libérale, à laquelle les médecins peuvent consacrer jusqu'à deux demi-journées par semaine, fait l'objet d'un contrôle insuffisant 38

4. L'ANALYSE D'INDICATEURS RELATIFS À LA COMPOSITION DU TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS RÉVÈLE UN RECOURS CROISSANT AUX DISPOSITIFS DU TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL ET DE L'INTÉRIM 40

4.1. En l'absence de données sur le temps de travail des médecins à l'hôpital, la mission n'a pas pu estimer le volume horaire effectué par les médecins 40
4.2. Le temps de travail additionnel est devenu un outil structurel de fonctionnement et les dépenses qui lui sont liées pèsent sur les finances des établissements avec une augmentation de +69 % en dix ans 41
4.2.1. Entre 2015 et 2024, les dépenses de TTA ont augmenté de 69 %, et le montant moyen des dépenses de TTA par ETP a augmenté de 57 % 41
4.2.2. Les trois quarts des établissements consultés déclarent ne pas contractualiser systématiquement le temps de travail additionnel et près de la moitié n'ont pas formalisé de règles de répartition entre praticiens 45
4.2.3. Le recours au TTA révèle d'abord des déséquilibres d'organisation 46

4.3. Les dépenses relatives au personnel médical intérimaire sont concentrées dans les centres hospitaliers et s'élevaient à 314 M€ en 2024, en augmentation de + 203 M€ sur dix ans 47

4.4. Les données disponibles ne permettent pas de faire de lien entre l'évolution de l'activité par ETP et le recours au TTA ou à l'intérim médical 48

4.5. Les gardes et astreintes constituent un facteur de tension des organisations hospitalières et une dépense croissante 50

4.5.1. Les gardes et astreintes sont très fréquentes dans le cadre d'une permanence des soins essentiellement assurée par les établissements publics de santé 50

4.5.2. La permanence des soins constitue une dépense croissante pour les établissements, dont un quart de la hausse entre 2019 et 2024 provient de la création de nouvelles lignes de garde 53

4.6. Les provisions pour charges liées à la mise en œuvre du compte épargne temps pour les médecins hospitaliers s'élevaient à 1,8 Md€ en 2024, en augmentation de 73 % sur 10 ans 57

5. LE PILOTAGE DU TEMPS MÉDICAL DOIT SE STRUCTURER AUTOUR D'UN PLAN DE REMISE EN CONFORMITÉ, DE MAQUETTES ORGANISATIONNELLES ET D'UNE STRATÉGIE DE TERRITOIRE AFIN D'OPTIMISER L'ALLOCATION DU TEMPS MÉDICAL 58

5.1. L'application du cadre normatif du temps de travail et son pilotage sont devenus nécessaires pour s'assurer du bon fonctionnement des établissements 58

5.2. Les maquettes organisationnelles doivent permettre d'objectiver la conformité et la soutenabilité des organisations 59

5.2.1. Les maquettes sont une méthode de dialogue plus qu'un instrument de dotation automatique 60

5.2.2. Les maquettes organisationnelles constituent une méthode pour revisiter les fonctionnements et dotations historiques au regard de la conformité 62

5.3. Les liens entre le temps de travail et l'attractivité justifient une approche territoriale de l'organisation du temps de travail 64

5.3.1. Les déterminants réels de l'attractivité médicale sont principalement liés à la question du temps de travail 64

5.3.2. Le GHT dispose de leviers pour agir sur l'organisation du temps médical, mais ceux-ci restent insuffisamment mis en œuvre 65

Annexe II

INTRODUCTION

Pour les besoins de la présente annexe, **le temps de travail médical ou temps de travail des médecins est défini comme l'ensemble du temps professionnel consacré par les personnels médicaux à l'exercice de leurs missions hospitalières**, qu'il s'agisse de temps directement clinique, de temps clinique indirect, de temps non clinique, de permanence des soins ou de temps additionnel. Il ne se réduit donc ni au seul temps de présence au lit du malade, ni au seul temps inscrit dans les tableaux de service.

Le temps clinique désigne le temps directement ou indirectement consacré à la prise en charge des patients. Il comprend notamment les consultations, visites, actes techniques, interventions, prescriptions, transmissions, staffs centrés sur les situations de patients, réunions de concertation pluridisciplinaire, coordination du parcours de soins, tenue du dossier médical et échanges nécessaires avec les patients, les familles ou les autres professionnels impliqués dans la prise en charge.

Le temps non clinique désigne le temps qui ne correspond pas directement à la prise en charge individualisée d'un patient, mais qui conditionne la qualité, la sécurité, l'organisation et la soutenabilité de l'activité médicale. Il comprend notamment les activités de management médical, de pilotage de service ou de pôle, de qualité et gestion des risques, de formation, d'enseignement, de recherche, de participation aux instances, de codage, d'organisation des parcours, d'élaboration de protocoles, de coordination institutionnelle et de contribution aux projets médicaux.

Enfin le temps médical désigne la quotité de temps globale de l'ensemble des médecins dans une même structure.

La mission n'a pas traité dans le cadre de ses travaux la question du temps non clinique sauf pour essayer d'en évaluer la quotité. Ses analyses portent principalement sur la question du temps clinique dès lors que celui-ci est déterminant du temps médical disponible

Les travaux de la mission sur le temps de travail des médecins à l'hôpital public, retracés dans la présente annexe, se sont articulés autour de **trois axes** :

- la **conformité des pratiques avec le droit** qui encadre le temps de travail médical ;
- **l'objectivation du recours aux dispositifs de mobilisation de temps de travail**, notamment via les données comptables des établissements ;
- la **capacité de la gouvernance administrative et médicale** des établissements à démontrer que l'organisation du temps médical qu'ils mobilisent est soutenable pour les équipes et pilotée.

Les constats reposent principalement sur les sources suivantes :

- les données de la base Diamant administrée par la direction du numérique du ministère chargé de la santé (cf. annexe I) ;
- des entretiens conduits par la mission auprès des organisations représentatives des employeurs ainsi que des organisations représentatives de praticiens hospitaliers ;
- deux enquêtes réalisées à l'initiative de la mission : l'une auprès des directions d'établissement, l'autre auprès des médecins hospitaliers eux-mêmes dont les résultats sont développés au sein des pièces jointes 1 et 2.

1. Dans un contexte de hausse des effectifs et d'une baisse de la productivité, le temps de travail des médecins constitue un enjeu pour l'attractivité de l'hôpital public

1.1. Les effectifs de médecins des établissements publics de santé ont augmenté de 10 % entre 2020 et 2024, et ont connu un rajeunissement et une féminisation au cours des dix dernières années

Six catégories différentes de médecins cohabitent à l'hôpital :

- **les praticiens hospitaliers** (PH), régis par les articles R. 6152-1 à R. 6152-333, recrutés par concours, dont le statut a été récemment modifié par le décret n° 2022-134 du 5 février 2022, lequel acte notamment la fusion des statuts de praticien hospitalier à temps plein et de praticien des hôpitaux à temps partiel ;
- **les praticiens contractuels**[1], régis par les articles R. 6152-334 à R. 6152-394 du code de la santé publique (CSP), recrutés à titre temporaire pour une durée maximale allant de 3 à 6 ans pour répondre à des besoins ponctuels selon quatre cas possibles :
  - le remplacement d'un praticien hospitalier (PH) ;
  - l'attente de la titularisation comme PH ;
  - la réponse à des difficultés particulières de recrutement ;
  - le recours à la médecine de ville afin de compléter l'offre de soins de l'établissement ;
- **les assistants des hôpitaux,** régis par les articles R. 6152-501 à R. 6152-552, qui sont des médecins exerçant à titre temporaire en post-doctorat pour une durée d'une ou deux années renouvelables dans la limite de six ans ;
- **les praticiens associés,** régis par les articles R. 6152-901 à R. 6152-933, qui regroupent les médecins détenteurs des diplômes obtenus hors de l'Union européenne (PADHUE) qui exercent soit sous autorisation temporaire soit dans le cadre d'un parcours de consolidation de leurs compétences ;
- **les personnels hospitalo-universitaires (professeurs des universités praticiens hospitaliers ou PU-PH, maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers ou MCU-PH, praticiens hospitalo-universitaire ou PHU, chefs de clinique)** qui ont une affectation partagée entre l'université au sein de laquelle ils enseignent et l'hôpital au sein duquel ils exercent et forment les médecins ;
- **les étudiants en formation,** régis par les articles R. 6153-1 à R. 6153-110 du CSP comprenant les **docteurs juniors**[2], les **internes**, et les personnes **faisant fonction d'internes**, qui sont des praticiens en formation et qui à ce titre sont des agents publics percevant une rémunération et soumis à des obligations de service.

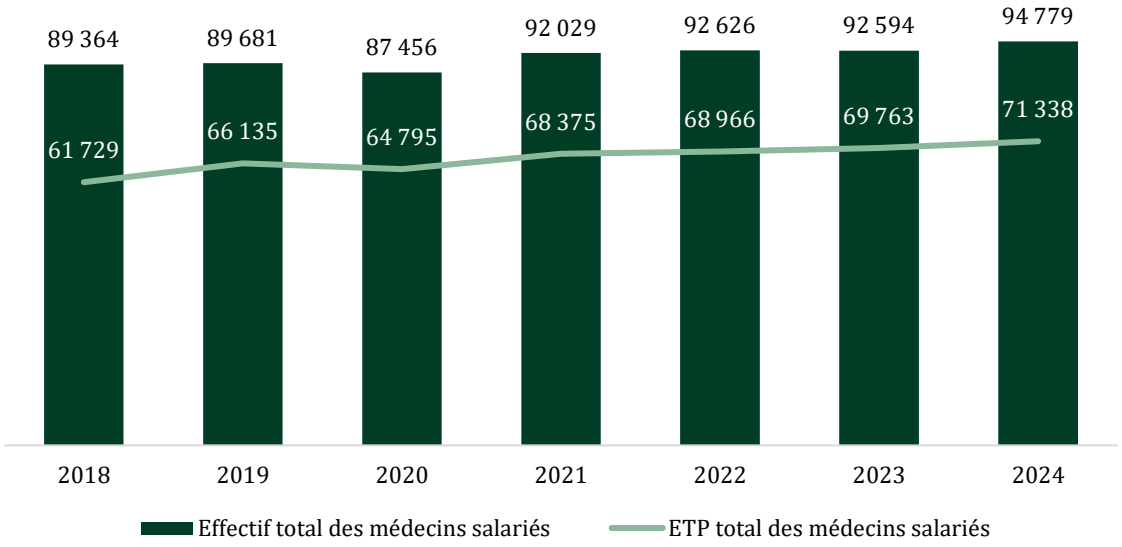
Par ailleurs, les hôpitaux peuvent avoir recours à des médecins intérimaires, rémunérés à la mission.

[1] Il regroupe les anciens statuts de praticien contractuel, de praticien attaché et de clinicien des hôpitaux.

[2] Les docteurs juniors ne relèvent plus stricto sensu de la catégorie statutaire des "internes". Le code de la santé publique distingue désormais deux sous-sections : une pour le statut des docteurs juniors et une autre pour le statut des internes. Le docteur junior est l'étudiant de troisième cycle qui accomplit la phase 3 dite de consolidation ; le texte précise que ces étudiants sont dénommés « docteurs juniors ».

L'effectif du personnel médical[3] sénior (hors internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes) au sein des centres hospitaliers publics s'élevait à 93 523 médecins en 2024, représentant 71 338 équivalents temps plein (ETP). Après une période de stabilité entre 2018 et 2020, les effectifs de médecins séniors ont augmenté d'environ 6 500 ETP entre 2020 et 2024, soit une hausse de 10,1 % sur la période (cf. graphique 1).

Graphique 1 **: Évolution des effectifs de praticiens séniors salariés en établissement public de santé**

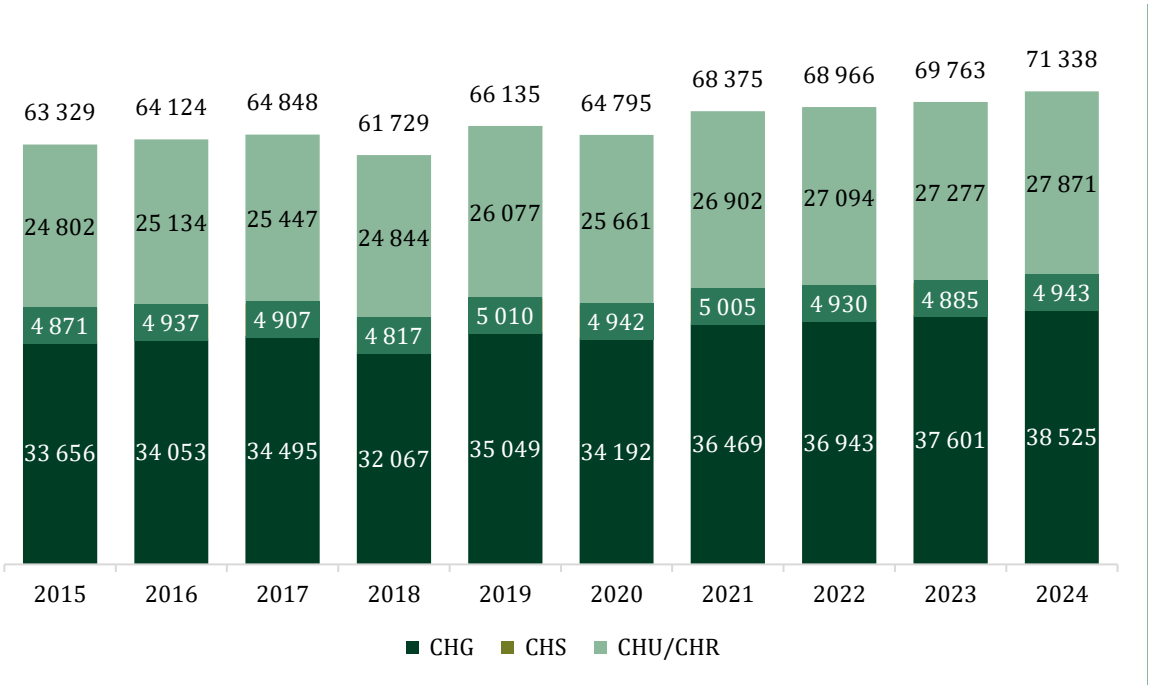


Source : Mission, à partir des données Diamant, cube SAE, bordereau Q20.

Plus de la moitié (53 %) des effectifs de médecins séniors exercent en centre hospitalier général (CH/CHG), soit 38 155 ETP de médecins en 2024 (cf. graphique 2). Les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitalo-universitaires (CHU) concentrent 27 871 ETP (40 %), et les centres spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) 4 943 ETP (7 %). Ces effectifs sont répartis selon des établissements de tailles très différentes, ainsi les CHU/CHR comptaient en moyenne 877 ETP médicaux en 2024, contre 63 ETP pour les CH et 52 ETP pour les CHS.

[3] Pour l'ensemble de la présente annexe, sauf indication contraire, le personnel médical désigne les médecins au sens strict, et n'inclut pas les sage-femmes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes.

Graphique 2 : Évolution des équivalents temps plein du personnel médical sénior au sein des établissements de santé publics par catégorie d'établissement



Source : Mission, à partir des données Diamant, cube SAE, bordereau Q20.

En 2022, dernière année pour laquelle les effectifs de personnel médical par spécialité et statut (ce qui permet de distinguer les médecins des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes) sont disponibles dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les praticiens hospitaliers titulaires représentaient la majorité des effectifs de médecins dans les hôpitaux, avec 38 233 ETP (cf. tableau 1). **Les personnels hospitalo-universitaires, dont le temps de travail est réparti entre les activité cliniques, de recherche et d'enseignement, représentaient 4 610 ETP en incluant l'ensemble de ces activités[4], soit 6,7 % des ETP de praticiens séniors.**

Tableau 1 : Nombre d'équivalents temps plein par statut de personnel médical et par catégorie d'établissement en 2022

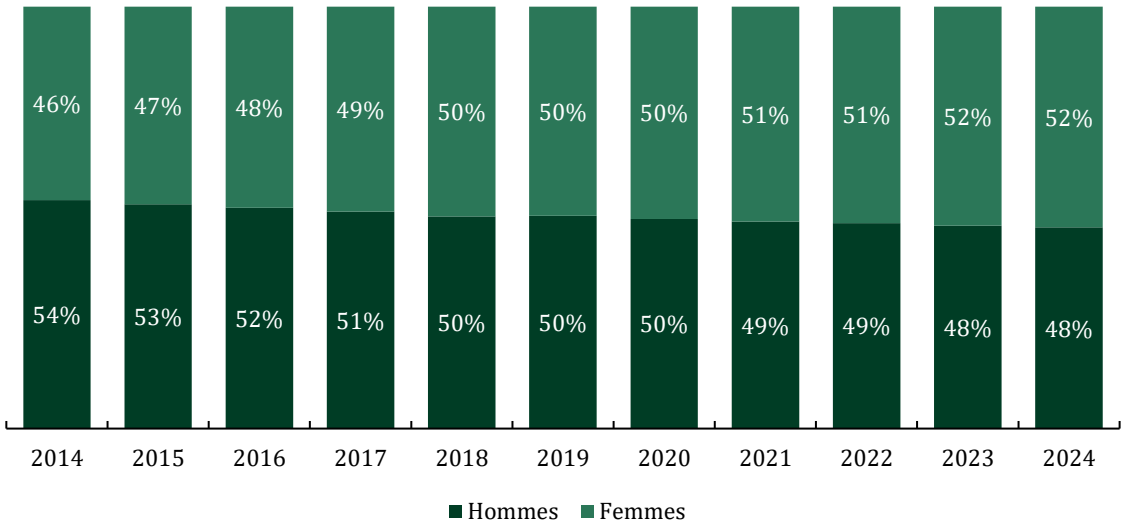
Type d'établissement	PH titulaires	Assistants	Praticiens attachés, anciens praticiens contractuels, cliniciens et praticiens adjoints contractuels	Nouveaux praticiens contractuels	HU titulaires	HU non titulaires
CH	21 698	2 034	8 085	5 173	105	65
CHU/CHR	13 709	2 571	3 721	2 859	2 601	1 801
CHS	2 825	101	651	495	18	20
Total	**38 233**	**4 706**	**12 458**	**8 527**	**2 724**	**1 886**

Source : Mission, à partir des données Diamant, cube SAE, bordereau Q20.

[4] Dans la SAE, les personnels s hospitalo-universitaires à temps plein sont comptés comme des effectifs à temps plein quelle que soit la répartition de leur temps de travail entre leur activité clinique et leurs autres activités.

Depuis l'année 2021, les femmes représentent la majorité du personnel médical salarié à l'hôpital public, traduisant une féminisation de la profession. La part des femmes au sein du personnel médical dans les hôpitaux publics s'élevait à 52,3 % en 2024, contre 45,9 % en 2015, soit une augmentation de + 6,2 points en 10 ans (cf. graphique 3).

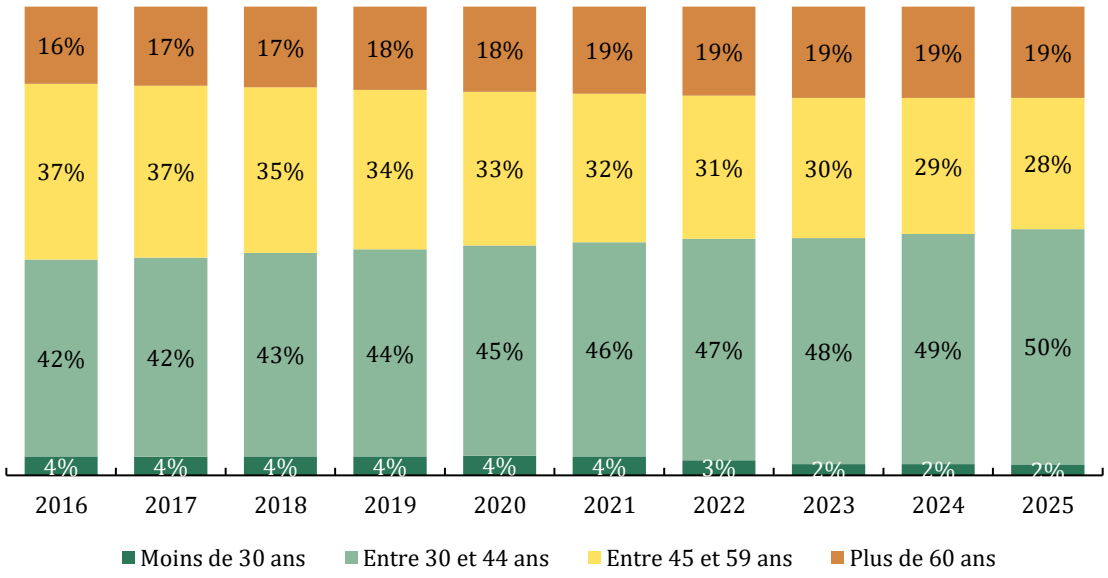
Graphique 3 : Évolution de la répartition des ETP de médecins salariés dans les hôpitaux publics selon le sexe (2014-2024)



Source : Mission, à partir des données Diamant, cube SAE.

Les effectifs des médecins séniors dans les hôpitaux publics connaissent également un rajeunissement. En 2025, 52 % des médecins hospitaliers avaient moins de 45 ans, contre 46 % en 2016. Toutefois, la part des médecins âgés de plus de 60 ans est également en augmentation, de 16 % en 2016 à 19 % en 2025, laissant prévoir un nombre de départs à la retraite croissant au cours des prochaines années.

Graphique 4 : Répartition de l'âge des médecins séniors ayant une activité exclusive en établissement public de santé entre 2016 et 2025



Source : Mission, à partir de données issues du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) retraité par la Drees.

1.2. Les dépenses de rémunération des personnels médicaux à l'hôpital public s'élevaient à 10 519 M€ en 2024 hors charges sociales, en augmentation de + 56 % depuis 2014

Les dépenses de rémunération des personnels médicaux (hors charges sociales) au sein des hôpitaux publics[5], ainsi que celles des internes, des docteurs juniors et des faisant fonction d'internes, s'élevaient à 10,5 Md€ en 2024 contre 6,7 Md€ en 2014, soit une augmentation de + 55,9 % par rapport à 2014 (cf. graphique 5) :

- les dépenses d'indemnité de temps de travail additionnel (TTA) de jour ont triplé (+194 %) sur la période, passant de 98 M€ à 289 M€ ;
- les dépenses d'intérim médical ont augmenté de 247 % sur la période, augmentant de 91 M€ en 2014 à 314 M€ en 2024 ;
- les dépenses de rémunération liées à la permanence des soins ont augmenté de 51 %, de 790 M€ à 1 191 M€.

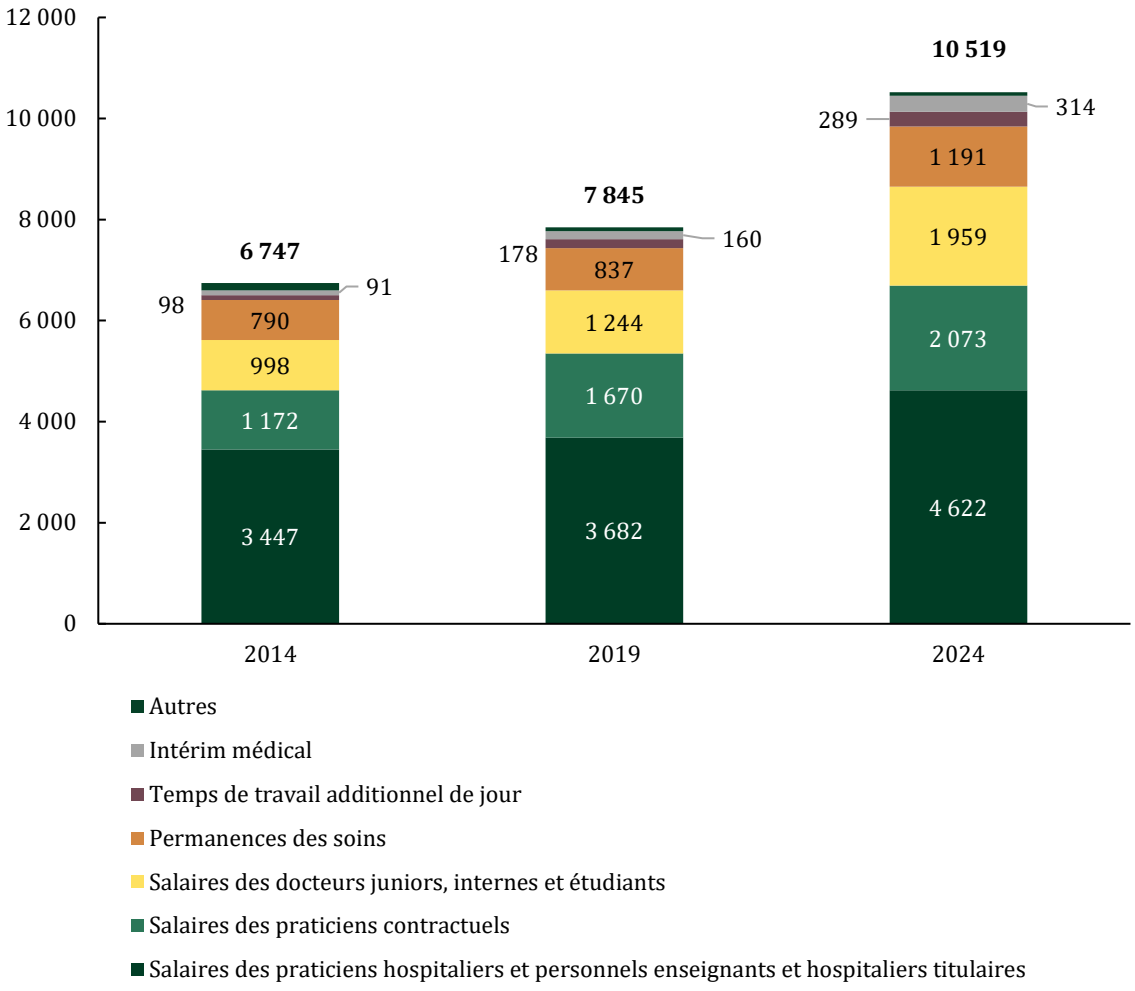
Rapportées aux effectifs salariés des personnels médicaux séniors (incluant les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes), les dépenses de rémunération ont également fortement progressé sur la période :

- les salaires de base (qui incluent différentes primes statutaires), en brut, sont passés de 67 902 € par ETP en 2014 à 86 628 € par ETP sénior en 2024, soit une augmentation de +26 %, ou d'environ +18 700 € par ETP ;
- en prenant également en compte les dépenses d'indemnisation de la participation à la permanence des soins et du temps de travail additionnel, la rémunération totale par ETP sénior est passée de 80 967 € en 2014 à 105 773 € en 2024, soit une augmentation de +31 %, ou d'environ +24 800 € par praticien.

[5] Incluant les dépenses de rémunérations des personnels des spécialités de pharmacie et d'odontologie, non distinguables des médecins dans les données comptables,

Annexe II

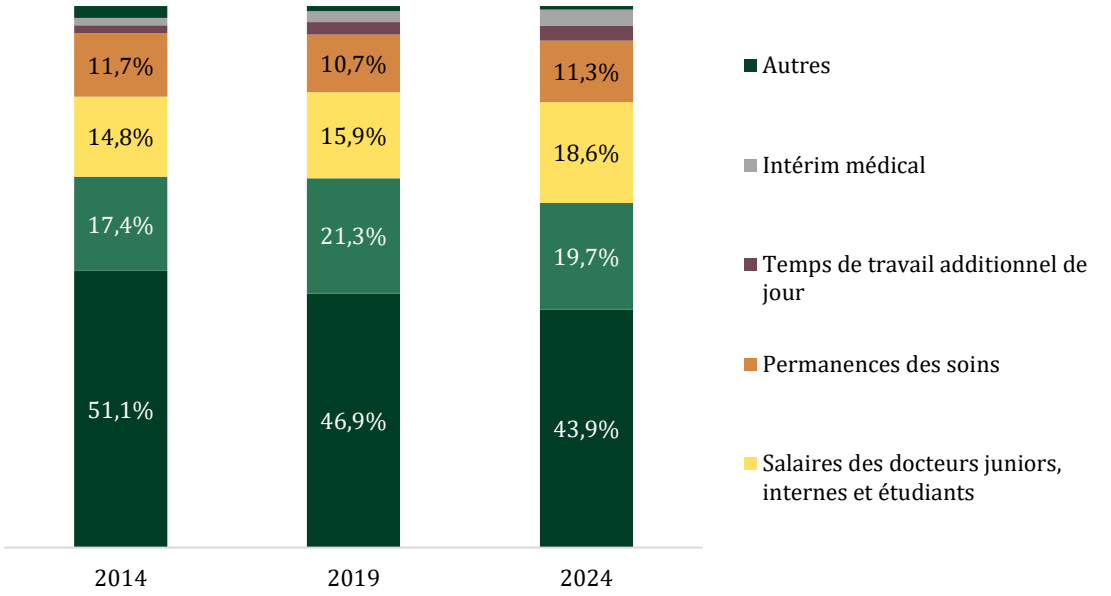
Graphique 5 : Ventilation des dépenses de rémunération des personnels médicaux (hors charges sociales) au sein des hôpitaux publics (en M€)



Source : Mission, à partir des données Diamant, cube DGFIP.

Par ailleurs, entre 2014 et 2024, la part du temps de travail additionnel de jour, c'est-à-dire réalisé hors période de permanence des soins, et de l'intérim médical dans les dépenses totales de rémunération des personnels médicaux hors charges sociales a doublé entre 2014 et 2024, de 2,8 % à 5,7 %. (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Évolution de la composition des dépenses de rémunération des personnels médicaux (hors charges sociales) en établissement public de santé



Source : Mission, à partir de données Diamant, cube DGFIP.

La progression des dépenses de rémunération des personnels médicaux constitue un indicateur d'une tension croissante dans l'organisation du temps médical à l'hôpital. La baisse de la part de la rémunération de base des personnels titulaires suggère des tensions croissantes dans la structuration du temps médical, qui se traduisent notamment par une mobilisation accrue du temps de travail additionnel et de l'intérim médical. L'augmentation du recours au temps de travail additionnel et à l'intérim médical, qui constituent des moyens pour mobiliser du temps médical à court terme, suggèrent des difficultés accrues pour la continuité de l'activité hospitalière (cf. partie 4).

1.3. L'activité rapportée au nombre d'équivalents temps plein de médecins séniors à l'hôpital a augmenté de 8 % sur la période 2020-2024 mais n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant Covid

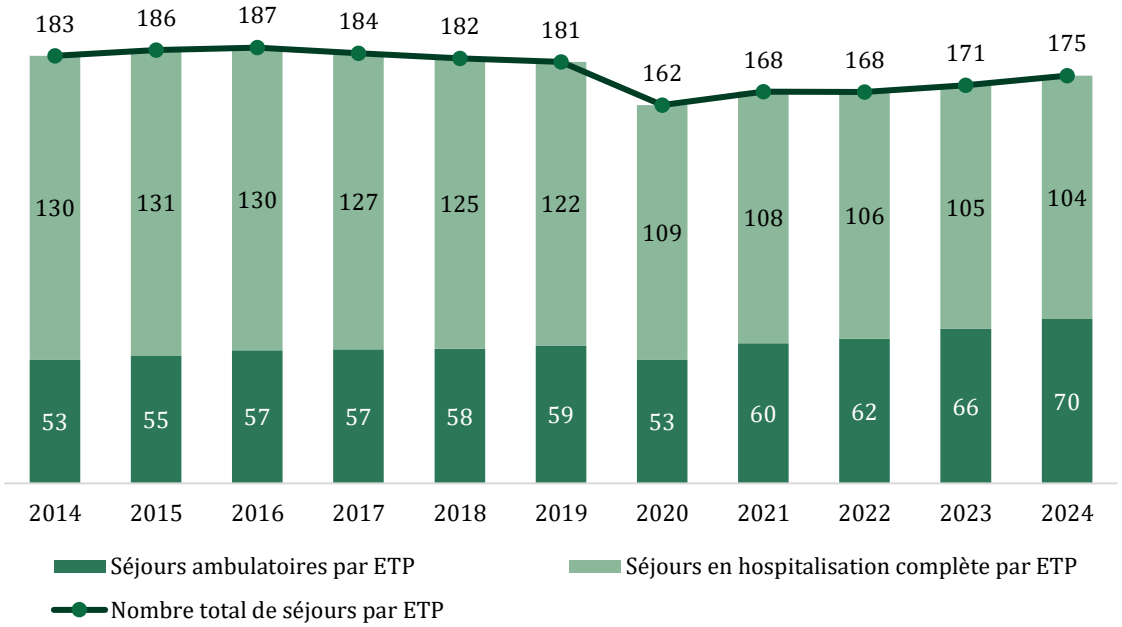
La diminution de l'activité depuis la crise sanitaire, mesurée comme le nombre de séjours par ETP de médecins séniors à l'hôpital, est bien documentée[6].

En effet, le nombre de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) rapporté au nombre de médecins séniors salariés en établissements publics de santé travaillant en MCO peut constituer une approche de la productivité à l'hôpital. Il s'élevait à 175 en 2024, en baisse de -3,3 % par rapport à 2019, après une forte baisse en 2020 (cf. graphique 7). Malgré un rebond progressif à partir de 2021, le nombre de séjours par ETP n'avait pas retrouvé, en 2024, son niveau le plus élevé, atteint en 2016.

La nature des séjours a de plus connu une transformation, avec une diminution de -7 % du nombre total de séjours en hospitalisation complète entre 2014 et 2024, et une augmentation de +55 % du nombre total de séjours en ambulatoire. La baisse du nombre total de séjours par médecins suggère une baisse de la productivité médicale, qui invite à analyser l'évolution du temps de travail des médecins pour déterminer si elle en est l'un des sous-jacents.

[6] Rapport IGF/IGAS « *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale* », publié en février 2026.

Graphique 7 : Évolution du nombre de séjours rapporté aux effectifs de médecins sénior (en ETP) dans les EPS



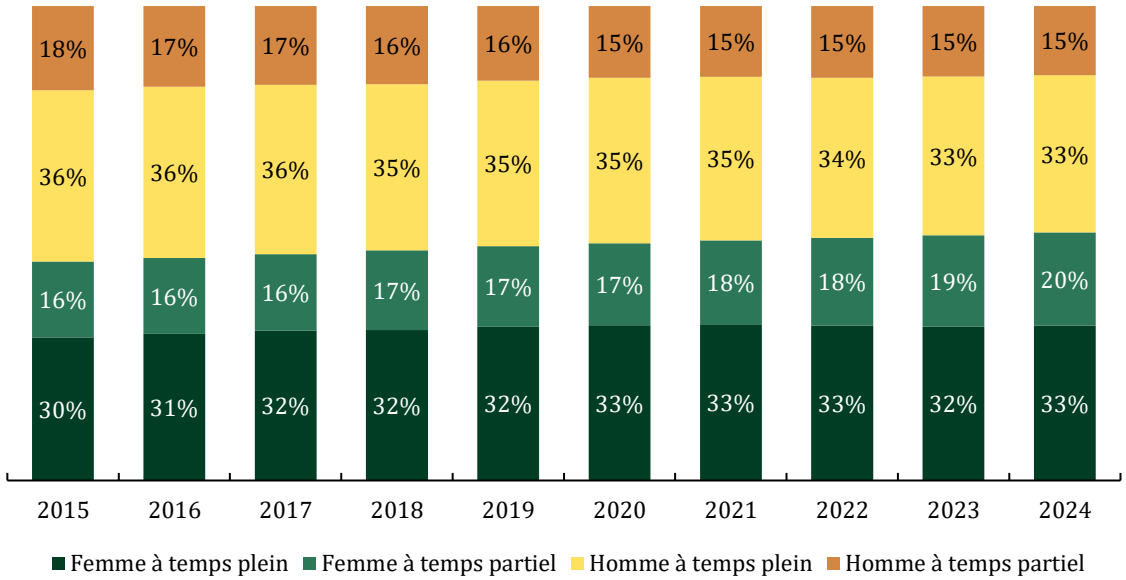
Source : Mission, à partir de données Diamant, cubes MCO et SAE, bordereau Q21.

1.4. Le temps partiel a augmenté de 10 points pour l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence et peut constituer un levier d'optimisation de la rémunération en début de carrière

Les données des établissements permettent de constater qu'un tiers du personnel médical sénior salarié à l'hôpital exerce à temps partiel, et que cette proportion est stable sur dix ans, entre 2015 et 2024.

En 2024, la part des hommes médecins à temps partiel parmi l'effectif total des hommes médecins s'élevait à 30,6 %, contre 37,6 % pour ce même ratio chez les femmes médecins (cf. graphique 8). Sur le nombre total de médecins, la proportion d'homme à temps partiel a diminué entre 2015 et 2024, de 18 % à 15 %, tandis que la proportion de femmes à temps partiel a augmenté de 16 % à 20 %.

Graphique 8 : Évolution de la part de médecins femmes et hommes salariés au sein des établissements publics de santé



Source : Mission, à partir de données Diamant, cube SAE, bordereau Q20.

Cette stabilité d'ensemble masque toutefois des évolutions contrastées selon les spécialités (cf. tableau 2).

Certaines spécialités sont plus concernées par le temps partiel comme la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (61 % des effectifs à temps partiel), la dermatologie vénérologie (55 %) ou l'ophtalmologie (49 %). La mission forme l'hypothèse que ce taux élevé de temps partiel s'explique en partie par l'attractivité de l'exercice libéral pour ces spécialités, favorisant des formes d'exercice mixte. À l'inverse, le temps partiel demeure relativement peu développé dans des spécialités telles que la réanimation médicale (15 % des effectifs à temps partiel), la chirurgie digestive (16 %) ou la génétique (17 %).

Par ailleurs, certaines disciplines ont connu une progression marquée du recours au temps partiel sur la période 2014-2024. C'est notamment le cas de l'anesthésie-réanimation et de la médecine générale (+ 10 points) ainsi que de la psychiatrie et de la médecine d'urgence (+ 7 points).

Alors que l'anesthésie-réanimation a enregistré une hausse de + 875 effectifs sur la période 2014-2024, le nombre de praticiens à temps partiel a augmenté de + 905 effectifs, partiel. Sur la période 2019-2024, la médecine d'urgence a enregistré une hausse de + 2 005 effectifs, et le nombre de praticiens à temps partiel a augmenté de + 1 170 effectifs.

Tableau 2 : Évolution de la part d'effectifs médicaux à temps partiel par spécialité au sein des centres hospitaliers entre 2014 et 2024

Spécialité	Part de temps partiel 2014	Part de temps partiel 2024	Évolution 2024 - 2014
Anesthésie - Réanimation	18 %	28 %	+10 points
Médecine générale (hors DES urgentistes depuis 2018, hors gériatrie)	36 %	46 %	+10 points
Psychiatrie	26 %	33 %	+7 points
Médecine d'urgence	33 % (chiffre 2019)	40 %	+7 points

Annexe II

Spécialité	Part de temps partiel 2014	Part de temps partiel 2024	Évolution 2024 - 2014
Santé publique (y compris DIM)	24 %	31 %	+7 points
Gériatrie	23 %	29 %	+6 points
Oncologie radiothérapique	20 %	24 %	+4 points
Pédiatrie	35 %	39 %	+4 points
Oncologie médicale	23 %	28 %	+4 points
Autres spécialités médicales	36 %	39 %	+3 points
Réanimation médicale	12 %	15 %	+3 points
Médecine nucléaire	25 %	27 %	+2 points
Autres	39 %	41 %	+2 points
Néphrologie	30 %	31 %	+1 points
Médecins spécialisés en biologie médicale	22 %	23 %	+1 point
Hématologie	19 %	20 %	+1 point
Endocrinologie et maladies métaboliques	44 %	44 %	+0 points
Génétique	18 %	17 %	-1 point
Chirurgie générale	21 %	20 %	-1 point
Anatomie et cytologie pathologiques	33 %	32 %	-1 point
Chirurgie infantile	27 %	25 %	-2 points
Radiologie	40 %	38 %	-2 points
Méd. physique et de réadaptation	38 %	35 %	-2 points
Chirurgie digestive	18 %	16 %	-3 points
Chirurgie orthopédique et traumatologique	24 %	21 %	-3 points
Chirurgie thoracique et cardiaque	23 %	20 %	-3 points
Médecine Interne	33 %	30 %	-3 points
Neuro-chirurgie	21 %	17 %	-4 points
Pneumologie	39 %	35 %	-4 points
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	40 %	36 %	-4 points
Neurologie	35 %	30 %	-5 points
Gynécologie - Obstétrique	38 %	33 %	-5 points
Chirurgie vasculaire	31 %	25 %	-6 points
Médecins du travail	52 %	46 %	-6 points
Rhumatologie	55 %	47 %	-7 points
Gastro entérologie et hépatologie	39 %	32 %	-7 points
Cardiologie et maladies vasculaires	45 %	37 %	-8 points
Chirurgie urologique	32 %	23 %	-9 points
Ophtalmologie	61 %	49 %	-12 points
Dermatologie - Vénérologie	68 %	55 %	-13 points
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	77 %	61 %	-17 points

Spécialité	Part de temps partiel 2014	Part de temps partiel 2024	Évolution 2024 - 2014
Oto-Rhino-laryngologie (avant 2022) / Oto-rhino, laryngologie et cervico-faciale (à partir de 2022)	59 %	42 %	-17 points
Autres spécialités chirurgicales	67 %	Pas de données.	Non calculable.
Ensemble des spécialités	**34 %**	**35 %**	**+ 1 point**

Source : Mission, à partir de données Diamant, cube SAE, bordereau Q20.

Depuis la fusion des statuts de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel en 2022, les praticiens hospitaliers titulaires relèvent d'un cadre statutaire unique. Toutefois, les conditions effectives d'exercice des praticiens peuvent présenter de fortes hétérogénéités tenant aux modalités d'organisation retenues par les établissements et par les services, ainsi qu'aux spécificités au sein des spécialités. **Cela se traduit par des écarts de rémunération pour des praticiens relevant pourtant du même statut, y compris à quotité de travail identique, ou pour des volumes horaires comparables.**

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influer sur la rémunération totale d'un praticien :

- la quotité de travail du praticien ;
- la participation à la permanence des soins, *via* la réalisation de gardes ou d'astreintes ;
- le recours au temps de travail additionnel (TTA) ;
- la perception de différentes indemnités ou primes auxquelles certains praticiens hospitaliers sont éligibles, telles que l'indemnité d'engagement de service public exclusif ou la prime de solidarité territoriale.

Afin d'illustrer l'ampleur de ces écarts potentiels, la mission a simulé plusieurs situations théoriques pour un praticien hospitalier d'échelon cinq et pour un praticien hospitalier d'échelon onze, correspondant respectivement à un praticien en début de carrière et à un praticien plus expérimenté. Les simulations visent à comparer la rémunération brute annuelle de praticiens relevant du même échelon mais exerçant selon des organisations du temps de travail différente.

Le tableau 3 présente la rémunération brute théorique de praticiens effectuant un volume identique de dix demi-journées hebdomadaires, selon deux combinaisons différentes d'organisation du travail :

- un cas où le praticien exerce à temps plein et n'effectue pas de TTA, exerçant ainsi pour un total de dix demi-journées hebdomadaires ;
- un cas où le praticien exercer à 80 % et exerce deux demi-journées supplémentaires sous la forme de TTA, exerçant ainsi pour un total de dix demi-journées hebdomadaires.

Dans cette configuration, un praticien d'échelon 5 exerçant selon la deuxième modalité dispose d'une rémunération brute annuelle supérieure de 5 % à celle d'un praticien de même échelon exerçant selon la première modalité. Pour un praticien d'échelon 11, un praticien exerçant selon la deuxième modalité dispose d'une rémunération brute annuelle inférieure de -3 % par rapport à un praticien de même échelon exerçant selon la première modalité.

Il convient par ailleurs de noter que la défiscalisation du TTA[7] peut contribuer à une augmentation de l'écart pour le cas d'un praticien d'échelon 5.

[7] Exonération de l'impôt sur le revenu des éléments de rémunérations, dans une limite annuelle de 7 500 €, prévue à l'article 81quater du code général des impôts.

Tableau 3 : Variations dans la rémunération d'un praticien hospitalier d'échelon 5 ou d'échelon 11 en fonction de l'organisation de son temps de travail

Échelon du praticien	Quotité de travail	Nombre de demi-périodes de TTA hebdomadaires	Nombre de demi-journées hebdomadaires effectives en incluant le TTA	Rémunération brute annuelle	Écart avec la situation de base
5	1	0	10	**68 688 €**	+0 %
5	0,8	2	10	**72 402 €**	+5 %
11	1	0	10	**99 810 €**	+0 %
11	0,8	2	10	**97 299 €**	-3 %

Source : Arrêté du 8 juillet 2022 relatif aux émoluments des personnels médicaux, calculs de la mission.

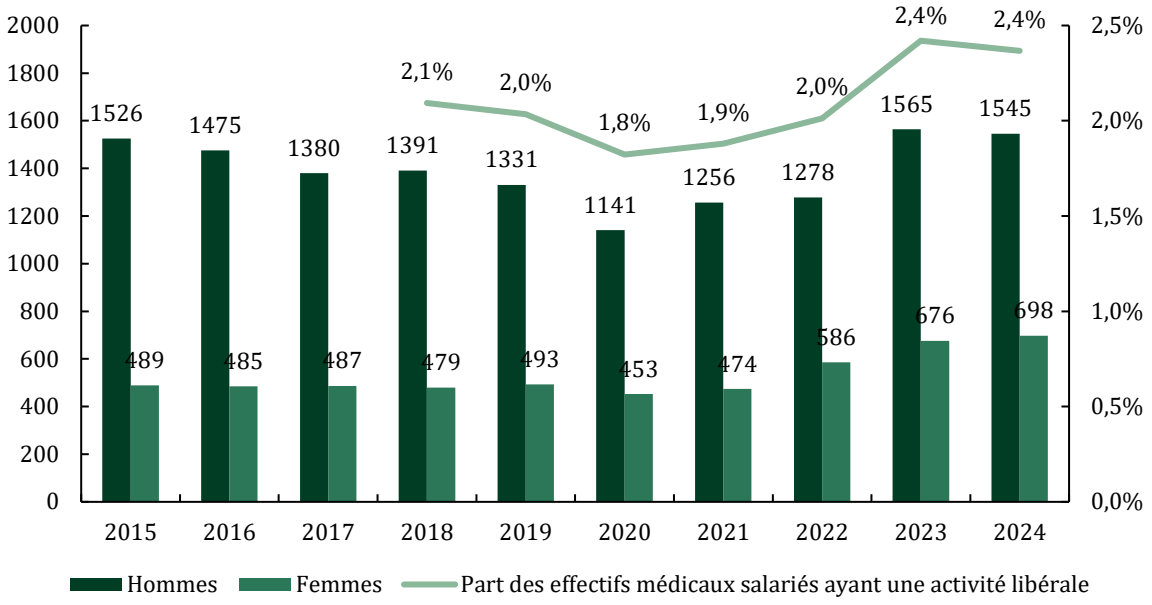
Les praticiens d'échelons moins élevés sont ainsi incités à opter pour un exercice à temps partiel, complété par des heures de temps de travail additionnel, afin d'optimiser leur rémunération.

1.5. L'activité libérale à l'hôpital, qui concerne environ 2 % des médecins séniors, peut donner lieu à des honoraires pouvant dépasser la rémunération de base d'un praticien hospitalier à temps plein pour une durée de travail inférieure à deux demi-journées par semaine

L'article L. 6154-1 du code de la santé publique autorise les personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires exerçant au moins huit demi-journées hebdomadaires en établissement public de santé à y exercer une ou deux demi-journées d'activité libérale. Cette activité libérale ne peut :

- représenter plus de 20 % de la durée d'exercice hebdomadaire du service hospitalier du praticiens concerné ;
- représenter plus de la moitié du nombre total d'actes et de consultations réalisés par le praticien au sein des établissements publics de santé.

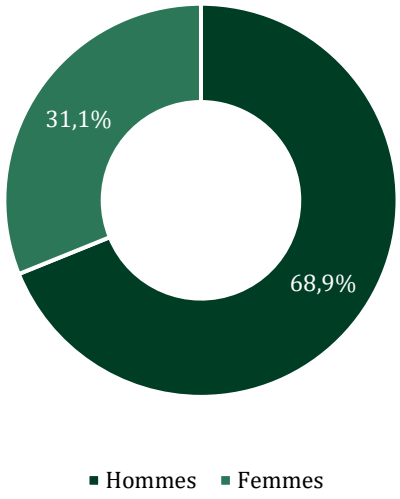
Graphique 9 : Évolution du nombre de médecins ayant une activité libérale dans un centre hospitalier public (2015-2024)



Source : Mission, à partir de données Diamant, cube SAE.

En 2024, 2 243 médecins avaient une activité libérale dans un centre hospitalier public, d'après les données du cube SAE (cf. graphique 9), soit 2,4 % des effectifs médicaux salariés. Le nombre de praticiens exerçant une activité libérale en centre hospitalier a augmenté de + 228 praticiens sur dix ans, avec une diminution sur la période 2015-2020 puis une augmentation sur la période 2020-2024, à la fois en volume absolu de médecins exerçant une activité libérale et en part des effectifs salariés exerçant une activité libérale. L'augmentation sur dix ans est portée par l'augmentation du nombre de femmes ayant une activité libérale, de 489 en 2015 à 698 en 2024. Cependant, en 2024, les femmes ne représentent toujours que 31,1 % des praticiens ayant une activité libérale en centre hospitalier (cf. graphique 10), alors qu'elles représentent un peu plus de la moitié des praticiens salariés.

Graphique 10 : Répartition des effectifs de médecins ayant une activité libérale en établissement public de santé en 2024



Source : Mission, à partir de données Diamant, cube SAE, bordereau Q20.

Les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital peuvent percevoir leurs honoraires selon deux modalités :

- soit ils les encaissent directement et reversent eux-mêmes à l'établissement la redevance due, conformément aux barèmes applicables ;
- soit des honoraires sont perçus par l'établissement, qui les reverse périodiquement au praticien après prélèvement de la redevance.

La mission a consulté pour la période 2023-2025 une extraction des données de la direction générale des finances publiques (DGFiP) sur les praticiens exerçant une activité libérale à l'hôpital et pour lesquels les honoraires transitent par le comptable public. Le tableau 4 récapitule les principaux constats effectués, dont le montant moyen des honoraires perçus par les praticiens après prélèvement de la redevance.

En 2025, les honoraires perçus par les 1 194 médecins concernés s'élevaient en moyenne à 83 256 €, et la médiane s'élevait à 69 515 €, soit l'équivalent de la rémunération de base brute annuelle d'un praticien hospitalier titulaire d'échelon 5 exerçant à temps plein.

Au regard de la réglementation, qui limite à deux demi-journées hebdomadaires le temps consacré par les praticiens à leur activité libérale à l'hôpital, le montant des honoraires perçus laisse supposer une activité clinique plus intensive durant les plages allouées à l'exercice libéral. Par ailleurs, pour les honoraires les plus élevés, un dépassement du plafond de 20 % du temps ou de 50 % du nombre total d'actes ne peut pas être exclu.

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins exerçant une activité libérale à l'hôpital et dont les honoraires transitent par le comptable public

	2023	2024	2025
Nombre de médecins ayant perçu des honoraires	1 398	1 282	1 194
Moyenne des honoraires (après prélèvement de la redevance)	81 109 €	84 541 €	83 954 €
Médiane des honoraires	65 646 €	68 422 €	69 515 €
Montant maximum des honoraires	886 487 €	723 803 €	616 994 €
Âge moyen des médecins au 1er janvier de l'année considérée (en années)[8]	51	50	50

Source : Mission, à partir de données transmises par la DGFIP.

1.6. La perception de l'importance de l'organisation du temps de travail pour le recrutement diffère entre les directions d'établissements et les médecins

La mission a souhaité connaître quels étaient les facteurs les plus déterminants lors d'un recrutement du point de vue de l'employeur comme de celui du médecin afin de mieux approcher la question du temps de travail comme facteur d'attractivité ou de perte d'attractivité. Lors des entretiens conduit par la mission, cette question a été mise en avant à plusieurs reprises s'agissant tant de la possibilité de travailler à temps partiel que de la possibilité d'améliorer les rémunérations des médecins *via* les indemnités de temps de travail additionnel ou à l'inverse l'effet repoussoir d'effectifs limités conduisant à une participation très fréquente à la permanence des soins.

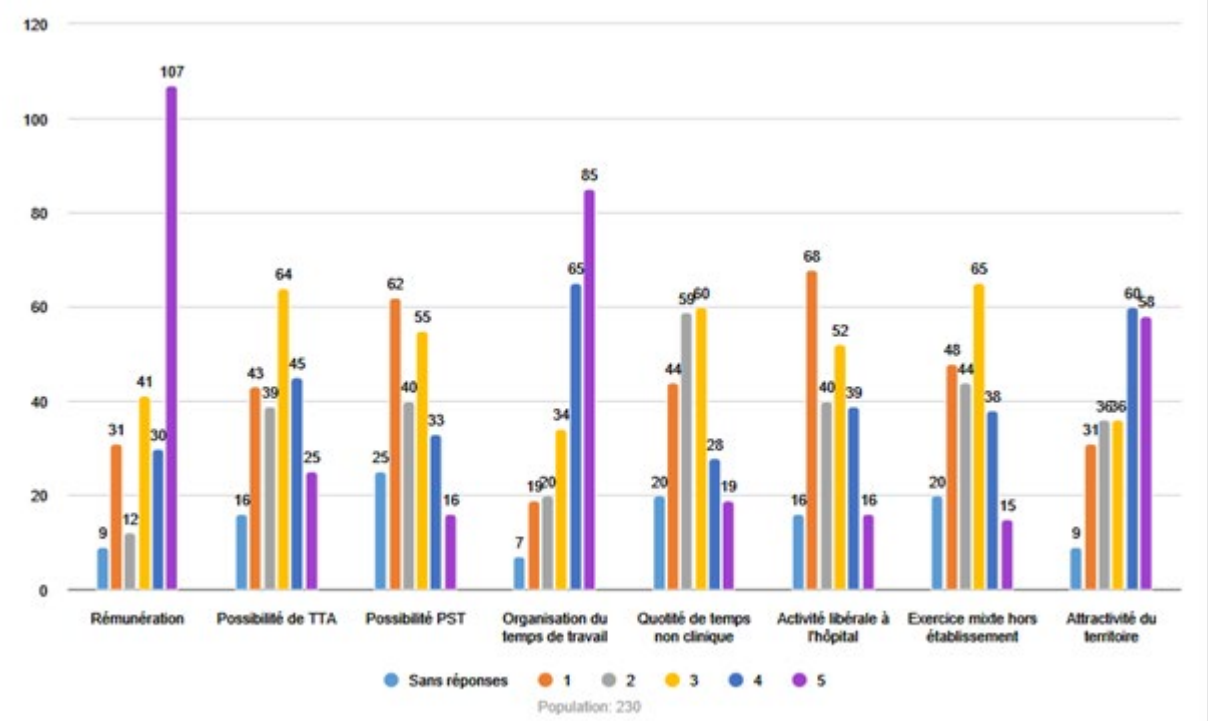
Les réponses des gouvernances sur les facteurs d'attractivité ne sont pas en concordance avec celles des médecins.

Pour les gouvernances, la rémunération est le facteur le plus fréquemment classé comme très important (46,5 % des établissements), mais l'organisation du temps de travail arrive en deuxième.

[8] Pour les médecins pour lesquels l'information est disponible (environ 40 % des médecins de la base de données).

Annexe II

Graphique1 : Facteurs déterminants pour le recrutement de médecins selon les directions d'établissement



Source : Mission – enquête auprès des directions d'établissement hospitalier – réponse à la question « Classez les facteurs selon leur importance en matière d'attractivité de votre établissement pour le recrutement de praticiens hospitaliers (1 = pas du tout important / 5 = très important) »

S'agissant des médecins, les choix qui sont les plus déterminants pour la prise d'un poste sont :

- pour les facteurs qui jouent favorablement :
  - **l'attractivité du territoire** pour laquelle 54 % des médecins font un classement en catégorie 4 et 5[9] ;
  - l'exercice mixte pour lequel 45 % font le même classement ;
  - la recherche avec 42 % de médecin qui la classe en 4 et 5 ;
- pour les facteurs qui jouent en défaveur d'un poste :
  - de manière très marquée, **la fréquence des gardes et astreintes** classée par 73 % des médecins en 1 et 2 ;
  - le fait de devoir faire de la solidarité territoriale et bénéficier de la prime qui l'accompagne classée à 42 % en 1 et 2 et pour laquelle seuls 15 % ont une perception positive ;
  - le temps de travail additionnel pour lequel 42 % des médecins font un classement en 1 et 2 avec une opinion positive (4 et 5) à seulement 25 %.

La rémunération conserve une importance réelle, mais de manière plus ambivalente : 42,8 % des répondants la cotent comme un frein et 30,2 % comme un avantage.

[9] Les répondants devaient classer différents critères entre 1, soit un critère considéré comme un obstacle à la prise de poste et 5, un critère considéré comme un avantage.

2. La pluralité de statuts des médecins au sein des hôpitaux publics conduit à une organisation variable du temps de travail médical

2.1. L'organisation du temps de travail des médecins à l'hôpital diffère en fonction de leur statut

Le temps de travail des médecins à l'hôpital s'articule autour de plusieurs composantes :

- **les obligations de service**, qui correspondent au service normal du médecin, déterminées en fonction de son statut et de sa quotité de travail et qui comprennent la réalisation d'activités non cliniques ;
- **le temps de travail additionnel (TTA)**, qui correspond au temps de travail réalisé par le praticien au-delà de ses obligations de service ;
- **la permanence des soins**, qui peut être réalisée dans le cadre des obligations de service ou sous la forme de TTA et qui correspond aux plages travail effectuées :
  - la nuit ;
  - le samedi après-midi ;
  - le dimanche ;
  - les jours fériés.

Au-delà de ces composantes principales, le temps de travail des médecins à l'hôpital peut également intégrer, selon les statuts :

- une activité libérale en ville dans le cadre d'un exercice mixte ;
- une activité libérale au sein de l'établissement d'exercice du praticien ;
- un temps de formation.

Enfin, le temps de travail médical s'articule également avec les congés, et, le cas échéant, les jours de réduction du temps de travail, les repos de sécurité, et les jours de récupération supplémentaires, selon des modalités propres aux statuts, l'éventuelle participation à la permanence des soins ou le recours au TTA.

2.1.1. Les obligations de service des médecins sont fixées en demi-journées dont la quotité varie selon le statut

La demi-journée est l'unité de base de l'organisation du temps de travail des médecins au sein des hôpitaux publics. Le code de la santé publique fixe, pour chaque statut, un nombre de demi-journées hebdomadaires correspondant à l'obligation de service d'un médecin à temps plein.

Les obligations de services hebdomadaires s'élèvent ainsi à dix demi-journées hebdomadaires pour la plupart des praticiens exerçant à temps plein à l'hôpital public :

- les praticiens hospitaliers (article R. 6152-26 du CSP) ;
- les praticiens contractuels (article R. 6152-349 du CSP) ;
- les assistants des hôpitaux (article R. 6152-504 du CSP) ;
- les praticiens associés (article R. 6152-909 du CSP).

Par ailleurs, le CSP ne définit pas de valeur horaire pour une demi-journée.

En application de la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, le CSP prévoit des garanties minimales qui sont accordées aux médecins :

- la durée du service hebdomadaire ne peut excéder 48 heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ;
- le repos quotidien est d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de 24 heures.

Deux catégories de praticiens dérogent au cadre commun des dix demi-journées hebdomadaires :

- **les praticiens hospitalo-universitaires, dont le temps est partagé entre les activités cliniques, d'enseignement et de recherche, et dont l'obligation de service hebdomadaire est fixée à onze demi-journées**[10], incluant l'ensemble de ces activités, ce qui présente un enjeu particulier en matière de suivi du temps de travail (cf. encadré 3) ;
- **les médecins en troisième cycle, dont les obligations de service s'élèvent à huit demi-journées hebdomadaires**, complétées par deux demi-journées de formation hors stage.

Encadré 1 : Le suivi du temps hospitalo-universitaire : une clarification nécessaire entre CHU et université

Le temps de travail des personnels hospitalo-universitaires constitue l'un des points les plus difficiles à objectiver dans les CHU. Cette difficulté ne tient pas à une absence de cadre juridique, mais à la nature même du statut hospitalo-universitaire. Chaque institution dispose d'informations qui ne sont pas toujours rapprochées dans une vision consolidée de la charge globale assumée par les personnels hospitalo-universitaires.

Cette absence de vision partagée peut produire plusieurs effets. Elle peut conduire à sous-estimer la charge réelle de certains praticiens, notamment lorsqu'ils cumulent activité clinique, responsabilité de service, permanence des soins, coordination pédagogique, recherche et responsabilités institutionnelles. Elle peut également rendre difficile l'arbitrage entre activité clinique et missions universitaires, créer des reports de charge sur les équipes médicales non universitaires, fragiliser la soutenabilité des lignes de permanence et rendre moins lisibles les conditions d'exercice des jeunes personnels hospitalo-universitaires. Elle peut enfin compliquer le dialogue entre direction générale du CHU, présidence de CME, doyen d'UFR et université, alors même que les tensions de temps médical affectent simultanément les soins, la formation, la recherche et l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires.

L'enjeu est de construire, entre le CHU et l'université, une doctrine partagée de reconnaissance, de traçabilité proportionnée et d'arbitrage des principales charges hospitalo-universitaires. Cette doctrine devrait permettre d'identifier les responsabilités les plus consommatrices de temps, de prévenir les cumuls excessifs, de sécuriser la participation à la permanence des soins, de mieux intégrer les missions pédagogiques et scientifiques dans les maquettes organisationnelles et d'éviter que le temps universitaire ne soit traité comme une variable implicite d'ajustement du temps clinique.

Afin d'élaborer une telle doctrine, ou dans le cadre plus général de travaux sur le statut hospitalo-universitaire, la mission recommande par conséquent qu'une mission spécifique sur les missions, l'activité et les modalités du temps de travail des personnels hospitalo-universitaire soit conduite.

Source : Mission.

[10] Article 6 du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.

2.1.2. Par dérogation à la demi-journée, l'organisation du temps médical en décompte horaire continu est possible pour cinq spécialités

Par dérogation à l'organisation en demi-journées, l'article 2 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé prévoit **la possibilité d'organiser l'activité médicale en décompte horaire continu pour certaines activités** :

- l'anesthésie-réanimation ;
- l'accueil et le traitement des urgences ;
- la réanimation ;
- la néonatalogie et la réanimation postnatale ;
- la gynécologie obstétrique (pour les structures réalisant plus de 2 000 accouchements par an).

L'instruction n° DGOS/SDRH/RH5/2025/170 du 30 décembre 2025 relative au temps de travail des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques des établissements publics de santé précise que cette organisation « *répond à la nature de ces activités, qui s'exercent tant le jour que la nuit, avec une forte charge de permanence des soins, et se caractérisent par la prégnance du travail posté* ».

L'instruction précise également que le temps médical continu est mis en place après avis des praticiens concernés, de la commission médicale d'établissement (CME) et de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS).

Par ailleurs, la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR et l'instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence précisent les modalités d'application du temps médical continu au sein des services d'urgence. Cette circulaire prévoit une distinction entre un temps de travail clinique dit « *posté* », dont la durée est fixée à 39 heures par semaine, et un temps de travail non posté dont la durée totale ne peut excéder 9 heures (afin de ne pas dépasser la limite des 48 heures hebdomadaires).

2.2. Les praticiens hospitaliers ont la possibilité de travailler au-delà de leurs obligations de service dans le cadre du régime de temps de travail additionnel, qui peut être rémunéré ou récupéré

L'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévoit que les médecins hospitaliers (hors hospitalo-universitaires et médecins en formation) ont la possibilité d'effectuer des heures supplémentaires au-delà de leurs obligations de service, sous la forme de temps de travail additionnel (TTA), sur la base du volontariat du praticien. Le TTA peut être effectué de jour ou sur une période de permanence des soins.

Le TTA peut être accompli au-delà de la borne maximale des 48 heures hebdomadaires sur une période de quatre mois. Dès lors qu'il repose sur le volontariat, il s'inscrit en effet dans une logique « d'*opt out* » de la directive européenne sur le temps de travail[11] qui permet de s'exonérer des garanties minimales en matière de temps de travail.

[11] Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

L'instruction du 30 décembre 2025 de la DGOS rappelle que l'ensemble des situations de recours au TTA (« *prévisibles ou ponctuelles* »), doivent faire l'objet d'une contractualisation entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement.

Le recours au TTA peut donner lieu soit :

- à une indemnisation, forfaitisée par plages ou demie-plages effectuées, correspondant réglementairement respectivement à dix heures ou cinq heures de travail supplémentaires effectuées ;
- à une récupération.

Par ailleurs, les jours non rémunérés et non récupérés peuvent être déposés sur un compte épargne temps (CET).

Les internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes et les personnels hospitalo-universitaires ne relèvent pas du régime du TTA. Ils peuvent, tout comme les personnels hospitalo-universitaires, lorsqu'ils dépassent leurs obligations de services et participent à la permanence des soins, bénéficier d'indemnités spécifiques de garde.

2.3. Certains praticiens effectuent des gardes sur place ou des astreintes à domicile afin d'assurer la permanence des soins, donnant lieu à des indemnisations et à des repos de sécurité

La permanence des soins, définie par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**, correspond à l'organisation de la continuité de la prise en charge des patients en dehors du service quotidien de jour.** Dans les établissements publics de santé, elle recouvre les périodes de travail effectuées :

- la nuit ;
- le samedi après-midi ;
- le dimanche ;
- les jours fériés.

Elle peut être assurée sous deux formes :

- **la garde**, qui implique la présence du praticien dans l'établissement et est considérée comme du travail effectif ;
- **l'astreinte**, pendant laquelle le praticien, sans être sur place, doit être en mesure de répondre à une sollicitation de l'établissement. Seule la part correspondant à une intervention, et le temps de transport associé, sont considérés comme du temps de travail effectif

La permanence des soins peut être réalisée soit dans le cadre des obligations de service et donne lieu au versement d'une indemnité de garde, soit au-delà de celles-ci. Dans ce dernier cas, le temps réalisé prend la forme de temps de travail additionnel pour les praticiens, ou est rémunéré *via* une indemnité de garde majorée pour les personnels hospitalo-universitaires. Une exception au repos quotidien est prévue dans le cas de gardes effectuées par le praticien, impliquant une présence continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il est prévu que le praticien bénéficie, directement après sa période de travail, d'un repos d'une durée équivalente, nommé « *repos de sécurité* ».

Pour les médecins hospitalo-universitaires l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit un repos de sécurité d'une durée de 11 heures, devant être respecté immédiatement après une garde de nuit, et correspondant soit à une interruption totale de l'activité pour les praticiens exerçant dans des services organisés en temps médical continu, soit à une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient dans le reste des cas.

2.4. Les médecins titulaires effectuant plus de huit demi-journées hebdomadaires ont la possibilité d'exercer une activité libérale à l'hôpital dans un régime encadré

L'article L. 6154-1 du CSP prévoit que les médecins hospitaliers (hospitalo-universitaires inclus et médecins en formation exclus) exerçant au moins huit demi-journées hebdomadaires à l'hôpital ont la possibilité d'exercer une activité libérale au sein de leur établissement d'exercice. Le cadre juridique applicable est fixé par les articles L. 6154-1 et suivants ainsi que R. 6154-1 et suivants du CSP.

L'article L. 6154-4 du CSP prévoit par ailleurs que l'exercice d'une activité libérale dans un établissement public de santé doit faire l'objet d'un contrat d'une durée de cinq ans signé entre le praticien et l'établissement.

L'activité libérale, intégrée dans le cycle de travail du praticien, doit respecter deux conditions :

- **elle ne peut représenter plus de 20 % du temps de service hospitalier hebdomadaire du praticien ;**
- **le nombre de consultations et le volume d'actes réalisés en activité libérale doivent demeurer inférieurs au volume réalisé au titre de l'activité publique.**

Une commission de l'activité libérale, instituée dans chaque établissement (articles R. 6154-11 à R. 6154-14 du CSP) et doublée d'une commission régionale (articles R. 6154-15 à R. 6154-19 du CSP), veille au respect des dispositions régissant cette activité. En cas de manquement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut suspendre ou retirer l'autorisation d'exercice de l'activité libérale (article L. 6154-6 du CSP et articles R. 6154-20 à R. 6154-22 du CSP).

2.5. Les médecins,, à l'exception des hospitalo-universitaires, ont droit à vingt jours de réduction du temps de travail

Les médecins hospitaliers bénéficient de cinq semaines de congés annuels dont le mode de comptabilisation dépend du statut (cf. tableau 5).

Annexe II

Tableau 5 : Les différents régimes de temps de travail des médecins à l'hôpital

Statut	Décompte du temps de travail	Congés annuels	Jours de RTT	Participation à la permanence des soins[12]	Base juridique
Praticien hospitalier	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés.	20 jours.	Oui, temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-27 et suivants.
Praticien contractuel	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés	20 jours	Oui, temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-349 et suivants ;
Praticiens associés contractuels temporaires	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés	20 jours	Oui, temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-504 et suivants
Assistant spécialiste / assistant des hôpitaux	10 demi-journées Temps médical continu pour certaines activités	25 jours ouvrés	20 jours	Oui, temps de travail additionnel au-delà des obligations de service	CSP, art. R. 6152-54
Personnels hospitalo-universitaires (PU-PH, MCU-PH, Chef de clinique, AHU)	11 demi-journées	30 jours ouvrables	Pas de RTT.	Oui, indemnité de garde majorée au-delà des obligations de service	Code éduc., art. L. 952-21 ; CSP, art. L. 6151-1 ; décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021.
Internes	8 demi-journées	30 jours ouvrables	Pas de RTT.	Oui, indemnité de garde	CSP, art. R. 6153-2 et suivants.
Docteur junior	8 demi-journées	25 jours ouvrés.	Pas de RTT	Oui, indemnité de garde	CSP, art. R. 6153-1-5 et suivants.

Source : Mission.

[12] Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les praticiens, qu'ils soient titulaires ou contractuels, disposent d'un régime de réduction du temps de travail (RTT), qui prévoit l'attribution de 20 jours par an en référence au cycle annuel de 1 607 heures de droit commun.

Certains statuts ne sont pas éligibles aux jours de RTT dès lors que leur temps de travail réglementaire n'excède pas 1607 heures par an :

- les internes et les docteurs juniors ;
- les personnels hospitalo-universitaires.

L'article 11 du décret du 13 décembre 2021 prévoit de plus que les personnels hospitalo-universitaires bénéficient d'autorisations d'absence spécifiques pouvant aller jusqu'à 6 semaines par an pour « *pour assister à des congrès et colloques scientifiques organisés en France ou à l'étranger* » ainsi que pour « *la préparation d'enseignements et de travaux de recherche* ».

Par ailleurs, les médecins ont la possibilité d'ouvrir un compte épargne-temps (CET). Le régime du CET applicable aux personnels médicaux hospitaliers est fixé aux articles R. 6152-802 à R. 6152-813 du code de la santé publique.

Peuvent être versés au CET, sous réserve que le praticien ait effectivement pris au moins vingt jours de congés dans l'année :

- les jours de congé annuel non pris ;
- tout ou partie des jours de réduction du temps de travail ;
- les jours de récupération des périodes de temps de travail additionnel, des astreintes et des déplacements lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation.

L'indemnisation des jours excédant le seuil est régie par l'article R. 6152-807-3, qui renvoie à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la fonction publique et du budget. L'article 2 de l'arrêté du 27 décembre 2012 fixe le montant à 300 euros brut par jour.

L'arrêté du 27 décembre 2012 fixe la progression annuelle maximale du CET à vingt jours et le plafond global à 208 jours depuis le 1er janvier 2016, avec possibilité de dépassement autorisé sans que le nombre de jours maintenus puisse excéder 300 jours.

2.6. Afin de respecter leurs obligations de formation continue, les médecins hospitaliers ont droit à des jours de congés de formation

La formation est une obligation pour les médecins et constitue un volet de leur temps de travail.

L'article R. 6152-49 du code de la santé publique prévoit un congé formation d'une durée de quinze jours ouvrables par an pour les praticiens hospitaliers, avec possibilité de cumuler les droits accumulés sur deux ans.

En particulier, le cadre juridique distingue plusieurs obligations complémentaires[13] :

- le développement professionnel continu (DPC), une obligation légale des professionnels de santé qui vise le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, l'amélioration des pratiques et la gestion des risques ;
- la certification périodique, qui ajoute, pour les professions de santé relevant d'un ordre, un cadre pluriannuel de vérification du maintien des compétences, de la qualité des pratiques, de la relation avec le patient et de la santé du professionnel.

[13] Code de la santé publique, notamment articles L. 4021-1, L. 4022-1 et suivants, R. 6152-34, R. 6152-49, R. 6144-1 et R. 6153-2 ; décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif aux personnels enseignants et hospitaliers des CHU ; arrêté du 26 février 2026 relatif aux référentiels de certification périodique des professions de santé relevant d'un ordre professionnel.

2.7. Certains médecins hospitaliers ont la possibilité d'exercer des activités non-cliniques ou des activités externes à l'établissement

2.7.1. Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent de droit exercer une demi-journée par semaine d'activité non clinique

L'article R. 6152-826 du CSP prévoit que les praticiens hospitaliers et les praticiens contractuels ont la possibilité d'exercer des activités non-cliniques :

- les praticiens hospitaliers à temps plein ont le droit d'exercer une activité non-clinique à hauteur d'une demi-journée par semaine en moyenne sur un quadrimestre ;
- les praticiens hospitaliers n'exerçant pas à temps plein et les praticiens contractuels peuvent être autorisés à exercer des activités non cliniques par le directeur de leur établissement d'exercice.

Le même article du code de la santé publique prévoit que les activités non cliniques sont « *définies en cohérence avec le projet d'établissement, le projet de pôle et le projet de service.* » De plus, elles « *permettent la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, ainsi que la participation à des projets collectifs et la structuration des relations avec la médecine de ville. Elles s'exercent sous réserve des nécessités de service.* »

2.7.2. Les praticiens hospitaliers à temps complet peuvent exercer jusqu'à deux demi-journées à l'extérieur de leur établissement

L'article R. 6152-30 du CSP prévoit que les praticiens hospitaliers peuvent exercer des activités externes à l'établissement d'affectation présentant « *un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, dont les établissements publics de santé, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation.* »

Ces activités ne peuvent excéder en moyenne sur un quadrimestre :

- deux demi-journées hebdomadaires pour les PH à temps complet ;
- une demi-journée hebdomadaire pour les PH à temps partiel exerçant à hauteur de huit ou neuf demi-journées hebdomadaires.

2.8. L'utilisation de l'intérim médical n'est possible que pour un recours strictement encadré

Dans les établissements publics de santé, l'article L. 6146-3 du code de la santé publique autorise le recours à des médecins, odontologistes, pharmaciens, sage-femmes et à certains autres professionnels de santé par l'intermédiaire d'entreprises d'intérim, dans les conditions prévues à l'article L. 334-3 du code général de la fonction publique. L'établissement doit donc pouvoir rattacher le recours à l'intérim à un besoin temporaire, documenté et compatible avec la continuité et la sécurité des soins, sans en faire le substitut durable d'une politique de recrutement, d'organisation ou de recomposition de l'offre médicale.

Annexe II

L'instruction DGOS du 9 septembre 2025[14] rappelle que le dispositif vise trois situations :

- la mise à disposition par une entreprise de travail temporaire ;
- la conclusion d'un contrat de gré à gré ou de vacation entre l'établissement et un praticien par le biais d'une entreprise de travail temporaire dans le cadre d'une prestation de placement ;
- la conclusion directe d'un contrat de gré à gré ou de vacation entre l'établissement et un praticien.

Seule la première correspond à l'intérim au sens strict ; les deux autres relèvent du recrutement contractuel ou de la vacation, mais sont rapprochées de l'intérim pour le contrôle des plafonds et la prévention des contournements.

Les dépenses d'intérim médical sont encadrées par l'article L. 6146-3 du Code de la santé publique : le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements publics de santé au titre des prestations d'intérim est plafonné, en tenant compte, le cas échéant, de spécificités territoriales. Le décret n° 2025-612 du 2 juillet 2025 a profondément modifié l'économie réglementaire de ce plafond afin de tenir compte de la décision du Conseil d'État du 28 novembre 2024, qui a imposé une définition du plafond intégrant l'ensemble de la prestation, et non le seul salaire brut versé au praticien. Il en résulte que les frais de transport, d'hébergement, de gestion, de marge ou de commission ne peuvent être utilisés pour contourner le plafond, dès lors qu'ils entrent dans le coût total de la mission facturée à l'établissement.

Le montant de la prestation d'intérim est plafonné à un écart moyen d'au moins 60 % entre le coût d'une mise à disposition par une entreprise de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un praticien. En application de l'arrêté 5 septembre 2025 ce montant est fixé pour une journée de vingt-quatre heures de travail effectif, à 2 681 € pour un médecin.

Par exception, un rôle de contrôle de l'intérim médical a été confié au comptable public, sous la forme d'un contrôle de conformité aux plafonds réglementaires. L'article L. 6146-4 du code de la santé publique prévoit en effet que, lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du professionnel ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières. Il en informe le directeur de l'établissement, qui doit procéder à la régularisation.

Le directeur général de l'ARS dispose, en aval, d'un pouvoir de déféré. Lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, ou avec un professionnel de santé pour la réalisation de vacations, il défère ces actes au tribunal administratif compétent et en avise sans délai le directeur de l'établissement ainsi que le comptable public.

[14] Instruction DGOS/RH4/RH5/2025/110 du 9 septembre 2025.

3. L'organisation du temps médical au sein des hôpitaux publics est insuffisamment pilotée et s'accompagne d'irrégularités fréquentes

La mission distingue trois niveaux d'organisation du temps de travail à l'hôpital dont le fonctionnement n'est aujourd'hui pas en conformité avec les règles relatives au temps de travail des médecins :

- le niveau réglementaire, comprenant le règlement intérieur ;
- le niveau opérationnel, comprenant la saisie ou l'intégration du temps de travail effectif, les repos et les astreintes dans les tableaux de service ;
- le niveau décisionnel, comprenant les tableaux de bord consolidés, les alertes et les restitutions en COPS, CME et comité de direction.

3.1. Les établissements disposent d'une liberté d'organisation qui repose sur une chaine de responsabilités allant du chef de service au chef d'établissement en matière de temps médical

Le pilotage et le suivi du temps de travail des médecins sont partagés entre plusieurs niveaux de la chaîne hiérarchique des établissements dont les responsabilités diffèrent.

Chaque établissement est libre de définir son organisation. Celle-ci repose sur plusieurs niveaux de responsabilités dont le chef de service constitue le premier échelon.

À ce titre, le chef de service organise au quotidien les activités et le temps de travail des médecins affectés dans le service ainsi que des autres personnels. Il est également responsable de la qualité de vie au travail et de la sécurité physique et mentale de son équipe en application des articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail. Il joue un rôle central dans la perspective de l'organisation et du suivi du temps de travail, diversement exercé (cf. encadré 2).

Encadré 2 : Le rôle central du chef de service dans l'organisation du temps de travail

Compte tenu de la diversité des enjeux de ressources humaines, la dimension managériale de la fonction de chef de service devient aussi importante que les qualités médicales et scientifiques historiquement privilégiées. La question du rôle du chef de service en matière d'organisation du service et de suivi du temps de travail est apparue à plusieurs reprises lors des entretiens conduits par la mission avec le constat d'un investissement très hétérogène des chefs de service sur cette question, le désintérêt pouvant aller jusqu'à un refus de simplement valider des congés annuels. Le chef de service hospitalier doit avoir un temps de présence suffisant dans le service afin d'appréhender toutes les dimensions de ses obligations et de ses responsabilités. Le positionnement des personnels hospitalo-universitaires sur ces fonctions soulève la question de leur disponibilité réelle pour pouvoir véritablement manager des équipes. Par ailleurs, la mise à disposition de formations permettant aux médecins de mieux s'approprier ces fonctions managériales ainsi que le renforcement de leur outillage quotidien sur la gestion des plannings doivent faire partie des axes à développer dans le cadre notamment de la revue des maquettes organisationnelles, Les chefs de service doivent disposer des outils, de la légitimité et de l'appui DAM nécessaires pour rendre visibles les charges, répartir équitablement les contraintes, alerter sur les déséquilibres et engager une revue d'organisation lorsque le TTA ou les repos non pris deviennent structurels. Les maquettes organisationnelles médicales constituent, à cet égard, un outil utile.

Source : Mission.

Il établit et propose au directeur d'établissement le tableau de service prévisionnel qui fixe les périodes de travail des praticiens et valide le tableau de service réalisé, soit les temps de présence effectifs dans le service.

Le chef de pôle, qui a autorité fonctionnelle sur les services regroupés dans son pôle d'activité organise quant à lui le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines.

L'organisation médicale est quant à elle arrêtée de la façon suivante :

- l'organisation des structures internes médicales et médico-techniques, est arrêtée conjointement par le directeur de l'établissement et le président de la CME ;
- le directeur arrête le règlement intérieur, qui doit préciser « *les modalités selon lesquelles les praticiens régis […] accomplissent leurs obligations de service* »[15] et organise le temps de présence médicale en fonction des caractéristiques propres aux différentes structures, après avis de la commission médicale d'établissement ;
- le tableau de service nominatif prévisionnel, est établi conformément aux dispositions de l'article R. 6152-26 du CSP mensuellement par le directeur après avis du chef de pôle, sur proposition du chef de service[16].

Le règlement intérieur constitue en particulier un document clef pour l'organisation du temps médical des médecins au sein d'un établissement, qui doit définir notamment les bornes horaires du service de jour et du service de nuit, la durée des périodes et les modalités de décompte. Il est opposable aux praticiens comme à la direction d'établissement en cas de manquement, et constitue à ce titre un support pour la stabilité et le respect de la règlementation sur le temps médical.

3.2. Si la demi-journée reste le mode d'organisation des services le plus courant, le temps médical continu s'étend et peut concerner des services non-éligibles

3.2.1. L'organisation du temps médical en demi-journée est prépondérante au sein des services

Le modèle en demi-journées est le plus répandu au sein des services. Parmi les médecins ayant répondu à l'enquête conduite par la mission, 81 % déclarent ainsi être sous ce régime. Cette organisation historique permet de prendre en compte la pluralité des activités médicales hospitalières et les organisations qui en découlent : visites, consultations, blocs, réunions, coordination, enseignement, recherche, travaux institutionnels, expertise, encadrement.

L'enquête auprès de la gouvernance tout comme celle auprès des médecins mettent en évidence la faible mise en œuvre du cadre réglementaire de suivi du temps de travail pour l'organisation en demi-journées :

- 73 % des établissements ayant répondu ne donnent pas de valeur horaire à la demi-journée, alors que celle-ci est demandée par l'instruction DGOS/SDRH/RH5/2025/170 ;
- 19 % des médecins ayant répondu ont su donner le volume horaire de leurs obligations de service. Cette faible base, composée très majoritairement de praticiens déclarant exercer en temps médical continu, ne permet pas de conclure à une méconnaissance générale de l'ensemble des médecins hospitaliers mais signale toutefois une appropriation inégale des décomptes horaires dans un système où la demi-journée demeure l'unité pratique dominante[17].

[15] Article R.6152-26 du CSP.

[16] *Idem*.

[17] Source : enquête nationale menée auprès des médecins des établissements publics de santé par la mission.

Cette absence de référence à des bornes horaires, au-delà de la capacité à pouvoir contrôler le respect de la limite des 48 heures hebdomadaires ne permet pas de limiter d'éventuelles différences dans le volume de travail des médecins au sein de l'hôpital, y compris à statut équivalent et au sein d'un même service. Les échanges conduits par la mission, sans qu'il puisse en être tiré une généralisation, ont ainsi montré que l'amplitude des horaires selon les services pouvant varier de plusieurs heures par jour, en dehors de la seule question du TTA.

La mission considère que la suppression générale du modèle en demi-journées n'est pas souhaitable, dans la mesure où elle n'offre pas de garantie de meilleure conformité au droit et que par ailleurs il est nécessaire de conserver une souplesse d'organisation des services essentielle à la bonne continuité des soins.

En revanche, le maintien de ce modèle n'est pas inconciliable avec la définition de bornes encadrant les débuts et fins de travail pour les médecins en demi-journée et la fixation de durée de journée minimale au sein de chaque établissement comme le recommandent d'ores et déjà les instructions.

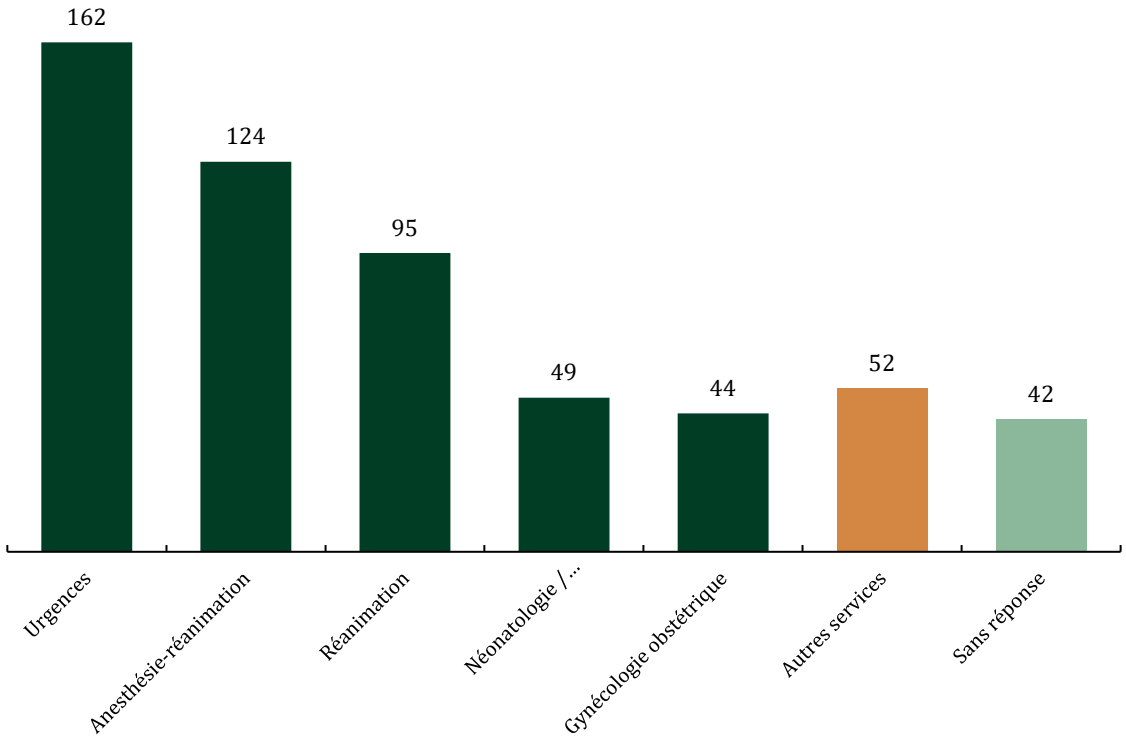
3.2.2. Un praticien sur cinq suit le régime du temps médical continu, dont des médecins de spécialités non-éligibles

Il n'existe pas de données consolidées au niveau national permettant d'apprécier l'ampleur du recours à l'organisation de l'activité médicale en temps continu (TMC), possible pour certaines spécialités depuis 2015, au sein des établissements publics de santé.

Si le temps médical continu se concentre sur les spécialités pour lesquelles il est autorisé d'établir un décompte horaire du temps de travail, les deux questionnaires conduits par la mission montrent qu'il peut parfois s'étendre à d'autres spécialités (cf. graphique 2).

Les réponses au questionnaire adressé aux gouvernances hospitalières font ainsi apparaître un noyau de spécialités dont la nature impose une présence médicale continue ou quasi continue, en raison de l'urgence vitale, de la surveillance rapprochée, de la technicité ou du caractère imprévisible des flux. **Cependant, la gouvernance des établissements déclare aussi pour 23 % d'entre eux d'autres services en temps médical continu** parmi lesquels figurent la psychiatrie ou encore les soins médicaux de réadaptation.

Graphique 11 : Spécialités en temps médical continu d'après l'enquête auprès des directions



Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des gouvernances d'établissements publics de santé.

Le questionnaire auprès des praticiens montre lui aussi que des spécialités non éligibles peuvent être concernées par le décompte horaire en temps continu (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Proportion de médecins en temps médical continu par spécialité

Spécialité	Nombre de médecin indiquant exercer en décompte horaire (TMC)	Nombre de médecins indiquant exercer en demi-journées	Proportion des répondants en TMC
Médecine d'urgence	931	144	87 %
Anesthésie-Réanimation	695	423	62 %
Médecine intensive-réanimation	127	166	43 %
Réanimation pédiatrique	12	25	32 %
Pédiatrie	172	732	19 %
Gynécologie obstétrique	83	370	18 %
Gynécologie médicale	13	79	14 %
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique	3	24	11 %
Médecine générale	92	783	11 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	12	104	10 %
Allergologie	2	19	10 %

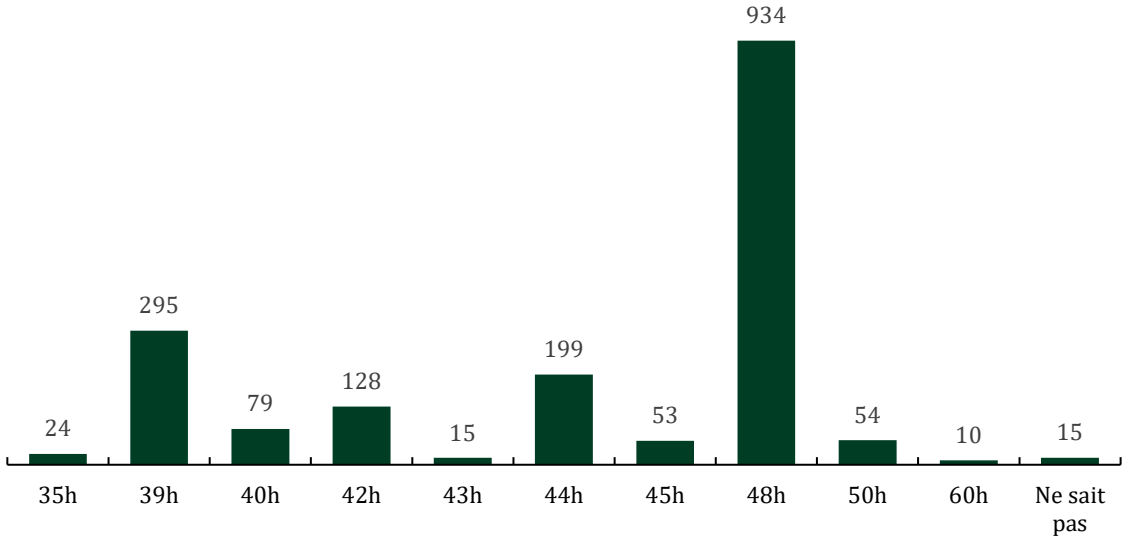
Source : Enquêtes réalisées par la mission.

La décision d'ouvrir le TMC à des spécialités non-éligibles n'est pas conforme à la règlementation. Comme cela a pu être dit à la mission lors de ses entretiens, ce choix peut être fait dans une logique d'attractivité, de facilité de rémunération ou de réponse à court terme à des tensions d'effectifs, sans analyse de maquette ni évaluation du coût en temps médical. **L'extension du temps médical continu au-delà de son noyau traditionnel n'a fait l'objet d'aucune évaluation nationale.** Elle doit être analysée comme un choix structurant dont l'établissement doit assumer la justification médicale, organisationnelle et budgétaire.

Les résultats des enquêtes menées par la mission montrent par ailleurs que les cycles de travail adoptés par les services organisés en TMC sont hétérogènes :

- les réponses des gouvernances convergent sur des temps de travail allant dans la plupart des cas de 39 heures à 48 heures selon les spécialités ;
- les médecins déclarent de leur côté des cycles hebdomadaires relativement conformes, mais les réponses ne permettent pas de déterminer si la durée indiquée par les médecins concernait le temps de travail posté ou le temps de travail global.

Graphique 12 : Cycles de travail hebdomadaires déclarés par les médecins en temps médical continu



Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des gouvernances d'établissements publics de santé.

Même s'ils demeurent rares dans les réponses aux questionnaires, quelques établissements ont néanmoins des services organisés en temps continu avec des cycles hebdomadaires de 35 heures (20 établissements ont déclaré des cycles inférieurs à 39 heures). Compte tenu du fait que les médecins bénéficient de jours de RTT, ces cycles de travail conduisent donc à un temps de travail effectif inférieur à 35 heures hebdomadaires sur l'année. Outre le caractère irrégulier de tel cycle, ils questionnent sur le choix d'une telle organisation alors que nombre de spécialités médicales sont en tension démographiques.

L'absence de socle national minimal suffisamment explicite sur les cycles effectivement retenus laisse les établissements construire des organisations très diverses. La mission estime que la fixation nationale d'un socle minimal des cycles de TMC permettrait de comparer les organisations sans nier les contraintes propres aux spécialités.

Proposition : Mieux encadrer le temps médical continu en interdisant la mise en place de cycles de travail hebdomadaire d'une durée inférieure à 39 heures de temps clinique, lissée sur quatre mois.

3.3. Les garanties minimales de repos ne sont pas toujours respectées

Le temps de travail des médecins est encadré par des garanties minimales qui résultent de la directive européenne de 2003 sur le temps de travail précitée et qui ont pour objectif de préserver la santé des médecins mais également celle des patients en les protégeant des risques que pourraient entrainer une fatigue trop prononcée.

Parmi ces garanties minimales figure le non dépassement d'une journée continue de 24 heures, prévu à l'article R. 6152-27 du CSP. Le non-respect de cette obligation est d'autant plus problématique que la journée de 24 heures continue constitue d'ores et déjà une dérogation que seule la continuité des soins autorise. **L'enquête auprès des médecins hospitaliers montre pourtant que de l'ordre du tiers des répondants, déclarent être appelés à travailler régulièrement au-delà de 24 heures continues (**cf. tableau 7**) :**

- 13 % des médecins déclarent dépasser la durée de 24 heures de travail continu entre trois et douze fois par an ;
- 20 % des médecins déclarent dépasser cette durée plus d'une fois par mois.

Tableau 7 : Part des médecins déclarant dépasser le seuil de 24 heures en journée continue

Nombre de fois où la journée continue de 24h est dépassée :	Nombre de répondants	Proportion de répondants
Jamais ou moins de trois fois par an	8 810	67 %
Plusieurs fois par an mais moins d'une fois par mois	1 683	13 %
Plus d'une fois par mois	2 622	20 %
Total	**12 115**	**100 %**

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des médecins en établissements publics de santé.

De la même façon 28 % des médecins déclarent que leur repos de sécurité après la journée continue de 24 heures n'est pas régulièrement respecté (cf. tableau 8**).**

Tableau 8 : Part des médecins bénéficiant d'un repos de sécurité après une journée de 24 heures

En cas de dépassement, bénéficiez-vous immédiatement, à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente ?	Nombre de répondants	Proportion des répondants
Jamais ou moins de trois fois par an	6 017	72 %
Plusieurs fois par an mais moins d'une fois par mois	1 042	13 %
Plus d'une fois par mois	1 259	15 %
Total	**8 318**	**100 %**

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des médecins en établissements publics de santé.

Les gouvernances sont 51,7 % à déclarer des mécanismes permettant d'assurer le respect des repos et maxima, en tenant compte du cumul des activités hospitalières, contre 42,2 % qui répondent par la négative.

3.4. Les outils de formalisation et de suivi du temps de travail sont peu déployés et générateurs d'une insuffisance de pilotage du temps médical

3.4.1. Les tableaux de service sont insuffisamment déployés

Le tableau de service constitue le socle historique de l'organisation du temps médical. Sa portée varie toutefois fortement : outil standardisé, accessible et relié au réalisé dans certains établissements ; simple support de planning ou de paie dans d'autres.

La formalisation attendue par le code de la santé publique distingue le tableau général annuel, le tableau nominatif mensuel prévisionnel, le relevé du réalisé et le récapitulatif quadrimestriel. Le premier définit les besoins et les bornes ; le deuxième planifie ; le troisième constate ; le quatrième vérifie la conformité.

L'enquête auprès des directions d'établissement montre que cette architecture est encore incomplètement déployée et qu'il existe une hétérogénéité de pratiques entre établissements. Le principal écart porte sur le réalisé, qui est insuffisamment formalisé ou insuffisamment rapproché du prévisionnel.

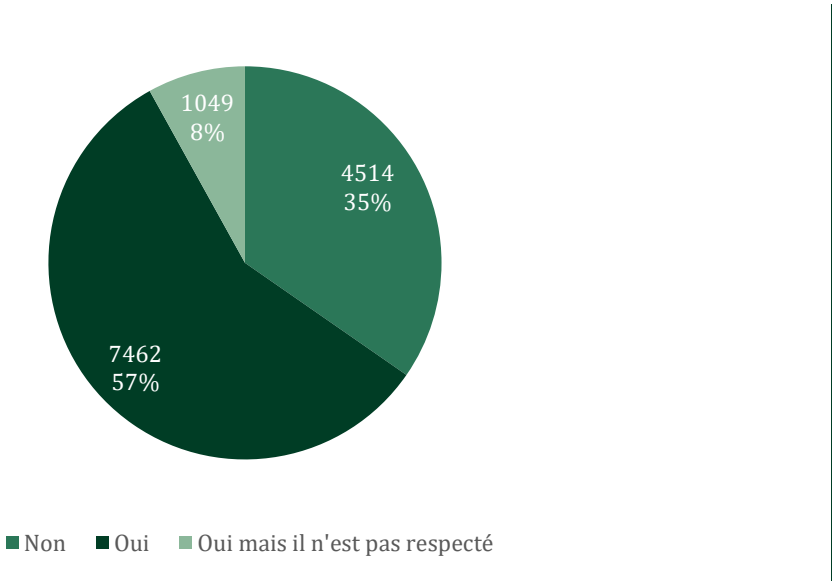
Tableau9 : L'utilisation des tableaux de service dans les établissements hospitaliers

Types de support déclarés existants au sein de l'établissement	Nombre de réponses	Part des répondants
Tableau de service prévisionnel nominatif	158	68,7 %
Tableau de service standardisé et obligatoire	129	56,1 %
Tableau mensuel récapitulatif des heures réalisées	105	45,7 %
Tableau général de service annuel	67	29,1 %
Autre	43	18,7 %
Sans réponse	8	3,5 %
Total des répondants	**230**	**100,0 %**

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des médecins en établissements publics de santé.

L'enquête auprès des médecins hospitaliers complète ce constat de manière convergente avec plus d'un tiers des répondants indiquant qu'il n'existe pas de tableau de service contrairement à la réglementation et8 % déclarant que ce tableau de service n'est pas respecté.

Graphique 13 : Réponses des médecins à la question « Existe-t-il un tableau de service dans votre établissement ? »



Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des gouvernances d'établissements publics de santé.

Par ailleurs, 59,6 % des établissements ayant répondu déclarent qu'il n'y a pas de contrôle du service fait à partir d'un tableau du temps de travail effectivement réalisé.

Ces résultats montrent que le tableau de service, pourtant central dans la réglementation, n'est pas encore perçu comme un support stable, partagé et opposable de suivi du temps réellement travaillé.

3.4.2. Les outils numériques disponibles ne sont pas adaptés à la complexité du cadre réglementaire et à la multiplicité des organisations

Des systèmes d'information (SI) adaptés à la complexité du cadre réglementaire applicable au temps de travail des médecins à l'hôpital pourraient en théorie permettre une automatisation et une fiabilisation des tableaux de service, un suivi renforcé des obligations de service et une optimisation de la ressource médicale.

Selon l'enquête conduite par la mission auprès des directions d'établissement, 59,1 % des établissements déclarent disposer d'un SI dédié au temps médical, tandis que 40 % déclarent ne pas en disposer.

L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a réalisé au premier semestre 2023 un panorama des systèmes d'information de ressources humaines (SIRH) utilisés dans les secteurs sanitaires et médico-social. [18]

[18] L'étude visait à identifier les principales solutions disponibles sur le marché, à comparer leur couverture fonctionnelle et à évaluer leurs capacités d'interopérabilité. L'étude est basée sur des éléments déclaratifs, récoltés *via* un questionnaire établi par l'Anap avec l'appui de son réseau d'experts en ressources humaines et diffusé aux éditeurs et fédérations d'éditeurs.

Un des principaux constats de l'étude est la fragmentation fonctionnelle des SIRH. En effet, aucun des éditeurs ne couvre l'ensemble des sept grands blocs fonctionnels identifiés par l'Anap. **En particulier, parmi les quatorze solutions analysées dans l'étude, seules Agirh et HEXAGONE couvrent à la fois la gestion de la paie et la gestion du temps de travail.** Par ailleurs, six des quatorze solutions ne couvrent qu'un à trois des sept blocs fonctionnels identifiés par l'Anap, laissant entendre que les hôpitaux disposent d'une multiplicité de logiciels à la place d'un grand. Enfin, trois des solutions sont développées par des groupements d'intérêt publics créés par des centres hospitaliers : le GIP CPAGE, le GIP PH7, et MIPIH, devenu Numih.

Au-delà des différences fonctionnelles entre les solutions proposées par les éditeurs, les freins rencontrés par les établissements dans l'utilisation des logiciels de gestion du temps de travail semblent davantage tenir à la complexité du cadre réglementaire applicable et à la grande diversité des organisations, à la fois au niveau des centres hospitaliers, des services, et des praticiens. La coexistence de deux régimes de décompte du temps de travail, en demi-journées ou en temps médical continu, les multiples éléments composant le temps de travail (gardes, astreintes, temps de travail additionnel, valences non cliniques, activité libérale), ainsi que les règles variables selon les statuts et spécialités rendent le paramétrage particulièrement complexe. Ainsi, le paramétrage initial du logiciel joue un rôle essentiel pour permettre le suivi du temps de travail des médecins, et doit être adapté aux spécificités de l'organisation et de la composition de chaque service.

Les logiciels doivent par exemple intégrer des contraintes organisationnelles propres à certaines activités médicales. À titre d'exemple, constaté par la mission lors de l'un de ses déplacements, pour les services d'urgence, les tableaux de services doivent garantir en permanence la présence de praticiens disposant de compétences spécifiques (prise en charge des déchocages, régulation, filières spécialités dans le cas de certains services, etc.), en tenant compte des contraintes liées à la diversité des statuts des personnels présents (titulaires du service, renforts internes à l'établissement, contractuels, intérimaires)

Les établissements rencontrés par la mission soulignent qu'un paramétrage insuffisamment robuste ou trop rigide peut générer des contraintes significatives lors de l'utilisation du logiciel. De plus, les outils ne s'adaptent pas automatiquement aux évolutions réglementaires ou aux réorganisations internes, ce qui entraine la nécessité de reprises de paramétrages pouvant être lourdes à déployer.

Les entretiens conduits par la mission montrent en outre que les logiciels utilisés ne permettent pas aux services de générer de manière automatisée des tableaux de services prévisionnels, ce qui pourrait pourtant constituer un gain de temps pour les chefs de service. Plusieurs établissements ont ainsi indiqué avoir recours à une élaboration manuelle des tableaux de service, avant la saisie *a posteriori* dans les logiciels de gestion du temps de travail, à des fins de suivi administratif et pour déclencher la rémunération des praticiens.

Par ailleurs, le développement ainsi que le paramétrage des logiciels peuvent représenter des taches lourdes et couteuses, en particulier pour les établissements de petite taille. L'approche mutualisée à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire ou autour des grands CHU disposant de services informatiques structurés et mieux dotés est identifiée par certains établissements comme un moyen de pallier ce problème. De plus l'utilisation d'un logiciel intégré au niveau d'un territoire peut présenter des avantages pour l'organisation de l'offre de soins.

Encadré 3 : L'exemple des Hospices civils de Lyon

L'exemple de la migration du logiciel de suivi du temps de travail de la solution GTMED vers la solution CHRONOTIME aux Hospices civils de Lyon (HCL) montre la durée nécessaire à l'implantation de ce type de SI dans une organisation complexe et de grande taille. De l'élaboration du cahier des charges en 2019 à la généralisation en 2024, il a fallu à la gouvernance de l'établissement stabiliser les règles locales, les référentiels, les circuits de validation, les interfaces paie et les modalités de conduite du changement.

Le pilotage annoncé associait la DAM et la DSII, comportait une équipe projet, un comité exécutif, un comité de pilotage et un comité de suivi, et s'appuyait sur un groupe de travail incluant praticiens et secrétaires médicales. Les notes d'information internes mentionnent un comité de suivi avec l'éditeur toutes les deux semaines et un COPIL à la fin de chaque phase pour valider les jalons ainsi que la mobilisation de 17 services pilotes aussi bien cliniques que médico-techniques (imagerie, biologie).

Source : Documents transmis par les HCL, synthétisés par la mission.

L'enquête conduite auprès des gouvernances hospitalières montre par ailleurs que le déploiement des SI de suivi du temps de travail demeure inégal, les systèmes cités relevant majoritairement de solutions externes. En particulier, 40 % des établissements ayant répondu déclarent ne pas avoir un SI de suivi du temps de travail pour les médecins.

Tableau 10 : Proportion d'établissements dotés d'un SI de suivi du temps de travail

Existence d'un SI dédié	Nombre de réponses	Part des répondants
Oui	136	59,1 %
Non	92	40,0 %
Sans réponse	2	0,9 %

Source : enquête nationale auprès des directions des établissements publics de santé, exploitation mission.

Certains outils restent centrés sur la planification, les absences ou la paie, sans piste d'audit suffisamment robuste, sans accès praticien, sans extraction exploitable pour contrôle ou sans intégration satisfaisante des astreintes, du temps non clinique et des corrections. Le socle fonctionnel minimal pour un outil de suivi du temps de travail devrait comporter dix exigences :

- saisie ou intégration des heures journalières ;
- rapprochement prévisionnel/réalisé ;
- accès individuel praticien ;
- historisation des corrections ;
- suivi des repos ;
- suivi du TTA ;
- traitement des temps d'intervention sous astreintes ;
- suivi du temps non clinique ;
- capacité d'extraction pour COPS, CME, ARS ou inspection.

La mission ne considère pas qu'un outil unique national pour les établissements serait une solution à adopter tant pour des raisons de délais opérationnels et financiers que de nécessité d'appropriation rapide par les gouvernances et les praticiens. **En revanche, un référentiel national de fonctionnalités minimales serait utile afin que l'hétérogénéité des outils ne se traduise pas par une hétérogénéité de conformité.**

S'agissant de la mise en place de SI dédiés au temps de travail, trois prérequis sont nécessaires :

- le premier prérequis est la qualité des référentiels. Un SI de temps médical ne peut produire de données fiables si les structures, les services, les unités fonctionnelles, les affectations, les quotités, les statuts, les habilitations, les droits à congés et les lignes de permanence sont incomplets ou divergents entre les systèmes. L'exemple des HCL montre que le changement d'outil a été l'occasion de revoir la numérotation et les libellés de planning afin de les aligner. Ce point, apparemment technique, est essentiel : sans référentiel commun, aucune consolidation fiable n'est possible ;
- le deuxième prérequis est la doctrine locale du temps médical. L'établissement doit avoir arrêté, dans son règlement intérieur ou dans une procédure opposable, les bornes du service de jour et de nuit, les règles de décompte des demi-journées et du temps continu, les modalités de prise en compte des astreintes déplacées, les circuits de validation des absences, les règles de correction du réalisé, les responsabilités des chefs de service et les conditions de contractualisation du TTA ;
- le troisième prérequis est l'acceptabilité médicale. Les praticiens doivent comprendre ce que l'outil apporte : simplification des demandes d'absence, accès à leurs soldes, visibilité du planning, possibilité d'échanges encadrés, réduction des erreurs, équité de répartition et protection des repos. À défaut, le SI sera perçu comme un outil de contrôle. L'accompagnement doit donc associer les chefs de service, les responsables de planning, les secrétariats, les praticiens, les internes et les représentants de la CME.

Le déploiement d'un système d'information du temps médical n'est pas qu'un projet informatique. Il constitue une condition de conformité, dès lors que les établissements doivent pouvoir rapprocher le tableau prévisionnel, le réalisé, les repos, les astreintes déplacées, le temps de travail additionnel et les récapitulatifs individuels.

3.5. Les commissions et instances sont inégalement investies dans le pilotage du temps de travail des médecins

3.5.1. Les commissions d'organisation de la permanence des soins sont diversement mobilisées dans le cadre du pilotage du temps médical

La commission d'organisation de la permanence des soins est un organe central pour l'organisation et le suivi du temps de travail. Comme prévu par les dispositions du code de la santé publique relatives à la permanence des soins et à l'organisation du temps médical des praticiens hospitaliers, notamment les articles 6 à 8 de l'arrêté du 30 avril 2003[19], elle doit contribuer à l'organisation de la permanence des soins, à la régulation des gardes et astreintes (ce qui peut recouvrir l'examen du recours au TTA) et à la cohérence de ces différents dispositifs. .

La composition de la COPS associe des représentants de la direction, de la communauté médicale et des responsables opérationnels concernés par la permanence des soins. Elle constitue un lieu d'articulation entre gouvernance administrative et gouvernance médicale. La jurisprudence récente et les exigences européennes renforcent son importance : démontrer le respect des plafonds, repos et obligations de suivi suppose une instance capable d'examiner des données consolidées et d'identifier les dérives organisationnelles.

[19] Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'enquête conduite auprès des gouvernances hospitalières montre toutefois que son fonctionnement est très hétérogène. Dans certains établissements, elle se réunit régulièrement et produit une véritable régulation. Dans d'autres, elle demeure formelle, peu investie, voire absente des pratiques effectives. Dans de nombreux CH, la COPS apparaît encore minimaliste ou marginale ; dans les CHU, elle est plus structurée mais sa capacité décisionnelle reste limitée par la complexité des organisations. Dans les deux cas, sa valeur dépend de la qualité des données examinées et de son mandat de régulation.

Les chiffres de l'enquête adressé aux directions d'établissement précisent cette hétérogénéité :

- parmi les 204 réponses exploitables, 7,4 % déclarent une COPS non réunie ou absente en 2025, 33,8 % une à deux réunions, 37,7 % trois à quatre réunions et 19,1 % cinq réunions ou plus ;
- les CHU se distinguent par une fréquence plus élevée, avec 13 établissements sur 19 déclarant cinq réunions ou plus, contre 22 CH sur 151.

Ces résultats n'épuisent pas la question de la qualité des travaux, mais ils objectivent l'inégal investissement de l'instance.

La COPS devrait être l'instance pivot de régulation des gardes, astreintes, lignes de permanence, temps médical continu et TTA.

La COPS devrait disposer au moins chaque quadrimestre d'un tableau consolidé : lignes de permanence, effectifs contributeurs, TTA généré, repos non pris, astreintes déplacées, événements de dépassement, services en TMC, lignes fragiles et propositions de correction.

La COPS devrait évoluer d'une instance de validation des tableaux de garde vers une instance de pilotage du temps médical, centrée sur quelques indicateurs de soutenabilité : vacances des lignes, concentration du TTA, dépassements horaires, repos non pris, intérim et suites données aux alertes.

Enfin, la réforme récente de la forfaitisation des astreintes donne à la COPS un rôle opérationnel renforcé. Elle ne se limite pas à constater des lignes de permanence : elle doit contribuer à qualifier leur intensité, leur pénibilité, leur fréquence de déplacement, leur éventuelle dimension territoriale et leur niveau de forfaitisation. La COPS devient ainsi un lieu de confrontation entre réalité clinique, soutenabilité des organisations, équité entre lignes et maîtrise des crédits indemnitaires.

3.5.2. Le rôle des commissions médicales d'établissement (CME) est important pour s'assurer de l'adhésion de la communauté médicale au pilotage du temps de travail

L'article R. 6152-26 du CSP prévoit que la commission médicale d'établissement (CME) rende annuellement un avis sur le projet d'organisation du temps de présence médicale au sein de l'établissement.

Toutefois, la CME ne doit pas être réduite à une instance consultée ou informée a posteriori. **Le temps médical est un déterminant de qualité, de sécurité, d'attractivité et de stratégie médicale : il relève donc pleinement du dialogue médico-institutionnel porté par la CME et son président.**

Dans cette perspective, la CME ne doit pas seulement être consultée sur des tableaux ou des documents formels. Elle doit pouvoir discuter les principes de répartition des sujétions, les modalités de reconnaissance du temps non clinique, la soutenabilité des lignes de permanence, les effets du recours récurrent au TTA, les tensions liées aux repos non pris et les conditions de transformation des maquettes médicales.

Le président de CME joue en pratique un rôle d'interface entre la communauté médicale et la direction. Sur le temps médical, il n'a pas vocation à se substituer au directeur, à la DAM ou aux chefs de service, mais il porte la légitimité médicale des règles collectives. Il contribue à faire émerger une doctrine partagée dans le respect du code de santé publique sur ce qui relève du soin posté, du temps non clinique, de la permanence des soins, des missions institutionnelles et des engagements territoriaux.

Il lui appartient notamment d'inscrire le sujet du temps médical dans les travaux de la CME, d'assurer la cohérence avec le projet médical, de veiller à ce que les données issues de la COPS soient effectivement portées à la connaissance de la communauté médicale et d'alerter la direction lorsque certaines organisations paraissent devenir insoutenables ou fragiles au regard des règles de repos, de durée du travail ou de sécurité des soins.

Le rôle de la CME est particulièrement important pour construire l'acceptabilité de la traçabilité. Les praticiens peuvent craindre une logique de contrôle administratif déconnectée de la réalité médicale. À l'inverse, une gouvernance médicale forte peut faire de la mesure du temps un outil de protection, de reconnaissance du temps non clinique, de réduction des surcharges et de réexamen des organisations devenues intenables.

La CME devrait être saisie des principes de doctrine locale : valeur ou modalités de conversion des demi-journées, critères de recours au TMC, règles de contractualisation du TTA, protection du temps non clinique, principes d'équité des permanences et indicateurs de soutenabilité.

3.5.3. L'activité libérale, à laquelle les médecins peuvent consacrer jusqu'à deux demi-journées par semaine, fait l'objet d'un contrôle insuffisant

Le contrôle de l'activité libérale repose sur un dispositif associant le directeur de l'établissement, la commission d'activité libérale, la CME, les services administratifs et les organismes d'assurance maladie.

Le code de la santé publique prévoit l'existence d'une commission d'activité libérale (CAL) qui examine les demandes d'autorisation, contrôle le respect des règles applicables et suit les conditions d'exercice de l'activité libérale. Elle doit notamment apprécier le respect du plafond de temps consacré à l'activité libérale, la prééminence de l'activité publique, l'utilisation des moyens hospitaliers, le reversement des redevances et les conséquences organisationnelles de l'activité libérale.

Il existe par ailleurs un dispositif régional de contrôle de l'activité libérale, confié à des commissions régionales de l'activité libérale (CRAL) placées auprès des directeurs d'agences régionales de santé (ARS). L'article R. 6154-19 du code de la santé publique prévoit notamment que la CRAL établit annuellement un rapport sur l'ensemble de ses missions. L'article prévoit également que le rapport est communiqué au directeur général de l'offre de soins et au directeur de l'ARS, et que la partie générale du rapport est rendue publique.

La mission constate que les bilans prévus par les articles L. 6154-5-1 du code de la santé publique ne sont pas publiés systématiquement. Seul le bilan réalisé par la commission régionale de l'activité libérale de La Réunion pour l'année 2022 a été recensé par la mission.

La mission a par ailleurs consulté le rapport[20], de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP pour l'année 2024 au cours de laquelle 384 praticiens de l'AP-HP étaient autorisés à exercer une activité libérale, révèle la surreprésentation des PU-PH au sein des praticiens éligibles effectuant une part de leur activité en libéral au sein de l'établissement. Alors que 6,3 % du total des praticiens éligibles étaient titulaires d'un contrat d'activité libérale au sein de l'AP-HP, 18,6 % des PU-PH disposaient d'un tel contrat. **Les PU-PH représentaient au total 60 % des praticiens autorisés à exercer une activité libérale au sein de l'AP-HP, alors que les hospitalo-universitaires titulaires représentaient environ 10 % des équivalents temps plein en 2024 d'après la statistique annuelle des établissements.**

Les rapports publiés par l'AP-HP et par l'ARS de La Réunion présentent également la part des actes réalisés en libéral par les praticiens par rapport au volume d'actes total qu'ils effectuent. Il convient de noter que 32 des 384 praticiens autorisés à exercer une activité libérale par l'AP-HP n'ont pas facturé d'honoraires en libéral en 2024. Le rapport ne précise pas si le ratio du nombre d'actes réalisés en libéral par rapport au nombre total d'actes réalisés au sein des établissements prend en compte ces praticiens.

Tableau 11 : Ratio des actes effectués en libéral par rapport au nombre total d'actes effectués en EPS pour les praticiens concernés

	AP-HP (2024)	CHU La Réunion (2022)	Centre Hospitalier Ouest Réunion (2022)	Groupe Hospitalier Est Réunion (2022)
Nombre de praticiens ayant une activité libérale	384	24	7	2
Part des praticiens ayant une activité libérale	6,3 %	5,0 %	6,5 %	4,6 %
Part des actes libéraux pour les praticiens ayant une activité libérale	33,0 %	28,1 %	12,4 %	48,2 %

Source : Mission, à partir du rapport de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP pour l'année 2024 et du bilan régional de l'activité libérale 2022 de l'ARS de La Réunion.

Ainsi, la part moyenne des actes libéraux pour les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'AP-HP en 2024 et au sein des EPS de La Réunion en 2022 s'élève à 32 %. **Dans la mesure où le temps consacré à l'activité libérale ne peut excéder 20 % du temps d'exercice clinique au sein des établissements publics de santé, les bilans de l'AP-HP et de l'ARS de La Réunion suggèrent une productivité plus importante des praticiens lorsqu'ils exercent en libéral.**

La mission considère que la commission d'activité libérale devrait davantage être articulée avec les dispositifs de pilotage du temps médical. Les données relatives à l'activité libérale devraient être rapprochées des tableaux de service, des organisations de permanence des soins et des volumes de TTA.

[20] Prévu à l'article R. 6451-11 du CSP.

Encadré 4 : Dispositions sur l'activité libérale issues du Ségur

Le décret n° 2022-133 du 5 février 2022 relatif à l'activité libérale des praticiens dans les établissements publics de santé a modernisé le régime applicable en tirant les conséquences de l'ordonnance du 17 mars 2021 sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Il a notamment élargi les possibilités d'exercice de l'activité libérale et renforcé certaines modalités de coordination et de contrôle entre établissements. Le texte rappelle également le rôle central de la commission d'activité libérale dans le dispositif de suivi et de contrôle.

La fiche de présentation publiée par la direction générale de l'offre de soins en décembre 2021 souligne que la réforme vise à assouplir les conditions d'exercice de l'activité libérale tout en maintenant un dispositif de contrôle structuré associant directions, CME et commission d'activité libérale. Elle insiste également sur la nécessité d'une coordination renforcée lorsque l'activité est exercée sur plusieurs sites d'un même groupement hospitalier de territoire (GHT).

Source : Mission.

La CAL intervient à plusieurs niveaux, notamment quant à l'examen des demandes initiales d'autorisation, l'analyse des contrats d'activité libérale, le contrôle du respect des plafonds réglementaires ce qui croise la question de l'utilisation du temps médical.

Les textes prévoient que la commission d'activité libérale arrête un programme annuel de contrôle. Le programme de contrôle ne peut se limiter à une revue formelle des contrats ou à un simple suivi des recettes. Il devrait reposer sur une approche structurée, documentée et périodique permettant d'apprécier la réalité de l'équilibre entre activité publique et activité libérale.

Dans une approche de pilotage du temps médical, la mission considère que le programme de contrôle devrait intégrer plus particulièrement la cohérence avec les tableaux de service et les dispositions relatives aux temps de travail des médecins.

Le rapprochement doit être le cœur du pilotage : sans lui, le tableau de service reste un document de planification, non un instrument de conformité alors que ce rapprochement devrait être mensuel, avec consolidation quadrimestrielle.

4. L'analyse d'indicateurs relatifs à la composition du temps de travail des médecins révèle un recours croissant aux dispositifs du temps de travail additionnel et de l'intérim

4.1. En l'absence de données sur le temps de travail des médecins à l'hôpital, la mission n'a pas pu estimer le volume horaire effectué par les médecins

Compte tenu de l'absence de suivi par les établissements du temps de travail médical, la mission s'est attachée à explorer les sources possibles permettant de l'approcher. Les données issues des enquêtes déclaratives ne permettent pas de conclure sur le niveau du temps de travail et son évolution :

- parmi les sources de la statistique publique, seule l'enquête Emploi en continu menée par l'Insee (cf. annexe I) couvre par son échantillonnage des populations de médecins hospitaliers et d'internes. Elle conclut pour ces deux populations à une diminution de 2 % de la durée hebdomadaire effective de travail déclarée entre 2005/2007 et 2023/2025 pour les médecins salariés hospitaliers, et à une augmentation de 21 % de la durée déclarée par les internes sur la même période. Pour les deux catégories, la durée hebdomadaire effective déclarée en 2023/2025 est de 37,5 heures (cf. annexe III) ;
- parmi les autres sources, les enquêtes menées par les syndicats de médecins sur des populations portent sur la seule question des urgences

En l'absence de données directes sur le temps de travail des médecins hospitaliers, la mission a mené son analyse sur la base de sources indirectes. Si celles-ci ne permettent pas de mesurer précisément le volume horaire effectif, elles apportent des éclairages sur ses différentes composantes ainsi que sur leur évolution. Afin de dresser un état des lieux du temps de travail des médecins dans les établissements publics de santé et d'analyser l'évolution de ses composantes, la mission s'est appuyée sur les données issues de la plateforme Diamant de la DNUM (présentée à l'annexe I), et notamment :

- les données financières des hôpitaux à partir du cube DGFIP ;
- les données d'activité à partir du cube MCO ;
- les données d'effectifs à partir du cube SAE.

4.2. Le temps de travail additionnel est devenu un outil structurel de fonctionnement et les dépenses qui lui sont liées pèsent sur les finances des établissements avec une augmentation de +69 % en dix ans

4.2.1. Entre 2015 et 2024, les dépenses de TTA ont augmenté de 69 %, et le montant moyen des dépenses de TTA par ETP a augmenté de 57 %

Le recours au temps de travail additionnel constitue un levier de mobilisation à la disposition des établissements en cas de pénurie de temps médical, dont l'objectif peut toutefois être détourné. Le TTA est notamment légitime lorsqu'il répond à un besoin ponctuel, volontaire, contractualisé et suivi. Il devient un signal de fragilité lorsque son usage est récurrent, concentré sur quelques praticiens, non plafonné ou mobilisé pour maintenir des organisations sous-dimensionnées, ou qu'il est utilisé comme un levier de complément de rémunération, en inadéquation avec les besoins réels de temps médical.

Les résultats de l'enquête menée auprès des gouvernances suggèrent en particulier qu'il tend, dans certains établissements ou spécialités, à passer d'un mécanisme complémentaire à une modalité structurelle de fonctionnement.

En effet, 40,9 % des établissements déclarent une hausse du TTA sur les 5 dernières années, 32,6 % une stabilité et 8,7 % une baisse[21]. La part d'établissements signalant une hausse est suffisamment élevée pour traduire un phénomène systémique. Elle renvoie à la fois aux tensions de recrutement, à la difficulté de couvrir les lignes de permanence des soins, à l'insuffisance de certaines maquettes médicales et à la dépendance progressive des organisations à des volumes de travail additionnel.

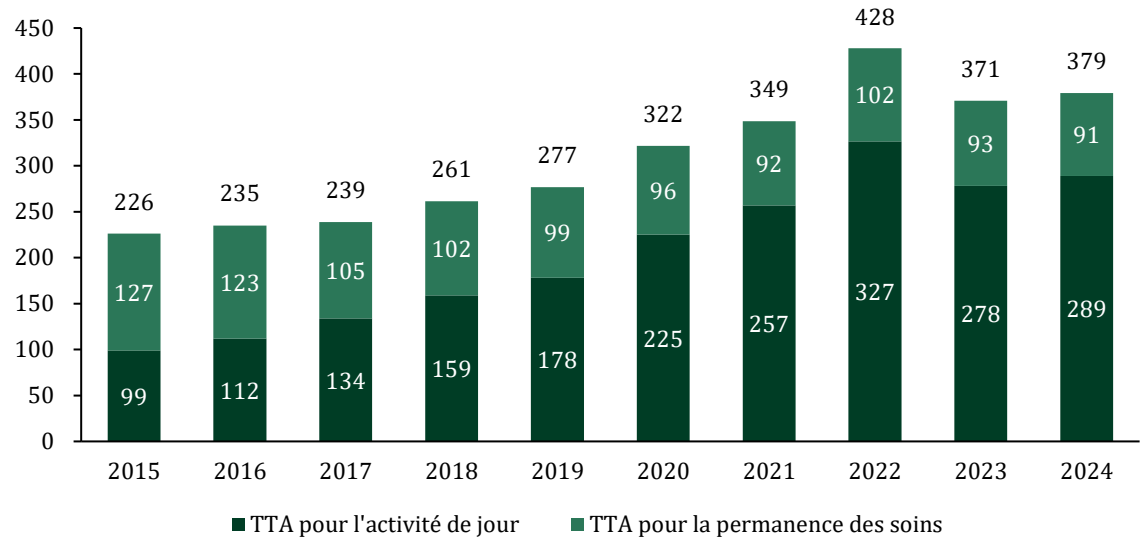
Cette hausse déclarée est confirmée par l'examen des charges de TTA dans les comptes des hôpitaux.

Les charges de TTA s'élevaient à 379 M€ en 2024, en augmentation de +69 % entre 2015 et 2024. Sur la période 2015-2024, les charges de TTA de jour et de TTA réalisé dans le cadre de la permanence des soins ont connu deux dynamiques opposées :

- les charges de TTA de jour ont presque triplé sur dix ans, de 99 M€ en 2015 à 289 M€ en 2024, avec une augmentation particulièrement dynamique de + 111 M€ sur la période 2019-2024 ;
- les charges de TTA réalisé dans le cadre de la permanence des soins, qui représentaient 127 M€, soit 57 % des dépenses totales de TTA en 2015, ont diminué et s'élevaient à 91 M€ en 2024, ne représentant plus que 24 % des charges totales de TTA.

[21] Le reste des établissements n'a pas répondu.

Graphique 14 : Évolution des dépenses de rémunération du temps de travail additionnel au sein des hôpitaux publics (en M€)



Source : Mission, à partir des données Diamant, cube DGFIP, comptes 6426 et 64251.

L'augmentation des dépenses de temps de travail additionnel résulte à la fois d'un effet prix et d'un effet volume. L'indemnisation du TTA est forfaitisée par plages ou demi-plages effectuées, correspondant réglementairement respectivement à dix heures ou cinq heures de travail supplémentaires effectuées, ce que la mission rapporte dans les calculs à l'équivalent d'une demi-journée ou d'une journée de travail. Le coût unitaire du TTA a été tiré à la hausse à plusieurs reprises par des revalorisations successives des indemnités prévues à l'article 13 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Entre le 1er février 2021 et le 15 septembre 2022, cet effet prix a par ailleurs été amplifié par des majorations exceptionnelles mises en place dans le contexte de la crise sanitaire. La fin des majorations exceptionnelles explique en partie la baisse de -57 M€ des dépenses de TTA observée entre 2022 et 2023.

L'estimation précise de l'effet prix est rendue difficile par les revalorisations successives des indemnités et par la coexistence de barèmes différents selon les statuts des praticiens. Il est néanmoins possible d'appréhender l'évolution du volume de TTA rémunéré en calculant un nombre équivalent de plages de TTA rémunéré sur la base du montant indemnitaire uniforme applicables à l'ensemble des praticiens titulaires ou contractuels :

- en 2015, l'indemnisation d'une période de TTA de jour s'élevait à 236,98 € pour l'ensemble de ces praticiens, et celle d'une période de TTA effectué dans le cadre de la permanence des soins s'élevait à 473,94 € ;
- en 2024, l'indemnisation d'une période de TTA s'élevait à 335,60 € pour les praticiens exerçant dans un établissement ayant adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins (ce montant est étendu à l'ensemble des centres hospitaliers à partir de 2025).

En retenant ces montants, la mission estime qu'un équivalent d'environ 1 130 000 plages de TTA ont été rémunérées en 2024, contre 685 000 plages en 2015[22], soit une augmentation de +65 % du volume de TTA rémunéré. Rapporté à une activité annuelle de 214 jours travaillés pour un praticien hospitalier à temps plein[23], et en considérant qu'une plage de TTA correspond à une journée de travail, ce volume représente l'équivalent de 3 200 ETP en 2015, et de 5 300 ETP en 2024, soit une différence de 2 100 ETP. Cette progression se retrouve également lorsqu'elle est rapportée aux effectifs médicaux. **Le nombre de plages de TTA rémunérées représente ainsi l'équivalent de 16 journées par ETP médical en 2024, contre 11 journées en 2015[24].**

Par ailleurs, en raisonnant sur la base d'un coût salarial annuel moyen pour un praticien hospitalier compris entre 130 000 € et 160 000 €[25], la mission estime que le budget alloué au TTA représentait un coût équivalent à la rémunération de 2 300 à 2 800 praticiens hospitaliers à temps plein.

L'évolution du volume de TTA indemnisé montre ainsi que la hausse des dépenses observée au cours de la période 2015-2024 ne résulte pas uniquement des revalorisations successives des indemnités. Elle peut également traduire un recours croissant au TTA par les établissements.

Cette tendance apparaît également lorsque les dépenses de TTA sont rapportées aux effectifs médicaux. **En 2024, les centres hospitaliers publics ont dépensé en moyenne 5 332 € par ETP de médecin sénior pour l'indemnisation du TTA (cf. graphique 15), soit une augmentation d'environ +2 100 € par ETP par rapport à 2015.** Cette moyenne correspond au rapport entre les dépenses totales de TTA et le nombre d'ETP de médecins séniors, calculé pour chaque catégorie d'établissement.

Les CH présentent les dépenses moyennes les plus élevées, avec 6 552 € par ETP en 2024, en augmentation de +60 % sur dix ans. Les dépenses des CHU/CHR s'élèvent à 3 977 € par ETP, avec une hausse particulièrement marquée sur la période 2019-2024 (+ 49 %), après une légère baisse sur la période 2015-2019 (-9 %). Bien qu'inférieures à celles observées dans les CH et dans les CHU/CHR, les dépenses de TTA par ETP au sein des CHS ont connu la progression la plus marquée, passant de 955 € à 3 202 € par ETP entre 2015 et 2024, soit un triplement des dépenses par ETP.

En rapportant ces dépenses par catégorie d'établissement à un montant de référence à 335,60 € par plage de TTA en 2024, la mission estime que les volumes indemnités correspondent en moyenne à :

- **20 plages de TTA par ETP au sein des CH en 2024 ;**
- **12 plages au sein des CHU/CHR ;**
- 10 plages au sein des CHS.

---

[22] Pour l'année 2015, la mission a divisé le montant total des dépenses d'indemnisation du TTA de jour par le montant forfaitaire d'une plage de TTA de jour et le montant total des dépenses d'indemnisation du TTA effectué dans le cadre de la permanence des soins par le montant forfaitaire d'une plage de TTA effectué dans le cadre de la permanence des soins pour obtenir un nombre équivalent de plages rémunérées. Pour l'année 2024, la mission a divisé le montant total des dépenses d'indemnisation du TTA par le montant forfaitaire d'une plage de TTA pour obtenir un nombre équivalent de plages rémunérées.

[23] Sur la base réglementaire de 25 jours de congés annuels et de 20 jours de réduction de temps de travail, et en prenant une moyenne de 9 jours fériés tombant sur des jours ouvrés.

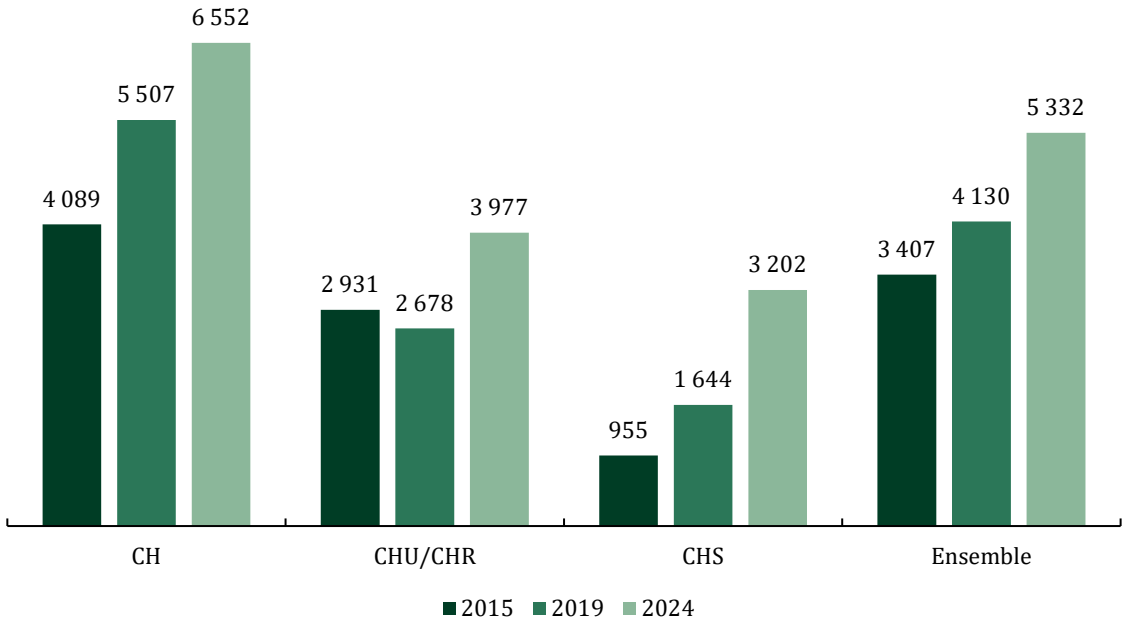
[24] En divisant le nombre de plages de TTA obtenu par le nombre d'ETP médicaux.

[25] Dans une étude publiée en 2016, intitulée « *Enquête sur les rémunérations des personnels médicaux, odontologies et pharmaceutiques dans les établissements de santé – situation au 31/12/2016* », le CNG estime que le coût salarial (charges patronales comprises) d'un praticien hospitalier à temps plein s'élève à 129 000 € dans les CHR et 135 000 € dans les CH.

L'ensemble des établissements rencontrés par la mission a indiqué que seuls certains praticiens et certains services étaient éligibles au TTA. En outre, une partie du TTA réalisé fait l'objet d'une récupération sous forme de repos et ne donne donc pas lieu à une indemnisation. Ainsi, le nombre de plages de TTA rémunérées par médecin sénior percevant effectivement une indemnisation du TTA est nécessairement supérieur aux valeurs moyennes obtenues.

Les réponses au questionnaire complété par les médecins hospitaliers indiquent que 58 % des répondants effectuent régulièrement du TTA, et 27 % occasionnellement. 18 % des répondant indiquent ne jamais effectuer de TTA. Par ailleurs, 58 % des répondant effectuant du TTA indiquent qu'ils sont rémunérés pour les plages effectuées, le reste indique récupérer les plages sous la forme de jours de repos supplémentaires ou les utiliser pour remplir leur compte épargne temps. En se référant aux résultats du questionnaire, la mission fait ainsi l'hypothèse qu'environ la moitié des praticiens au sein des hôpitaux publics effectuent du TTA rémunéré. Sous cette hypothèse, le montant moyen de TTA rémunéré annuellement par praticien s'élève à environ 11 k€, correspondant à l'équivalent de 32 plages effectuées.

Graphique 15 : Évolution du montant moyen des dépenses d'indemnisation du temps de travail additionnel par ETP de praticien, par catégorie d'établissement, en €



Source : Mission, à partir des données Diamant, cubes DGFIP et SAE.

L'importance prise par le TTA au sein des CH par rapport au CHU, reflète une différence entre ces établissements en termes de besoins de disponibilité du temps médical, et possiblement une propension plus forte à utiliser le TTA comme levier pérenne d'organisation au sein des CH. Cette tendance soulève plusieurs questions que la mission n'a pu expertiser : l'adaptation de l'organisation territoriale de l'offre de soins avec l'existence d'établissements dont l'organisation apparait comme très fragile avec une dépendance croissance à ce dispositif d'une part et d'autre part, la capacité des plus petits établissements à attirer une ressource médicale suffisante.

4.2.2. Les trois quarts des établissements consultés déclarent ne pas contractualiser systématiquement le temps de travail additionnel et près de la moitié n'ont pas formalisé de règles de répartition entre praticiens

Le mécanisme de volontariat pour la réalisation du TTA, obligatoire dès lors qu'il s'agit de déroger au plafond hebdomadaire des 48 heures n'est pas lui non plus assez suivi et respecté. La contractualisation du TTA garantit le volontariat, définit le volume prévisible, sécurise la récupération ou la rémunération, prévient les dépassements et constitue une base probatoire en cas de contrôle. Son absence fragilise l'établissement comme le praticien.

Or, dans l'enquête auprès des gouvernances, **27,4 % seulement des établissements déclarent une contractualisation systématique,** 17 % une contractualisation majoritaire, 16,1 % une contractualisation occasionnelle et 28,7 % l'absence de contractualisation[26]. L'enquête auprès des médecins va dans le même sens du point de vue des praticiens : seuls 33 % des répondants à la question déclarent disposer d'un contrat de TTA, contre 67 % qui déclarent ne pas en disposer. Le risque est donc moins marginal que structurel.

Tableau 12 : Réponses des médecins à la question disposez-vous d'un contrat de TTA ?

Modalité	Nombre de réponses	Pourcentage
Oui	3 869	33 %
Non	7 728	67 %
Total répondants	**11 597**	**100 %**

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des médecins en établissements publics de santé.

Le TTA non contractualisé est une anomalie de gestion. Lorsque le besoin est prévisible, le contrat devrait être annuel ou quadrimestriel, plafonné et relié à une maquette organisationnelle. Lorsqu'il est ponctuel, la décision devrait être tracée et justifiée.

La hausse du TTA s'inscrit dans un cadre de répartition du TTA entre services et entre praticiens qui n'est pas nécessairement cadré. Au niveau des services, 46,1 % des établissements déclarent une absence de règle de répartition, 22,6 % une répartition en fonction du nombre de gardes et astreintes, 26,5 % en fonction du nombre de médecins présents et 5,7 % en fonction d'une enveloppe budgétaire limitative annuelle par service. Au niveau des praticiens, 30,9 % des réponses indiquent l'absence de critère.

Tableau 13 : Critères de répartition du TTA au sein des services

Critère de répartition au niveau des services	Nombre de directions	Part de directions
Aucune règle de répartition	106	46,1 %
Nombre de gardes et astreintes	52	22,6 %
Nombre de médecins présents	61	26,5 %
Enveloppe budgétaire annuelle par service	13	5,7 %
Autre	15	6,5 %
Sans réponse	30	13,0 %

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des gouvernances d'établissements publics de santé. Note de lecture : Plusieurs réponses étaient possibles.

[26] Les autres établissements n'ont pas répondu à cette question.

4.2.3. Le recours au TTA révèle d'abord des déséquilibres d'organisation

Le TTA fonctionne souvent comme un mécanisme d'ajustement de la disponibilité médicale. Son développement devrait toutefois être rapproché du pilotage des organisations médicales pour assurer l'adéquation avec les besoins réels, ce qui passe par la formalisation des liens entre TTA et nombre de lignes de garde, répartition des gardes et astreintes, effectifs disponibles, pyramide des âges, postes vacants, temps continu, intérim, activité réelle et organisation territoriale.

L'enquête auprès des médecins révèle deux tendances :

- **la tranche d'âge 35-49 ans est la plus exposée au TTA récurrent, avec 59 % de répondants concernés** ; les moins de 35 ans restent également fortement concernés, tandis que les 65 ans et plus sont les seuls à ne pas déclarer majoritairement un TTA récurrent. Ces résultats plaident pour une lecture par charge d'activité et par organisation de service plutôt que pour une interprétation strictement générationnelle ou individuelle ;
- **les motifs d'acceptation du TTA confirment une lecture principalement organisationnelle au fait d'effectuer du TTA : loyauté envers l'équipe, maintien de l'activité**. Le facteur de la rémunération n'est évoqué que par 5 % des répondants.

C'est donc principalement l'activité et le fonctionnement des services qui justifient le recours au TTA et non pas les logiques individuelles d'optimisation des rémunérations.

Tableau 14 : Motivations pour lesquelles les médecins font du TTA

Pourquoi faire du TTA ?	Nombre répondants	Proportion de répondants
Parce que j'ai besoin d'un complément de rémunération	552	5 %
Parce que je considère que participer de manière régulière à la continuité des soins fait partie de mes fonctions	2 725	26 %
Pour maintenir ponctuellement le bon fonctionnement du service en cas d'insuffisance de médecins	5 500	53 %
Autre	1 587	15 %
Total	**10 364**	**100 %**

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des médecins en établissements publics de santé.

Les réponses du questionnaire adressé aux gouvernances hospitalières relatives au volume autorisé de TTA montrent une forte hétérogénéité (cf. tableau 15) :

- 13,9 % des établissements mentionnent un plafond d'heures mensuel ou annuel ;
- 24,8 % un volume forfaitaire ;
- 33,9 % la possibilité de réaliser du TTA sans précision de volume.

Le taux de non-réponse, de 37 %, témoigne lui-même d'une difficulté de formalisation ou d'une absence de donnée consolidée.

Tableau 15 : Modalités de pilotage du TTA par les gouvernances

Modalité déclarée de répartition du TTA au sein des services	Nombre de réponses	Proportion de répondants
Un plafond d'heures mensuel ou annuel	32	13,9 %
Un volume forfaitaire	57	24,8 %
Possibilité de réaliser du TTA sans précision de volume	78	33,9 %
Sans réponse	85	37,0 %

Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des directions d'établissements publics de santé.

L'absence de plafond explicite fragilise le dispositif : elle favorise un pilotage par la dépense constatée plutôt que par la charge anticipée, complique l'identification des situations excessives et entretient le recours au TTA comme solution de court terme.

La question de l'augmentation du TTA soulève donc d'abord et avant tout une question d'organisation du temps de travail. Mais, un volume élevé peut être acceptable s'il est transitoire, contractualisé, équitablement réparti et justifié. Il devient problématique lorsqu'il compense durablement des vacances de postes, maintien des lignes trop fragiles ou repose sur un faible nombre de praticiens. Le fait que ce soit au sein des centres hospitaliers que le TTA a le plus augmenté est sans doute un signe des difficultés de fonctionnement de ces établissements avec une ressource médicale trop rare.

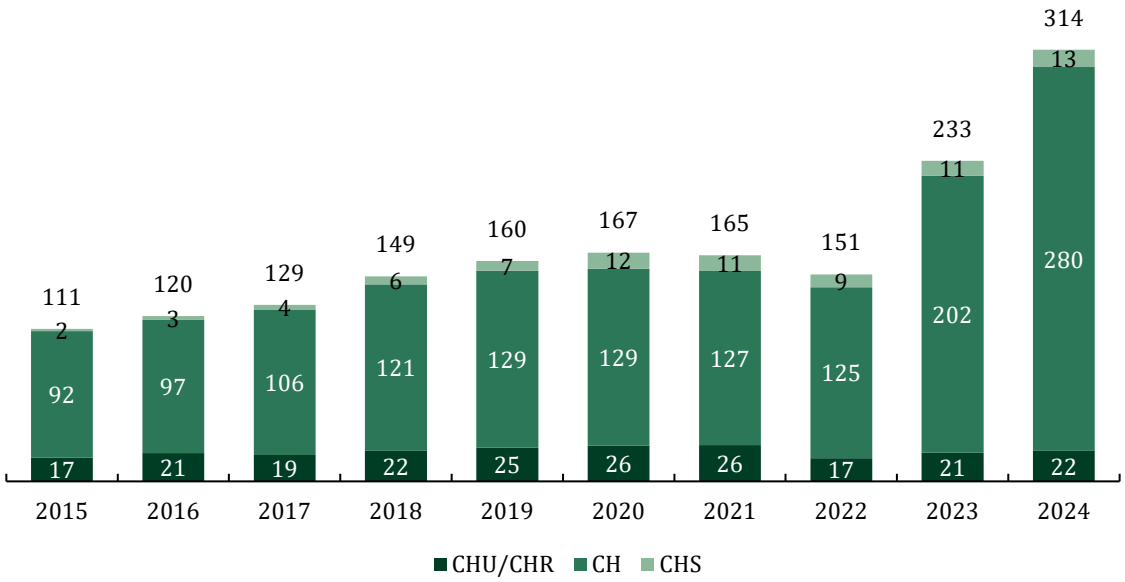
Une revue systématique du TTA récurrent devrait croiser volumes, repos, nombre de contributeurs et répartition du TTA entre eux, postes vacants, activité réelle, lignes de permanence, mutualisations possibles et qualité de vie au travail.

4.3. Les dépenses relatives au personnel médical intérimaire sont concentrées dans les centres hospitaliers et s'élevaient à 314 M€ en 2024, en augmentation de + 203 M€ sur dix ans

Les dépenses d'intérim médical s'établissaient à 314 M€ pour les hôpitaux publics en 2024 (cf. graphique 16)**. Elles sont majoritairement concentrées au sein des CH, qui représentent à eux seuls 280 M€, soit 89 % de la dépense totale.** Les dépenses d'intérim médical s'établissaient à 22 M€ dans les CHU/CHR, et à 13 M€ dans les CHS. Rapporté au poids des effectifs des différents types d'établissements, les niveaux de recours à l'intérim apparaissent ainsi contrastés :

- les CH représentent 89 % des dépenses d'intérim médical alors qu'ils représentent 54 % des ETP de médecins salariés à l'hôpital, traduisant un niveau de recours important à l'intérim médical ;
- les CHU/CHR représentent 7 % des dépenses alors qu'ils concentrent 39 % des ETP, traduisant un niveau de recours relativement faible à l'intérim médical ;
- les CHS représentent 4 % des dépenses alors qu'ils concentrent 7 % des ETP, traduisant un niveau de recours relativement modéré.

Graphique 16 : Évolution des dépenses de recours à des personnels médicaux intérimaires entre 2015 et 2024, par catégorie d'établissement (en M€)



Source : Mission, à partir de données Diamant, cube DGFIP.

Les dépenses d'intérim médical ont fortement progressé au sein des établissements, avec une hausse de +182 % sur la période 2014-2024. En l'absence de données permettant de distinguer l'évolution du coût unitaire des missions d'intérim médical de celle du volume de temps médical acheté, il n'est pas possible d'isoler précisément les effets prix et volume à l'origine de la progression. La forte concentration des dépenses au sein des CH suggère néanmoins une exposition de ces établissements à des tensions sur le recrutement, qui peut être expliquée par une moindre attractivité des établissements par rapport aux CHU/CHR.

4.4. Les données disponibles ne permettent pas de faire de lien entre l'évolution de l'activité par ETP et le recours au TTA ou à l'intérim médical

La part des dépenses permettant l'indemnisation de temps médical supplémentaire a progressé dans les dépenses totales de rémunération des personnels médicaux (en incluant les rémunérations des internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes et en excluant les charges sociales), passant de 4,9 % à 6,6 % entre 2015 et 2024 (cf. tableau 16).

Cette évolution recouvre toutefois des situations contrastées selon les catégories de centres hospitaliers :

- au sein des CHU/CHR, la part des dépenses d'intérim et de TTA dans les dépenses totales de rémunération du personnel médical est demeurée stable, passant de 3,1 % en 2015 à 3,0 % en 2024 ;
- au sein des CH, où elle était déjà la plus élevée en 2015 (6,6 %), la part des dépenses d'intérim et de TTA a progressé de +2,9 points pour atteindre 9,5 % des dépenses totales de rémunération ;
- au sein des CHS, cette part a connu la progression la plus marquée, de 1,5 % à 5,3 % des dépenses totales de rémunération, dépassant les CHU/CHR.

Ces évolutions traduisent un recours croissant à des formes complémentaires de mobilisation du temps médical par les CH et les CHS, et une relative maitrise de ces dépenses pour les CHR/CHU.

Tableau 16 : Part des dépenses d'indemnisation du TTA et d'intérim médical dans les dépenses totales de rémunération des personnels médicaux (hors charges sociales) au sein des centres hospitaliers publics, par catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	2015	2024	Évolution 2015-2024
CHU/CHR	3,1 %	3,0 %	-0,1 points
CH	6,6 %	9,5 %	+2,9 points
CHS	1,5 %	5,3 %	+3,8 points
Ensemble	**4,9 %**	**6,6 %**	**+1,7 points**

Source : Mission, à partir de données Diamant, cube DGFIP.

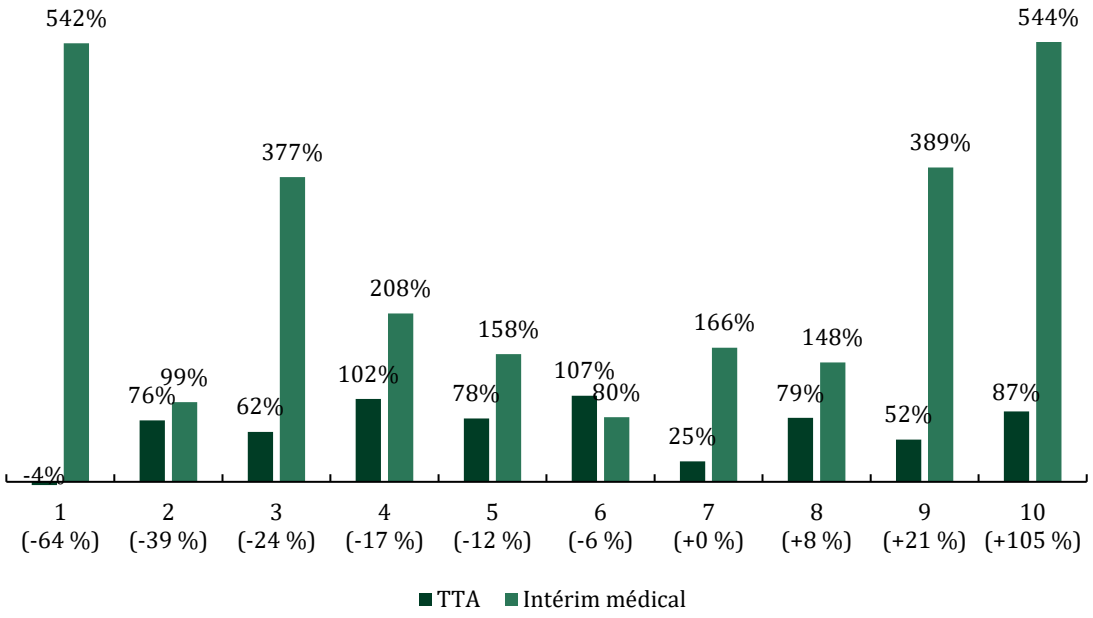
La mission a étudié l'évolution du recours au TTA et à l'intérim médical en fonction de l'évolution du nombre de séjours (ambulatoire et hospitalisation complète) par ETP de médecin sénior au sein des centres hospitaliers.

Le graphique 17 présente, pour chaque décile d'évolution du nombre de séjours par ETP entre 2015 et 2024, l'évolution des dépenses de TTA et d'intérim médical pour les établissements appartenant à ce décile. À titre d'exemple, au sein des établissements appartenant au décile ayant connu la plus forte augmentation du nombre de séjours par ETP (+105 %), le montant moyen par établissement des dépenses de TTA a connu une augmentation de +87 %, et celui des dépenses d'intérim médical a connu une augmentation de +544 %.

La comparaison de l'évolution de l'activité rapportée aux effectifs de médecins titulaires avec la variation des différents dispositifs à disposition des directions d'établissement pour augmenter le temps médical permet de constater :

- **une hausse généralisée du temps de travail additionnel quelle que soit l'évolution de l'activité par ETP** (sauf au premier décile), et peu dépendante de niveau d'augmentation de l'activité ;
- **une forte augmentation du recours à l'intérim médical pour l'ensemble des établissements**, et particulièrement marquée pour les établissement ayant connu une forte hausse ou une forte baisse de l'activité par ETP.

Graphique 17 : Évolution du recours au TTA et à l'intérim médical entre 2015 et 2024 par décile d'évolution du nombre de séjours par ETP



Source : Mission, à partir de données Diamant, cubes DGFIP et MCO., DNUM. Note de lecture : Les établissements ont été ventilés selon les déciles de variation du nombre de séjours par ETP de médecins entre 2015 et 2024. Les établissements dans le 1er décile, à gauche sur le graphique, ont ainsi connu entre 2015 et 2024 une baisse moyenne du nombre de séjour par ETP de 64 %, une augmentation des dépenses d'intérim médical de 542 % et une diminution des dépenses de TTA de 4 %.

4.5. Les gardes et astreintes constituent un facteur de tension des organisations hospitalières et une dépense croissante

4.5.1. Les gardes et astreintes sont très fréquentes dans le cadre d'une permanence des soins essentiellement assurée par les établissements publics de santé

La présence médicale organisée la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés répond à deux finalités complémentaires : assurer la continuité et la sécurité des soins des patients déjà hospitalisés et permettre, au titre de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES), l'accueil de nouveaux patients nécessitant une prise en charge urgente ou non programmée. Elle peut prendre la forme d'une garde sur place ou d'une astreinte. **Les données nationales relatives à la PDSES montrent que les établissements publics supportent encore la très grande majorité des prises en charge en période de permanence des soins, tout en portant une part importante des lignes les plus contraintes**. L'enquête nationale PDSES 2024 conduite par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) souligne ainsi que le secteur public assure environ 83 % des prises en charge relevant strictement de la permanence des soins et 85 % de l'activité totale réalisée pendant les horaires de PDSES[27]. 69 % de la PDSES se fait par ailleurs sous forme d'astreintes.

L'enquête nationale PDSES 2024 montre par ailleurs que **les lignes partagées restent très minoritaires, autour de 5 % des lignes recensées**[28]. Cette donnée illustre les limites persistantes des mutualisations territoriales et la difficulté à transformer des organisations historiquement centrées sur l'établissement vers des logiques de permanence des soins davantage territorialisées.

La permanence des soins constitue aujourd'hui un point de convergence de plusieurs tensions structurelles :

- raréfaction du temps médical disponible ;
- difficulté à maintenir des lignes complètes dans certaines spécialités ;
- augmentation du recours au temps médical additionnel ;
- dépendance croissante à l'intérim ;
- concentration de la charge sur certains établissements publics ;
- aspiration croissante des praticiens à une meilleure prévisibilité du temps de travail et à une articulation soutenable avec la vie personnelle.

La PDSES peut s'appuyer sur des services en temps médical continu, en particulier dans les urgences, la réanimation ou l'anesthésie-réanimation. Elle peut aussi concerner des services organisés en demi-journées, qui assurent des gardes ou des astreintes en complément de leur activité ordinaire.

[27] Enquête nationale sur la permanence des soins en établissement de santé 2024 et note DGOS du 30 juillet 2025 relative au suivi de la réforme d'attribution des lignes de PDSES.

[28] L'enquête 2024 de la DGOS recense 11 339 lignes déclarées ; 9 906 exploitables.

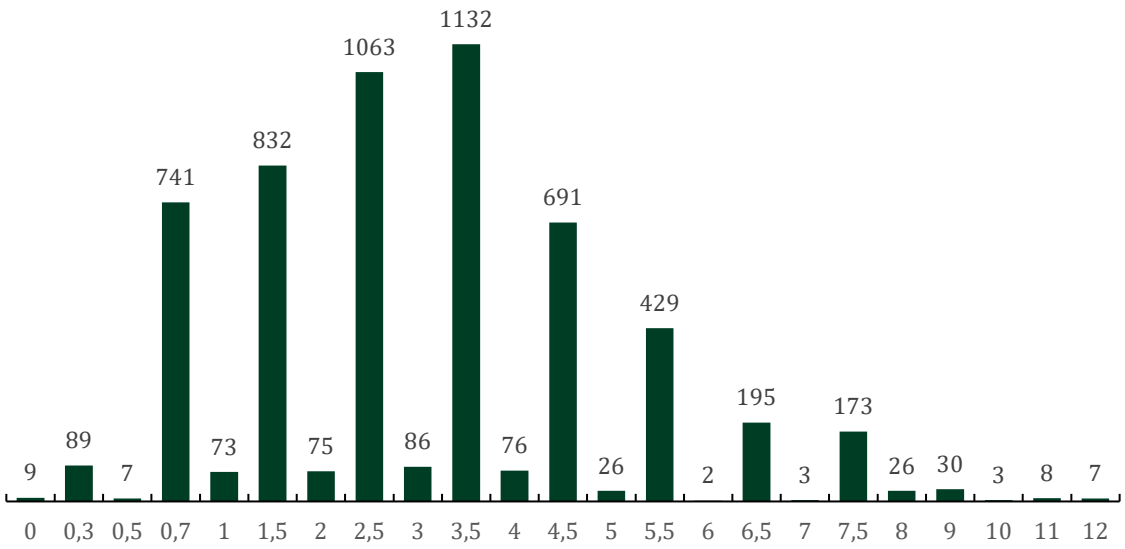
La permanence des soins constitue l'un des principaux tests de soutenabilité réelle des organisations médicales hospitalières. Les tensions observées sur les gardes et astreintes, les difficultés de répartition des sujétions, le recours au TTA ou à l'intérim et les dépassements de durée continue montrent la capacité des établissements à tenir durablement leurs lignes et la soutenabilité de celles-ci. **La PDSES absorbe une part significative de la disponibilité médicale, structure les plannings, influence l'attractivité des postes et conditionne la soutenabilité des lignes de garde.** Dans de nombreux établissements, elle constitue le point de tension le plus visible entre continuité du service public et protection du temps de travail.

L'enquête de la mission auprès des médecins hospitaliers confirme cette mobilisation. Elle montre que **les gardes sont concentrées sur une seule partie des effectifs, 47 % des répondants déclarant ne pas faire de garde**. Les médecins déclarant effectuer des gardes réalisent en moyenne 3,6 jours de garde par mois. Les charges sont fortement concentrées :

- médecine d'urgence 5,7 gardes mensuelles en moyenne ;
- médecine intensive-réanimation 3,9 ;
- anesthésie-réanimation 3,6 ;
- gynécologie-obstétrique 3,5 ;
- pédiatrie 3,0.

À l'inverse, certaines spécialités déclarent majoritairement ne pas faire de garde. Cette distribution confirme que la PDSES doit être pilotée par spécialité et par ligne.

Graphique 18 : Nombre de jours de garde moyen déclaré par les médecins hospitaliers



Source : Mission, à partir de l'enquête nationale auprès des médecins des établissements publics de santé.

S'agissant des astreintes, le nombre de jours moyen déclarés d'astreinte par mois est de 2,6 jours pour les médecins ayant des astreintes (77 % des répondants).

La soutenabilité de la garde est un élément clé de l'engagement durable d'un établissement de santé dans la PDSES. Elle ne peut pas être appréciée à partir du seul fait qu'un tableau de garde parvient à être rempli. Une organisation peut apparaître fonctionnelle à court terme tout en reposant sur des dépassements répétés des plafonds horaires, une concentration excessive des gardes sur quelques praticiens, un recours structurel au TTA ou une dégradation progressive de l'attractivité du service.

La mission considère qu'une équipe médicalement soutenable doit être appréciée à partir de plusieurs critères cumulés :

- capacité à respecter les repos de sécurité et les plafonds horaires ;
- possibilité d'assurer les congés sans désorganisation permanente ;
- limitation du recours au TTA et à l'intérim structurels ;
- capacité à absorber les absences non programmées ;
- maintien d'une activité de jour compatible avec les exigences de qualité et de formation ;
- préservation d'une fréquence de gardes compatible avec l'attractivité et la fidélisation des équipes.

Les auditions réalisées par la mission convergent vers l'idée qu'en dessous d'un certain seuil d'effectifs, une ligne de garde ou d'astreinte devient mécaniquement fragile. Même si les situations varient selon l'intensité de l'activité nocturne, la spécialité, le niveau de recours et la présence éventuelle d'une mutualisation territoriale, plusieurs ordres de grandeur ressortent des travaux professionnels, des retours de terrain et des recommandations organisationnelles.

Le seuil de 7 à 8 ETP pour une ligne de garde sur place revient fréquemment dans les analyses des professionnels et des établissements entendus par la mission. L'enquête de la DGOS établit ainsi que le nombre médian de praticiens par ligne de garde était en 2024 le suivant :

- 7 par ligne pour la médecine ;
- 7 par ligne pour la chirurgie ;
- 9 par ligne pour les soins critiques ;
- 10 par ligne pour l'anesthésie ;
- 6 par ligne pour le secteur interventionnel ;
- 9 praticiens par ligne pour l'obstétrique ;
- 7,5 praticiens pour les spécialités médico-techniques.

Ce seuil répond à une logique d'équilibre entre continuité des soins, repos réglementaires, congés, activité diurne et soutenabilité humaine des rythmes de travail.

Le nombre moyen de gardes déclarés par les praticiens indique par conséquent des seuils élevés pour lesquels le nombre de médecins par ligne est réduit, ce qui conduit à des gardes fréquentes.

Les repères d'effectifs présentés ci-après ne constituent ni des normes réglementaires, ni des ratios opposables. Ils visent à objectiver des seuils de fragilité organisationnelle. La soutenabilité d'une ligne de permanence dépend de la spécialité, de l'activité réelle, de la fréquence des rappels, de l'existence de lignes mutualisées, des repos, de l'âge et de la quotité des praticiens, de l'appui des internes et de l'organisation du plateau technique. Ces repères doivent donc être utilisés comme outils de dialogue avec les équipes et l'ARS, et non comme calcul automatique de dotation

Or, dès lors que la spécialité est marquée par ce temps contraint ou que l'activité de jour reste importante (anesthésie, chirurgie, urgences, réanimation, obstétrique, etc.), les organisations à peu de praticiens deviennent exposées à la fatigue, l'absentéisme, l'intérim, la fermeture temporaire de lignes ou aux difficultés d'attractivité ou encore au non-respect du repos de sécurité. C'est précisément ce que l'IGAS décrit comme un problème structurel de soutenabilité de la PDSES dans son rapport de 2023[29].

[29] La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, IGAS, 2023.

Une nouvelle évaluation de la situation de la PDSES est attendue dans le courant de l'année 2026 conformément à la note d'information n° DGOS/P1/2025/109 du 30 juillet 2025 relative au lancement d'une enquête ministérielle sur l'attribution des lignes de permanence des soins en établissements de santé (PDSES) à la suite de la publication des schémas régionaux de santé. Elle intervient dans le cadre de la réforme de la permanence des soins en établissement de santé engagée à partir de 2023 et mise en œuvre par le décret du 3 février 2025. Le texte organise le suivi national de la révision des lignes de garde et d'astreinte financées dans le cadre des schémas régionaux de santé (SRS) pilotés par les ARS Il serait souhaitable que la question de la soutenabilité des lignes, notamment dans les plus petits établissements, fasse l'objet d'une analyse précise. **La mission considère qu'il est impératif que les lignes de garde et d'astreinte historiquement financées ne soient plus considérées comme intangibles**.

4.5.2. La permanence des soins constitue une dépense croissante pour les établissements, dont un quart de la hausse entre 2019 et 2024 provient de la création de nouvelles lignes de garde

Les dépenses de permanence des soins se répartissent en trois catégories :

- les indemnités de sujétion, qui correspondent à la rémunération des gardes effectuées sur place par le personnel médical ;
- les indemnités d'astreintes ;
- les indemnités de temps de travail additionnel qui rémunèrent les périodes de travail effectuées dans le cadre de la permanence des soins au-delà des obligations de service, notamment les gardes supplémentaires, et qui se cumulent avec les indemnités de sujétion.

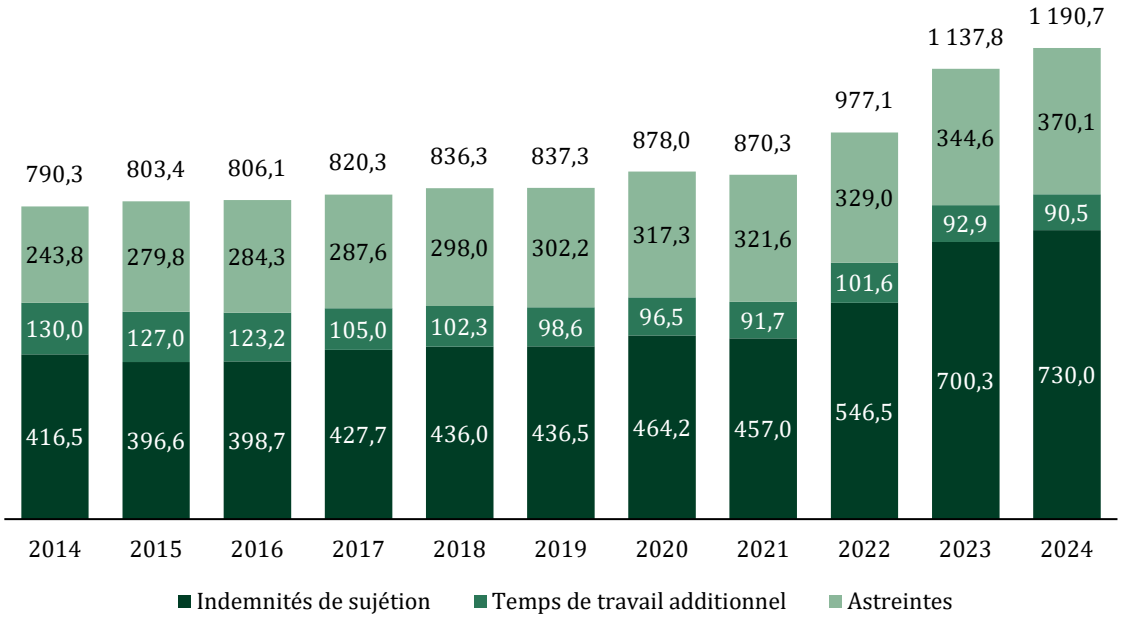
En 2024, les dépenses des hôpitaux publics en lien avec la permanence des soins s'élevaient à 1 191 M€ (cf. graphique 19), soit 11,7 % des dépenses de rémunération du personnel, hors charges sociales :

- 730,0 M€ pour les indemnités de sujétion, en augmentation de +84,1 % sur dix ans ;
- 370,1 M€ pour l'indemnisation des astreintes, en augmentation de +32,3 % sur dix ans ;
- 90,5 M€ pour le temps de travail additionnel, en baisse de -28,7 % sur dix ans.

Le montant des dépenses d'indemnisation des sujétions permet un lien direct avec le nombre de garde effectuées dans les hôpitaux. En effet, le montant des indemnités de sujétion a été revalorisé à une unique reprise au cours de la période 2015-2024, *via* une majoration de 50 % à compter du 1er juillet 2022, dans le cadre mesures exceptionnelles liées aux tensions sur la permanence des soins. Cette revalorisation a été pérennisée à partir du 1er janvier 2024.

Pour la période 2019-2024, l'augmentation des dépenses d'indemnités de sujétion résultant de l'effet prix dû à la majoration de l'indemnité s'élève à +218 M€. **Une fois retranché l'effet prix, l'effet volume, correspondant à l'augmentation du nombre de gardes rémunérées, s'élève à +75 M€ sur la période 2019-2024, soit environ un quart de la hausse totale des dépenses d'indemnités de sujétion.** Sur la période 2014-2019, en l'absence de revalorisations, l'augmentation de +20 M€ de dépenses d'indemnités de sujétion peut uniquement être expliquée par une augmentation du nombre de gardes effectuées dans les hôpitaux publics.

Graphique 19 : Décomposition des dépenses liées à la rémunération des personnels médicaux pour assurer la permanence des soins



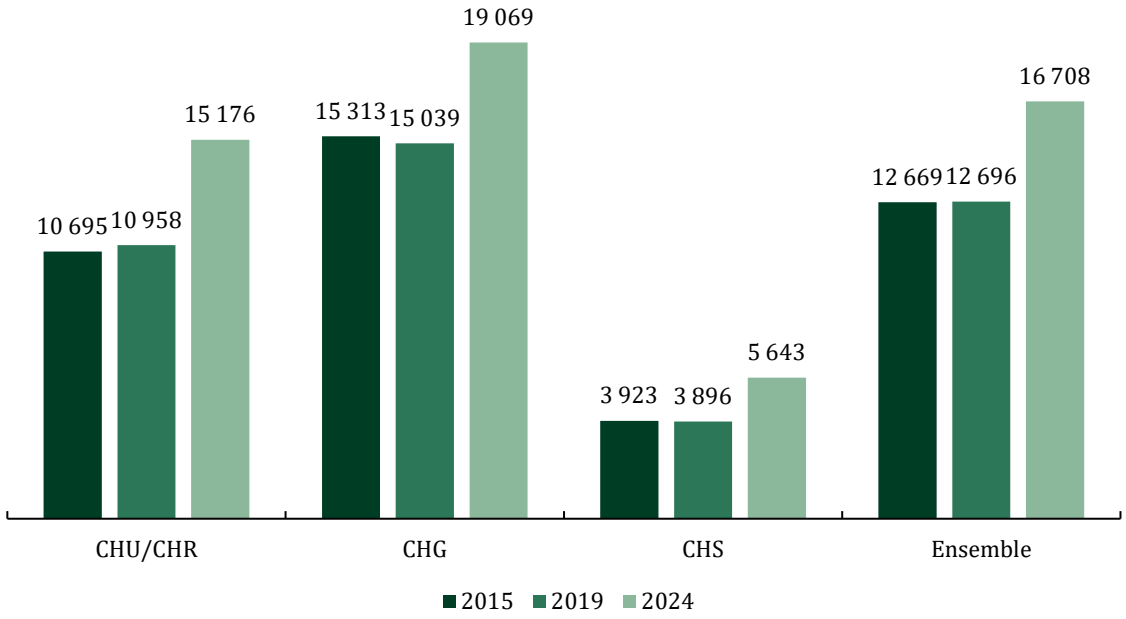
Source : Mission, à partir de données Diamant, cube DGFIP, comptes 64251, 64252 et 64253.

En 2024, les centres hospitaliers publics ont dépensé en moyenne 16 708 € par ETP de médecin sénior pour la rémunération de la participation à la permanence des soins (cf. graphique 20), soit une augmentation d'environ +4 000 € par ETP par rapport à 2019. Cette moyenne correspond au rapport entre les dépenses totales de permanence des soins et le nombre d'ETP de médecins séniors, calculé pour chaque catégorie d'établissement.

Entre 2015 et 2019, les dépenses de permanence des soins rapportées au nombre d'ETP demeurent globalement stables dans l'ensemble des catégories d'établissement. Cette stabilité résulte d'une progression concomitante des dépenses de permanence des soins et des effectifs médicaux. En revanche, **la période 2019-2024 est marquée par une hausse importante des dépenses de permanence des soins par ETP, observée pour l'ensemble des catégories d'établissement (+32 % dans l'ensemble).** Cette augmentation est la plus marquée pour les CHS, qui enregistrent une hausse de +45 % des dépenses de permanence des soins par ETP sur la période 2019-2024. L'augmentation s'élève au + 38 % pour les CHU/CHR, et à + 27 % pour les CH. Les revalorisations des indemnités de sujétion intervenues au cours de la période expliquent une part importante de cette augmentation, mais ne l'expliquent pas en totalité, suggérant une hausse du volume de gardes et d'astreintes rémunérées par praticien.

Les CH présentent les dépenses moyennes les plus élevées, atteignant 19 069 € par ETP, soit une peu moins de 4 000 € de plus par ETP que les CHU/CHR, pour lesquels la moyenne s'élève à 15 176 € en 2024. Les CHS enregistrent quant à eux des montants très inférieurs à la moyenne globale des établissements, à 5 643 € par ETP, ce qui peut être expliqué par des activités moins soumises aux contraintes de permanence des soins.

Graphique 20 : Évolution du montant moyen des dépenses liées à la rémunération de la participation des praticiens médicaux à la permanence des soins par ETP de médecin sénior, par catégorie d'hôpital public, en € :



Source : Mission, à partir de données Diamant, cubes SAE et DGFIP.

Par ailleurs, le niveau moyen des dépenses de permanence des soins par ETP met en évidence le poids important que peut représenter la participation à la permanence des soins dans la rémunération globale des médecins hospitaliers. Cette moyenne étant calculée sur l'ensemble des ETP de médecins séniors, y compris ceux dont l'activité ne donne pas lieu à une participation régulière à la permanence des soins, le montant effectivement perçu par les praticiens concernés est nécessairement supérieur aux valeurs présentées dans le graphique 20.

La mission a également étudié la variabilité dans les dépenses de permanence des soins entre établissements. Le graphique 21 présente le lien entre le montant total des dépenses de permanence des soins par établissement et le nombre d'ETP de médecins séniors en 2024. L'ensemble des établissements pour lesquels le nombre d'ETP est renseigné dans la SAE, y est représenté, à l'exception de l'AP-HP, dont la taille très supérieure à celle des autres établissements nuirait à la lisibilité du graphique. Les différentes catégories de CH sont définies à partir du montant total de leurs charges en 2024.

Le graphique met en avant une relation positive entre le nombre d'ETP et les dépenses de permanence des soins. Toutefois, cette relation s'accompagne d'une dispersion des montants observés particulièrement marquée parmi les établissements de grande taille, notamment les CHU/CHR et les CH dont les charges dépassent les 500 M€ en 2024. À effectif médical comparable, les dépenses de permanence des soins peuvent ainsi varier de plusieurs millions d'euros entre les grands établissements.

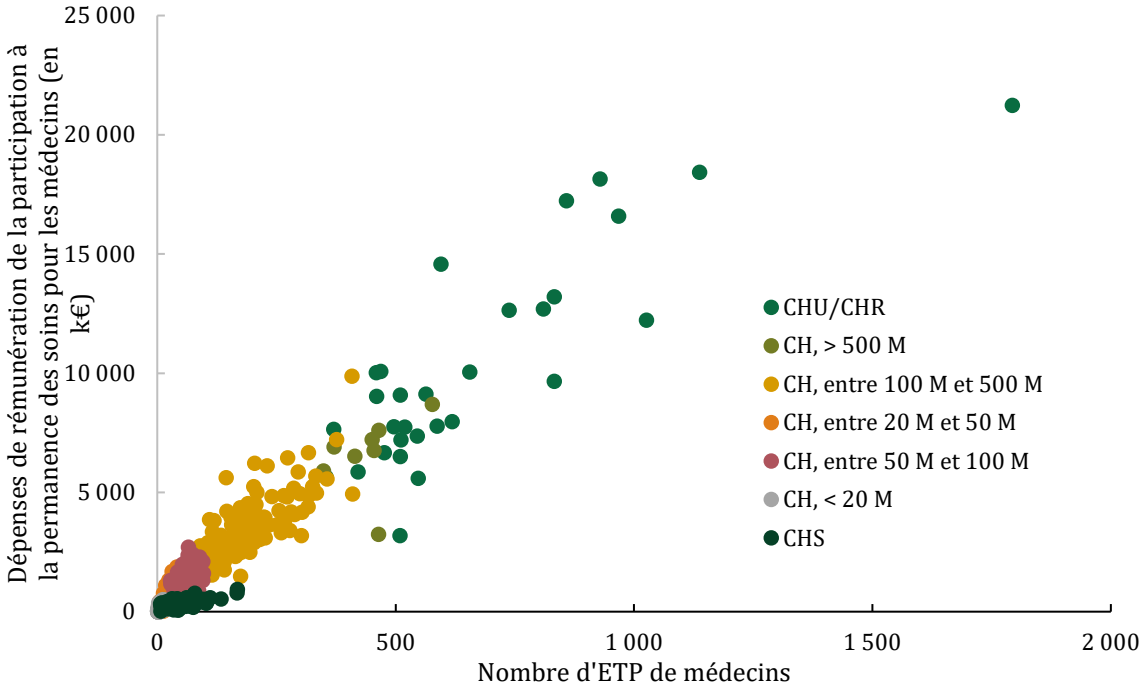
Au sein des établissements de petite taille, les écarts peuvent être expliqués en partie par des différences de périmètres d'activité, notamment par la présence ou non de services nécessitant une présence continue, comme les services d'urgences ou les maternités. La moindre participation des CHS à la permanence des soins est également observée.

Cette explication apparaît moins pertinente pour les établissements importants, qui assurent généralement l'ensemble des activités pouvant engendrer un besoin de permanence des soins. L'ampleur de la dispersion suggèrent ainsi l'existence de différences significatives dans au sein des grands établissements dans l'organisation de la permanence des soins. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer cette variabilité :

- des différences dans le dimensionnement des dispositifs de permanence des soins, se traduisant par un nombre variable de lignes de garde et d'astreinte pour une même activité ;
- des différences dans l'organisation des dispositifs de permanence des soins, notamment le recours à des gardes sur place plutôt qu'à des astreintes, ou le doublement des gardes par des astreintes pour la même activité ;
- des degrés variables de mutualisation de la permanence des soins entre services, sites ou établissements y compris avec l'existence d'une offre privé plus ou moins développée ;
- le maintien de lignes de gardes ou d'astreintes non justifiés par le niveau d'activité de l'établissement concerné.

Aucune donnée à la disposition de la mission n'a permis de corroborer directement cette hypothèse mais la mise en place de pratiques de rémunération de gardes ou d'astreintes fictives au sein de certains établissements peut également être un facteur d'explication de ces différences ainsi qu'ont pu le mentionner plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission.

Graphique 21 : Relation entre le nombre d'ETP de médecins et les dépenses rémunération de la permanence des soins (en k€) en 2024, par établissement

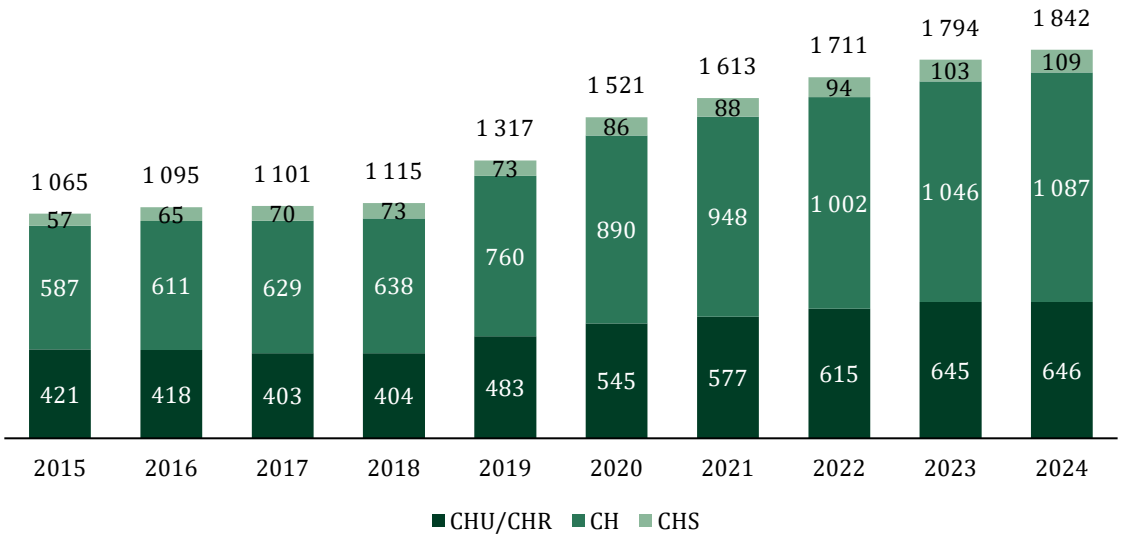


Source : Mission, à partir de données Diamant, cubes SAE et DGFIP.

4.6. Les provisions pour charges liées à la mise en œuvre du compte épargne temps pour les médecins hospitaliers s'élevaient à 1,8 Md€ en 2024, en augmentation de 73 % sur 10 ans

En 2024, le montant des provisions pour charges de personnels médicaux liées à la mise en œuvre du compte épargne temps s'élevaient à 1 842 M€, en augmentation de + 73 % par rapport à 2015. Le montant des provisions a connu une augmentation particulièrement dynamique sur la période 2018-2024, avec une hausse de +65 %.

Graphique 22 : Provisions pour charges de personnels médicaux liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (en M€)



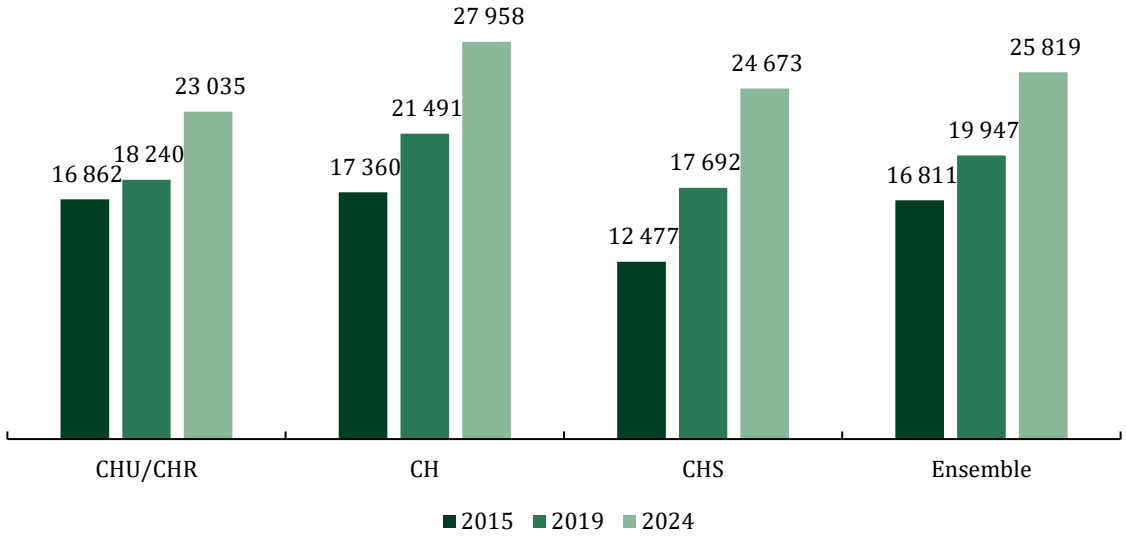
Source : Mission, à partir de données Diamant, cube DGFIP.

Le montant des provisions pour CET par ETP de médecin s'élevait à 25 819 € en 2024, en augmentation de près de 9 000 € par ETP par rapport à 2015. Le montant par ETP des provisions pour CET est le plus élevé au sein des CH, à 27 958 € par ETP en 2024.

La progression des provisions pour CET peut être rapprochée du recours au temps de travail additionnel. Les praticiens réalisant du TTA peuvent en effet soit être indemnisés, soit récupérer les plages effectuées sous la forme de journées ou de demi-journées de repos, soit déposer dans leur CET le TTA ni rémunéré ni récupéré. Un recours accru au temps de travail additionnel récupéré sous la forme de jours de repos peut contribuer à une diminution de la prise de jours de congés pour certains praticiens, entrainant une augmentation du nombre de jours déposés sur le CET.

Par ailleurs, les établissements rencontrés par la mission ont indiqué que le suivi des congés pouvait demeurer incomplet. Des difficultés de suivi peuvent conduire à une accumulation progressive de jours de congés, et par conséquent à une augmentation des droits inscrits au CET.

Graphique 23 : Moyenne des provisions pour CET par praticien par type d'établissement (en €)



Source : Mission, à partir de données Diamant, cubes DGFIP et SAE.

L'augmentation des droits inscrits sur les comptes épargne-temps constitue un réservoir important de congés différés susceptibles de peser sur l'organisation des services. En l'absence de données permettant de connaitre la répartition des jours épargnés selon les praticiens et notamment selon leur âge, la mission n'est pas en mesure d'apprécier précisément l'ampleur de ce risque. Toutefois, dans un contexte marqué par l'augmentation du nombre de praticiens âgés de plus de 60 ans, la mobilisation des jours épargnés pourrait générer des difficultés organisationnelles ou des contraintes financières significatives pour les établissements concernés.

5. Le pilotage du temps médical doit se structurer autour d'un plan de remise en conformité, de maquettes organisationnelles et d'une stratégie de territoire afin d'optimiser l'allocation du temps médical

5.1. L'application du cadre normatif du temps de travail et son pilotage sont devenus nécessaires pour s'assurer du bon fonctionnement des établissements

Aux termes de ces analyses, la mission considère que l'équilibre qui s'est installé en matière de temps de travail des médecins dans de nombreux établissements est porteur de risques majeurs :

- au plan de la sécurité et la santé des médecins eux- mêmes en l'absence de tout repère pour les directions des établissements quant au respect des garanties minimales en matière de durée maximale de travail et de repos ;
- au plan de la qualité de la prise en charge des patients en cas de non-respect des garanties minimales ;
- au plan du pilotage des ressources médicales des établissements car la situation actuelle ne permet pas de connaitre le temps de travail réel des médecins dans un contexte de tensions sur la ressource médicale ;

- au plan budgétaire dès lors que cette situation peut conduire à une dérive de certains postes de dépenses tels que le TTA ou à des comportements d'optimisation de leur rémunération de la part des médecins ;
- au plan juridique dès lors que ces dysfonctionnements sont susceptibles de conduire à des contentieux de la part des médecins ou des étudiants de troisième cycle mais aussi parce que l'engagement de dépenses sans vérification du service fait est par ailleurs susceptible d'entrainer la responsabilité des chefs d'établissement en leur qualité d'ordonnateur en application du régime de responsabilité financière des gestionnaires publics mis en place par l'ordonnance n°2022-408 du 23 mars 2022.

Au regard de ces constats, elle recommande la mise en œuvre d'un plan national de mise en conformité du temps médical hospitalier qui devra comprendre :

- l'adoption d'un règlement intérieur prévoyant obligatoirement la définition de la durée des demi-journées ;
- une harmonisation des plages horaires auxquelles débute la permanence des soins ;
- la mise en place de dispositif de suivi du temps de travail des médecins, en particulier la mise en place d'un SI dans chaque établissement ;
- l'alimentation des données du rapport social unique en matière de temps de travail (cf. annexe I) ;
- la systématisation des tableaux de service prévisionnels et tableaux de services réalisés ;
- la contractualisation systématique et l'encadrement des conditions de recours au TTA.

Pour assurer la réussite de cette initiative, et ne pas créer de déséquilibre entre établissements, la mission recommande la réalisation de ce plan dans un calendrier resserré, d'une durée d'un an, accompagné d'un dispositif de contrôles ponctuels.

Proposition : Mettre en œuvre un plan national de mise en conformité du temps de travail des établissements.

5.2. Les maquettes organisationnelles doivent permettre d'objectiver la conformité et la soutenabilité des organisations

La notion de maquettes organisationnelles médicales offre une méthode utile pour mettre en discussion les organisations réelles, rendre visibles les activités qui consomment du temps médical et apprécier si les fonctionnements hérités demeurent compatibles avec les exigences de conformité, de permanence des soins, de soutenabilité financière et de qualité de vie au travail.

En termes de définition, une maquette organisationnelle médicale est une représentation structurée des activités nécessaires au fonctionnement d'une équipe ou d'une ligne médicale, traduite en besoins de temps médical. Elles permettent de reposer les bases dans un contexte ou, comme l'ont confirmé les entretiens de la mission, les dotations médicales apparaissent souvent construites par strates successives : ouverture d'une unité, extension d'un plateau technique, développement d'une activité ambulatoire, maintien d'une ligne historique, spécialisation progressive ou réponse à une tension ponctuelle. La maquette organisationnelle permet de revisiter ces héritages au regard de la conformité et de la soutenabilité.

5.2.1. Les maquettes sont une méthode de dialogue plus qu'un instrument de dotation automatique

Les maquettes organisationnelles médicales reposent sur l'idée que le temps médical ne peut être correctement piloté si l'on se limite aux tableaux de service, à l'activité réalisée ou aux dépenses indemnitaires. Il faut décrire les missions attendues, les temps postés, les temps non postés, les contraintes de permanence et les ressources réellement disponibles.

La logique de maquette consiste dès lors à reconstruire, en associant les parties prenantes, une représentation complète du besoin en temps médical. Elle procède de façon ascendante : le service décrit ses activités, ses contraintes, ses variations saisonnières, son niveau de permanence, ses interfaces avec les autres métiers et les temps qu'il considère nécessaires. Cette description est ensuite confrontée à un référentiel de règles et d'hypothèses : obligations réglementaires, bornes horaires, repos, congés, absences prévisibles, temps non posté, modalités de permanence et contraintes propres aux services et aux plateaux techniques.

Deux modèles d'élaboration de maquette organisationnelle sont présentés ci-dessous, l'un par l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap), l'autre part le conseil national des cardiologues hospitaliers (CNCH).

5.2.1.1. Présentation du concept et de la méthodologie de l'Anap

L'Anap depuis quelques années conduit l'une des principales tentatives nationales de formalisation du pilotage du temps médical hospitalier et des établissements

L'Anap est partie du constat que les organisations paramédicales disposent historiquement de référentiels d'effectifs, de maquettes organisationnelles et d'outils relativement stabilisés de planification, les organisations médicales restent largement pilotées à partir d'équilibres locaux peu formalisés. Les tableaux de service médicaux sont principalement conçus comme des outils de gestion administrative ou de paie et rarement comme de véritables instruments de pilotage organisationnel. Cette situation conduit fréquemment à une faible objectivation des besoins médicaux, à une visibilité limitée des activités non cliniques et à des arbitrages de ressources reposant davantage sur l'histoire des services, les rapports de force institutionnels ou les tensions immédiates que sur une analyse consolidée des activités réellement assurées.

Pour répondre à cette difficulté, l'Anap a progressivement développé une méthodologie fondée sur les « maquettes organisationnelles médicales », également désignées comme des « trames d'organisation médicale » (TOM). **L'objectif est de décrire l'ensemble des activités nécessaires au fonctionnement réel d'une équipe afin de traduire ces activités en besoins en temps médical. La méthodologie vise à intégrer l'activité clinique programmée et non programmée, la permanence des soins, les gardes et astreintes, les activités non cliniques, les activités de coordination, les responsabilités institutionnelles, les contraintes de formation, les RTT, congés et absences prévisibles, les phénomènes de saisonnalité ainsi que les contraintes territoriales éventuelles.**

L'outil TOTEM constitue aujourd'hui l'expression de cette démarche. Développé sous forme d'outil de modélisation, il vise à traduire les organisations médicales réelles en besoins objectivés de temps médical. Il permet notamment de caractériser les activités médicales, d'estimer les consommations de temps associées, d'intégrer les contraintes statutaires et organisationnelles, de rapprocher besoins théoriques et ressources disponibles et d'alimenter le dialogue entre équipes médicales, directions des affaires médicales et gouvernance hospitalière.

Les maquettes organisationnelles médicales ne cherchent pas prioritairement à mesurer individuellement le temps de chaque praticien. Elles visent avant tout à objectiver les besoins collectifs d'une organisation médicale, à rendre visibles les activités réelles des équipes et à structurer le dialogue entre responsables médicaux et directions.

Tableau 17: Méthode de mise en œuvre des maquettes organisationnelle par l'Anap

Étape de la méthode	Question à instruire	Produit attendu pour la gouvernance
Cadrer le périmètre	Quelle unité, ligne de permanence, activité ou plateau technique est analysé ?	Un périmètre explicite, évitant les demandes globales non objectivées.
Décrire l'activité réelle	Quelles activités sont assurées, y compris non visibles dans le PMSI ou la paie ?	Une cartographie du temps posté, non posté, de la PDSES et des interfaces.
Rendre les hypothèses discutables	Quelles règles sont juridiques, organisationnelles ou issues d'un consensus professionnel ?	Un référentiel local ou de spécialité dont les hypothèses peuvent être contestées et mises à jour.
Comparer besoin et ressource	Le fonctionnement actuel peut-il être assuré avec les effectifs disponibles sans dépassements structurels ?	Un écart documenté entre besoin théorique, ressource réelle, TTA et vacance.
Arbitrer	Faut-il renforcer, transformer, mutualiser, fermer des plages, contractualiser ou réorganiser ?	Une décision traçable, reliée à la conformité, à la soutenabilité et à la qualité des soins.
Suivre	Les écarts se réduisent-ils au quadrimestre ou à l'année ?	Un suivi régulier en COPS, CME, pôle et dialogue de gestion.

Source : synthèse mission à partir des documents fournis par l'ANAP

5.2.1.2. Illustration par les travaux du conseil national des cardiologues hospitaliers (CNCH) : un exemple utile de formalisation, sans portée normative générale

Les travaux conduits par le CNCH[30] et présentés avec la Société française de cardiologie constituent un exemple intéressant de transposition de cette logique à une spécialité médico-technique fortement contrainte par la permanence des soins, les plateaux techniques et la diversité des modes de prise en charge. Ils ne doivent pas être surinterprétés : ils n'établissent pas une norme nationale opposable d'effectifs en cardiologie et ne sauraient être transposés tels quels à d'autres disciplines. Leur intérêt pour la mission réside avant tout dans la méthode.

Le référentiel cardiologique part d'un problème classique pour les établissements : en l'absence de recommandations nationales stabilisées pour l'ensemble des activités, les effectifs médicaux peuvent varier fortement entre services de taille comparable. L'outil proposé cherche à objectiver un besoin cible en ETP médicaux en tenant compte du capacitaire, du plateau technique, de la permanence, de la saisonnalité et du temps non posté. Il reprend une architecture en trois temps : un onglet de référentiel, un onglet de caractéristiques du service et un onglet de résultats. Cette structure est intéressante car elle sépare clairement ce qui relève des règles ou hypothèses de calcul de ce qui relève des données propres au service.

[30] CNCH, « Référentiel pour les effectifs médicaux de cardiologie - Objectiver les besoins en personnel médical en cardiologie » ; Annexe de présentation de l'outil de calcul des effectifs médicaux seniors d'un service de cardiologie, 29 juin 2022 ; SFC/CNCH, support « Référentiel en ETP médical en cardiologie hospitalière » ;Guide d'utilisation de l'outil de calcul des effectifs médicaux seniors d'un service de cardiologie.

Le premier apport de la méthode mise en œuvre tient à l'explicitation des hypothèses. Le référentiel distingue les obligations réglementaires, les caractéristiques légales du temps de travail, les standards organisationnels et les hypothèses relatives au calcul des ETP. Dans une démarche de conformité, cette hiérarchie des hypothèses doit être conservée : l'établissement ne peut pas traiter de la même manière une obligation de permanence médicale, une estimation de durée de consultation, une hypothèse d'absentéisme ou une règle locale de reconnaissance du temps non posté.

Le deuxième apport tient à la description fine du périmètre d'activité. L'outil cardiologique distingue notamment les unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), l'hospitalisation conventionnelle, les unités de soins continus, l'hospitalisation de jour et de semaine, les consultations internes et externes, l'imagerie cardiaque, la cardiologie interventionnelle et la rythmologie, interventionnelle ou non. Cette granularité permet de dépasser une discussion générale sur le nombre de médecins du service pour interroger les lignes de présence réellement nécessaires. Elle rend également plus visible le fait qu'un même ETP ne peut pas être simultanément mobilisé sur une vacation de plateau technique, une consultation, une activité d'avis et une responsabilité de permanence.

Le troisième apport tient à la prise en compte des variations d'activité. L'outil invite le service à distinguer les semaines standards, les semaines de vacances sans fermeture de lits et les semaines avec fermeture de lits. Cette approche paraît transposable, dans son principe, à d'autres spécialités : elle évite de dimensionner l'année entière à partir d'une semaine moyenne fictive et oblige à traiter les fermetures, les réductions de programme, les périodes de suractivité et les effets de saisonnalité comme des paramètres explicites de la maquette.

Le quatrième apport tient enfin à la conversion méthodique des demi-journées en ETP, après prise en compte des absences et du temps non posté. Là encore, l'intérêt n'est pas dans la valeur numérique retenue par l'outil mais dans la logique : les besoins en présence clinique postée ne peuvent être comparés aux effectifs budgétés qu'après avoir retranché les temps indisponibles et reconnu les temps non postés nécessaires au fonctionnement collectif. Cette étape est centrale pour prévenir une sous-estimation chronique des ressources nécessaires ou, inversement, pour objectiver les marges d'organisation lorsque certaines activités peuvent être redéployées.

Ces travaux, sans les ériger en modèle unique, illustrent une voie de professionnalisation du dialogue de gestion médical, dans laquelle les acteurs sont amenés à collaborer et aboutir à un consensus, qui tient compte tant des contraintes budgétaires que de l'objectif de diminuer les tensions ressenties sur le temps de travail. Les parties disposent d'un objet commun de discussion, dont les hypothèses peuvent être examinées et dont les résultats peuvent être rapprochés des contraintes de conformité et de soutenabilité.

5.2.2. Les maquettes organisationnelles constituent une méthode pour revisiter les fonctionnements et dotations historiques au regard de la conformité

La mise en discussion d'une maquette organisationnelle prend tout son sens lorsque les indicateurs de temps médical signalent un déséquilibre durable. Un service qui fonctionne grâce à un volume croissant de TTA, qui peine à garantir les repos, qui concentre les gardes sur un nombre réduit de praticiens ou qui multiplie les ajustements informels n'est pas seulement en tension démographique. Il est potentiellement en défaut de soutenabilité organisationnelle. La réponse ne peut pas se limiter à payer le dépassement ou à demander un renfort supplémentaire ; elle doit conduire à réexaminer le fonctionnement réel de l'activité.

Dans cette perspective, **la maquette sert à distinguer trois situations** :

- la première est celle **d'un besoin réellement sous-doté** : l'activité et la permanence nécessaires ne peuvent pas être assurées avec les effectifs disponibles sans exposer les praticiens à des dépassements structurels ;
- la deuxième est celle **d'une organisation à transformer** : la ressource peut être globalement suffisante, mais elle est mal synchronisée avec les plateaux techniques, les équipes paramédicales, les flux de patients ou les autres établissements du territoire ;
- la troisième est celle **d'un héritage organisationnel** insuffisamment réinterrogé : certaines plages, lignes ou modalités de fonctionnement sont maintenues par habitude alors que leur utilité, leur sécurité ou leur soutenabilité doivent être rediscutées.

Cette distinction est déterminante elle évite deux écueils. Le premier consisterait à traiter toute tension comme une demande légitime de moyens supplémentaires. Le second consisterait à analyser toute demande d'effectifs comme une revendication corporatiste ou inflationniste. La réalisation de maquettes organisationnelles permettrait de privilégier l'objectivation des besoins et de l'organisation, Elle permettrait notamment de réinterroger les situations d'établissements ou de services dans lesquels le niveau de TTA serait durable et élevé, parallèlement à un contrôle de conformité, et dans le cas de la permanence des soins, d'apprécier l'articulation de nouvelles lignes éventuelles avec les capacités, les flux et la permanence existante.

La mission estime par conséquent que les maquettes organisationnelles constituent l'une des réponses aux dysfonctionnements et irrégularités qui sous-tendent le temps de travail médical et exposés plus haut. Elle estime qu'une revue de maquette devrait être engagée en cas de hausse durable du TTA, de dépassements répétés du plafond de 48 heures, de repos de sécurité non garantis, de vacances durable de postes, de concentration excessive de la permanence sur quelques praticiens, de mise en place ou d'extension d'un temps médical continu, de demande de création ou de maintien d'une ligne de PDSES, ou de désynchronisation avérée entre organisation médicale et organisation soignante (cf. encadré 5).

Encadré 5 : Enjeux de la synchronisation entre personnels médicaux et non médicaux

Les désynchronisations entre temps médical et temps de travail des personnels non médicaux constituent également une donnée à prendre en compte. Les plus fréquentes concernent les consultations ou actes programmés sans disponibilité soignante suffisante, les plateaux techniques dont les ouvertures ne correspondent pas aux temps médicaux disponibles, les sorties insuffisamment anticipées, les avis internes demandés sans filière organisée, ou encore les réunions de coordination placées en dehors des temps reconnus. Ces désajustements consomment du temps médical sans toujours apparaître dans les tableaux de service. Ils alimentent des dépassements diffus, souvent non tracés, qui contribuent à la fatigue professionnelle et à l'impression d'inefficience.

Les appuis de terrain conduits par l'ANAP mettent régulièrement en évidence des consultations programmées sans disponibilité soignante adaptée, des organisations de bloc insuffisamment coordonnées, des décalages d'horaires entre unités et plateaux techniques ou encore des défauts d'anticipation des sorties. Ces désynchronisations constituent des facteurs importants de perte de temps. .

Source : Mission.

L'exercice de maquette doit donc intégrer une lecture médico-soignante. La question n'est pas seulement de savoir combien de médecins sont nécessaires, mais à quels moments, pour quelles activités, avec quels professionnels associés, dans quelle séquence de prise en charge et avec quel niveau de continuité.

La maquette organisationnelle ne doit pas être une norme de productivité, ni un instrument de contrôle individuel. Sa valeur tient à sa capacité à rendre discutables des fonctionnements qui, dans de nombreux services, relèvent de l'histoire plus que d'un arbitrage explicite. Elle doit permettre de décider collectivement ce qui est incompressible, ce qui peut être mutualisé, ce qui peut être délégué et ce qui doit être supprimé ou automatisé. Elle est un outil de dialogue pour réinterroger le consensus actuel d'insuffisance du pilotage du temps médical.

La mission estime que sa généralisation est souhaitable mais qu'il ne serait pas opportun de la rendre obligatoire à court et moyen terme car elle serait susceptible de déstabiliser les établissements et pourrait conduire à des départs vers d'autres types d'activité (salarié du privé ou libéral) d'une partie des médecins qui n'y trouverait pas un équilibre satisfaisant à leurs yeux. Elle estime en revanche qu'elle doit être utilisée pour sécuriser toute situation critique.

Proposition : Missionner l'ANAP pour la création de maquettes organisationnelles pour chaque spécialité, en lien avec les CNP, et rendre obligatoire un plan, soumis à la validation des ARS, de modification des organisations hospitalières selon les principes posés par les maquettes dès lors qu'un recours récurrent au TTA se développe dans un établissement ou que des lignes de PDSES dysfonctionnent.

5.3. Les liens entre le temps de travail et l'attractivité justifient une approche territoriale de l'organisation du temps de travail

5.3.1. Les déterminants réels de l'attractivité médicale sont principalement liés à la question du temps de travail

Les résultats globaux de l'enquête auprès des médecins hospitaliers ainsi que les analyses des effectifs soutiennent l'idée que l'attractivité des postes hospitaliers dépend fortement de la soutenabilité des sujétions, de la prévisibilité de l'organisation, de la reconnaissance des missions non cliniques et du cadre territorial d'exercice.

Les leviers financiers destinés à compenser les sujétions liées à la permanence des soins sont nécessaires mais insuffisants. Ils permettent de reconnaître les contraintes auxquelles sont soumis les praticiens et d'éviter des ruptures immédiates, mais ils peuvent aussi entretenir une forme de dépendance organisationnelle. Lorsque l'attractivité repose principalement sur la possibilité de faire du TTA, et que la concurrence entre établissements d'une même zone, voire au sein d'un même GHT, comme cela a pu être évoqué lors d'entretiens avec la mission, conduit à une escalade. Attirer ou retenir des médecins se fait au profit d'un modèle qui fragilise les établissements en accroissant la charge de travail et fragilisant la soutenabilité des organisations et au détriment d'une meilleure répartition du temps médical au sein de l'établissement comme au sein d'un même territoire.

Une politique d'attractivité robuste devrait combiner rémunération, organisation, reconnaissance et trajectoire professionnelle. Elle devrait notamment garantir des plannings fiables, limiter les changements de dernière minute, protéger les repos, reconnaître le temps non clinique, clarifier les responsabilités de chefferie, offrir des perspectives de formation et réduire les tâches administratives inutiles.

5.3.2. Le GHT dispose de leviers pour agir sur l'organisation du temps médical, mais ceux-ci restent insuffisamment mis en œuvre

Les enjeux territoriaux sont décisifs lorsqu'ils modifient concrètement la soutenabilité des lignes, la répartition des sujétions et le recours au TTA, à l'intérim ou aux primes territoriales. Les GHT, institués par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, constituent un cadre de coopération entre établissements dotés de compétences indirectes en matière d'organisation du temps de travail :

- l'article L. 6132-3, I, 5° du code de la santé publique prévoit que l'établissement support du GHT assure, pour le compte des établissements parties, la définition d'orientations stratégiques communes pour : « *la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels* » ;
- l'article R. 6132-10-1, II, 4° du CSP prévoit que le comité stratégique définit, « *sur la base le cas échéant des propositions de la commission médicale de groupement* […] *les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de GPEC, attractivité, recrutement, rémunération et temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale* du groupement et dans les limites des compétences des établissements parties.

Par ailleurs, l'instruction DGOS du 30 décembre 2025 relative au temps de travail médical insiste sur la nécessité d'une approche territoriale du pilotage du temps médical dans les disciplines en tension, notamment au sein des GHT. Elle souligne l'importance de disposer d'indicateurs consolidés à l'échelle territoriale.

L'enquête auprès des directions hospitalière indique toutefois qu'une majorité d'établissements ne déclare pas de réflexion commune au sein du GHT sur le temps médical. En effet, près de six établissements sur dix ne déclarent pas de réflexion commune au sein du GHT sur le temps de travail médical, alors même que la question de la soutenabilité des lignes de garde, des astreintes, du TTA et des exercices multisites dépasse souvent le périmètre d'un seul établissement. Cette situation est préoccupante, car la soutenabilité de nombreuses lignes de permanence ne peut être appréciée établissement par établissement. Par ailleurs les tensions médicales, les sujétions de garde, la prime de solidarité territoriale, les équipes partagées et les organisations multisites appellent une gouvernance territoriale.

Le GHT ne constitue ainsi pas aujourd'hui, dans la plupart des territoires, une échelle pleinement effective de pilotage du temps médical. Cette limite ne tient pas à une absence complète de leviers juridiques ou organisationnels. **Elle résulte plutôt de l'écart entre les compétences déjà reconnues au groupement et leur traduction encore incomplète dans des outils de pilotage médical partagés.**

Les entretiens menés par la mission ont fait apparaître des trajectoires territoriales graduées selon la configuration des GHT, l'histoire des coopérations, le rôle du CHU ou de l'établissement support et la maturité des directions des affaires médicales. Il apparaît clairement que les établissements des GHT en direction commune peuvent aller plus loin dans l'échelle de maturité.

Le projet médical partagé comporte en effet plusieurs objets qui touchent directement à l'organisation du temps médical : description de l'offre de soins graduée par filière, principes d'organisation des activités au sein de chaque filière, schéma territorial de permanence et de continuité des soins, consultations externes, hospitalisation complète, partielle et ambulatoire, plateaux techniques, urgences et soins non programmés, projets médico-techniques et répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques. Il peut également définir les principes d'organisation des équipes médicales communes.

La commission médicale de groupement constitue, de son côté, un lieu de discussion médicale territoriale qui pourrait être davantage mobilisé. Elle est appelée à connaître des équipes médicales communes, des pôles inter-établissements, du schéma territorial de permanence des soins et des orientations stratégiques relatives à la gestion des emplois médicaux, notamment en matière de recrutement, de rémunération et de temps de travail. Ces objets sont directement liés aux tensions analysées par la mission : soutenabilité des lignes de garde, attractivité des charges lourdes, répartition des sujétions, recours au TTA, intérim, temps partagé et équipes médicales territoriales.

Pour autant, ces compétences ne se traduisent pas encore, de manière systématique, par une fonction territoriale des affaires médicales. Au vu des entretiens conduits par la mission et des résultats de l'enquête auprès des gouvernance, dans de nombreux GHT, **le temps médical demeure ainsi piloté principalement établissement par établissement, voire service par service, alors que les sujets les plus structurants - lignes de permanences des soins fragiles , concurrence de recrutement entre établissements publics, recours à l'intérim, mutualisation des compétences rares, équipes médicales communes ou temps partagé - relèvent de plus en plus d'une échelle territoriale**.

La constitution d'une fonction territoriale des affaires médicales ne suppose pas de transférer au GHT la gestion quotidienne des tableaux de service, qui demeure de la responsabilité des établissements employeurs. Elle suppose en revanche de construire une capacité partagée d'analyse et d'arbitrage sur les sujets qui excèdent l'établissement : cartographie des lignes de permanence, identification des spécialités critiques, suivi du recours au TTA et à l'intérim, conditions d'exercice multisite, harmonisation des règles de rémunération et de récupération, appui aux équipes médicales communes, articulation avec les projets de biologie, d'imagerie, de pharmacie et de plateaux techniques.

Les compétences mutualisées du GHT, notamment en matière de système d'information, d'achats et d'organisation médico-technique, peuvent soutenir cette évolution. Elles devraient permettre de rapprocher progressivement les données de temps médical, de postes, de permanence, d'intérim, de TTA et de ressources rares, sous réserve que les établissements parties acceptent de dépasser une logique de simple coordination pour construire un véritable pilotage médico-administratif territorial.

Encadré 6 : L'exemple lyonnais : une conférence territoriale des DAM préfigurant une fonction territoriale des affaires médicales

L'expérience conduite par les Hospices civils de Lyon au sein du GHT Val Rhône Centre est particulièrement éclairante car elle ne procède pas d'une réforme institutionnelle lourde. Elle repose sur une méthode simple : réunir les directions des affaires médicales des établissements du territoire, définir des sujets communs, partager les informations utiles et formaliser progressivement des processus. Cette démarche illustre une voie réaliste de montée en maturité des GHT sur le pilotage du temps médical.

A titre d'exemple, la conférence territoriale des DAM du 13 novembre 2023 portait notamment sur la validation des recrutements médicaux, la validation des ouvertures de postes vacants de praticiens hospitaliers, la formation, les parcours de consolidation des PADHUE, la prime d'exercice territorial, ainsi que les thématiques futures relatives aux agréments et aux postes d'internes. L'ordre du jour montre que la coordination territoriale des DAM peut immédiatement porter sur des objets très opérationnels, sans attendre une intégration organique complète.

Cet exemple doit être utilisé comme illustration d'une fonction de coordination possible, et non comme preuve d'une efficacité déjà démontrée sur le temps médical. Sa valeur probante tient à la nature des objets traités - recrutements, postes, agréments, internes, primes territoriales - qui sont directement reliés au pilotage de la ressource médicale ; son impact sur la soutenabilité des lignes doit encore être mesuré par des indicateurs de suivi.

Trois enseignements peuvent être tirés de cette expérience :

- la coordination territoriale produit de la valeur lorsqu'elle traite des décisions concrètes qui structurent la ressource médicale : recrutement, postes, formation, agréments, statuts, temps partagé.
- elle suppose une articulation étroite avec des référents médicaux identifiés, afin d'éviter que la DAM territoriale ne soit perçue comme une instance purement administrative.
- elle fonctionne d'autant mieux qu'elle prévoit des règles de transparence envers les établissements membres et des modalités de décision proportionnées aux délais opérationnels.

Source : Mission.

La fonction territoriale des affaires médicales ne se substitue pas aux DAM d'établissement. Elle traite les objets qu'une DAM isolée ne peut plus piloter seule : lignes fragiles, démographie de spécialité, recrutements concurrents, temps partagés, solidarités médicales, agréments d'internes et effets territoriaux de la permanence des soins.

Son rôle cible peut être résumé ainsi : consolider, alerter, harmoniser, outiller et préparer les arbitrages. Elle ne décide pas seule des organisations médicales ; elle donne aux directeurs, aux PCME, au président de la commission médicale de groupement, aux chefs de service et aux ARS une information fiable et comparable. Elle transforme une addition de tensions locales en diagnostic territorial partagé.

La mission considère ainsi que le GHT doit devenir une échelle de mise en cohérence du temps médical, sans se substituer aux responsabilités propres des établissements. **L'enjeu est moins de créer une strate supplémentaire que de donner un contenu opérationnel aux compétences déjà existantes** : **organiser les filières, sécuriser la permanence, répartir les ressources rares, éviter les concurrences internes au secteur public et rendre soutenables les exercices multisites**. La mission considère que les GHT n'ont pas encore pleinement transformé la nature du pilotage du temps médical. Les tensions sur certaines spécialités rendent désormais insuffisante une approche strictement d'établissement.

À ce titre les propositions formulées par l'IGAS et l'IGF dans leur rapport sur l'efficience hospitalière visant à faire évoluer le cadre législatif afin de transformer les GHT en groupes hospitaliers publics[31], ainsi que la recommandation formulée par l'IGAS dans son rapport sur la permanence des soins de donner au GHT une compétence de droit pour l'organisation et la mise en œuvre de la PDSES, demeurent pertinentes. [32]

Les instances de GHT pourraient également contribuer davantage au pilotage du temps médical et intégrer systématiquement dans la conception et l'évaluation des projets médicaux partagés les éléments suivants :

- les lignes de garde partagées ;
- les équipes médicales territoriales ;
- les déplacements multisites ;
- les activités avancées ;
- les filières de recours ;
- les impacts du temps de transport et des organisations multisites sur la soutenabilité du travail médical.

Le principal risque d'une DAM de territoire serait d'apparaître comme une extension administrative de l'établissement support. Pour l'éviter, sa gouvernance doit être explicitement médico-administrative. Le président de la commission médicale de groupement doit en être le partenaire naturel. Il porte la légitimité médicale territoriale, tandis que la fonction territoriale des affaires médicales apporte les données, les circuits, l'expertise statutaire et la capacité de suivi.

Les présidents de CME des établissements membres doivent rester les garants de l'appropriation locale. Le pilotage territorial ne peut réussir s'il donne le sentiment de déposséder les établissements membres de leurs équilibres médicaux. La bonne articulation repose sur un principe de subsidiarité : le local organise le quotidien ; le territoire consolide les données, identifie les fragilités, propose les mutualisations et sécurise les règles communes.

Les coordonnateurs de DES doivent également être associés, en particulier dans les GHT comportant un CHU ou des terrains de stage structurants. Leur présence est indispensable pour éviter que les internes, docteurs juniors ou PADHUE soient implicitement utilisés comme variables d'ajustement des sous-effectifs. Elle permet de relier les besoins de couverture médicale, la qualité pédagogique des terrains, la capacité d'encadrement et l'attractivité future des sites.

La mission propose une étape pragmatique : structurer, dans chaque GHT, une fonction territoriale des affaires médicales, non comme une strate bureaucratique supplémentaire mais comme un appui à la décision médicale et administrative sur les équilibres réels du territoire.

<u>Proposition :</u> Créer une organisation territoriale des affaires médicales et mettre en place un dispositif de concertation au sein des GHT, visant notamment à formaliser les modalités d'organisation du temps de travail à l'échelle territoriale.

[31] IGAS et IGF (décembre 2025), Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale, rapport IGF N° 2025-E-023-02 IGAS N° 2025-030R

[32] IGAS (juin 2023), La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter, Rapport n 2023-009R

ANNEXE III

L'activité libérale des médecins

SOMMAIRE

1. LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES ET DES MODES D'EXERCICE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE RENFORCENT L'ENJEU DE MESURE ET D'OPTIMISATION DU TEMPS MÉDICAL POUR PRÉSERVER L'ACCÈS AUX SOINS 1

1.1. La démographie des médecins libéraux est marquée par des dynamiques différentes selon les spécialités, la féminisation et le rajeunissement invitant à étudier leur impact sur le temps de travail 1

1.1.1. L'évolution de la profession médicale a été fortement marquée par le numerus clausus, avec des dynamiques différentes selon les spécialités 1

1.1.2. Une démographie moins dynamique dans le secteur libéral, avec des effectifs en baisse de 9,3 % entre 2012 et 2025, avec plus de jeunes et de femmes 3

1.2. La rémunération à l'acte établit des liens indissociables entre activité et rémunération mais ne permet pas de décompte du temps de travail 6

1.2.1. La rémunération à l'acte ne retrace que partiellement la réalité du temps de travail des médecins libéraux 7

1.2.2. La rémunération forfaitaire 14

1.2.1. Des rémunérations qui varient significativement en fonction des spécialités 15

1.3. Un enjeu de préservation et d'efficacité du temps médical pour faciliter l'accès aux soins 16

1.3.1. Les principaux enjeux du temps de travail des médecins libéraux 16

1.3.2. Des modalités d'exercice de plus en plus collectives qui facilitent en théorie la préservation et l'efficience du temps médical mais qui sont encore à évaluer 20

1.3.3. Les délégations de compétences et partages des tâches constituent une source potentielle non évaluée de gain de temps médical 25

2. LES ENQUÊTES DÉCLARATIVES, QUI CONSTITUENT LES SEULES SOURCES POUR APPROCHER DIRECTEMENT LE TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS LIBÉRAUX, MONTRENT QUE CELUI-CI DIMINUE DEPUIS 20 ANS, AVEC UNE CONVERGENCE PROGRESSIVE DU TEMPS DE TRAVAIL ENTRE MÉDECINS HOMMES ET FEMMES 29

2.1. Le panel des médecins généralistes de la Drees montre une diminution de 10 % du temps de travail des médecins généralistes libéraux entre 2011 et 2022 29

2.1.1. Le panel des médecins généralistes est une enquête conduite par la Drees qui interroge à fréquence régulière un échantillon de médecins généralistes libéraux sur leur activité 29

2.1.2. Les trois dernières éditions du panel montrent une diminution de 10 % de la durée de travail hebdomadaire des médecins généralistes, une augmentation du volume de congés et une stabilité de la durée de consultation 31

2.2. L'enquête Emploi de l'Insee montre également une baisse du temps de travail des médecins libéraux et une diminution des écarts entre hommes et femmes 35

3. ALORS QUE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ONT RÉDUIT LEUR NOMBRE DE JOURS D'EXERCICE LIBÉRAL ENTRE 2021 ET 2025, L'ACTIVITÉ A PARTIELLEMENT RÉSISTÉ GRÂCE À UNE INTENSIFICATION DES JOURNÉES TRAVAILLÉES, DANS UNE DYNAMIQUE SURTOUT LIÉE À L'ÂGE, AU GENRE ET AUX JOURS D'EXERCICE 38

3.1. Le nombre moyen de jours d'exercice libéral des médecins généralistes, de 205 jours en 2025, a diminué de 8 % depuis 2021 39

3.2. Le nombre de jours d'exercice augmente avec l'âge du médecin généraliste jusqu'à 65 ans puis décroche au-delà, et un écart moyen de 13 jours par an subsiste entre hommes et femmes, qui porte principalement sur l'exercice le mercredi et les jours de week-end 40

3.3. L'accessibilité du territoire d'implantation du cabinet principal du médecin généraliste influence peu le nombre de jours d'exercice libéral 43

3.4. L'activité des médecins généralistes a connu une baisse de moindre ampleur que celle du nombre de jours d'exercice à la faveur d'une augmentation du nombre de patients vu par jour 44

3.5. La baisse du nombre de jours d'exercice libéral se concentre sur les vendredis et les samedis et l'exercice de nuit diminue 48

4. L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES SE CONCENTRE SUR MOINS DE JOURS QUE CELLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES, MAIS SUIT UNE ÉVOLUTION SIMILAIRE MARQUÉE PAR UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE JOURS D'EXERCICE ET UNE INTENSIFICATION DE L'ACTIVITÉ 49

4.1. Le nombre de jours d'exercice des médecins spécialistes est de 184 jours en moyenne, en diminution de 5 % depuis 2021 50

4.2. Par ordre décroissant d'importance, le genre, le secteur de conventionnement, l'âge, et l'accessibilité médicale du cabinet principal ont des impacts sur le nombre de jours d'exercice libéral des médecins spécialistes 52

4.3. Comme pour les généralistes, l'activité des spécialistes s'intensifie en moyenne entre 2021 et 2025 56

5. L'ENQUÊTE CONDUITE PAR LA MISSION AUPRÈS DE SEPT SPÉCIALITÉS MONTRE UN DÉCALAGE ENTRE LES PERCEPTIONS DES MÉDECINS ET LES TENDANCES OBSERVÉES MAIS CONFORTE LE CONSTAT D'UNE BAISSE DU TEMPS DE TRAVAIL AU TITRE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE 58

5.1. Les résultats de l'enquête confortent les constats sur les liens entre âge, genre et niveau d'activité libérale 58

5.2. 48 % des médecins spécialistes déclarent vouloir réduire leur temps de travail dans les prochaines années 60

1. Les évolutions démographiques et des modes d'exercice de la médecine libérale renforcent l'enjeu de mesure et d'optimisation du temps médical pour préserver l'accès aux soins

1.1. La démographie des médecins libéraux est marquée par des dynamiques différentes selon les spécialités, la féminisation et le rajeunissement invitant à étudier leur impact sur le temps de travail

1.1.1. L'évolution de la profession médicale a été fortement marquée par le *numerus clausus,* avec des dynamiques différentes selon les spécialités

L'organisation de l'offre de soins repose en France sur une multiplicité d'acteurs et de structures qui conditionnent la capacité du système de santé à répondre aux besoins de la population en termes quantitatifs comme qualitatifs. Dans cette organisation, les professionnels de santé et plus particulièrement les médecins constituent une des pierres angulaires de de l'accès aux soins.

La profession de médecin regroupe plusieurs types d'exercice :

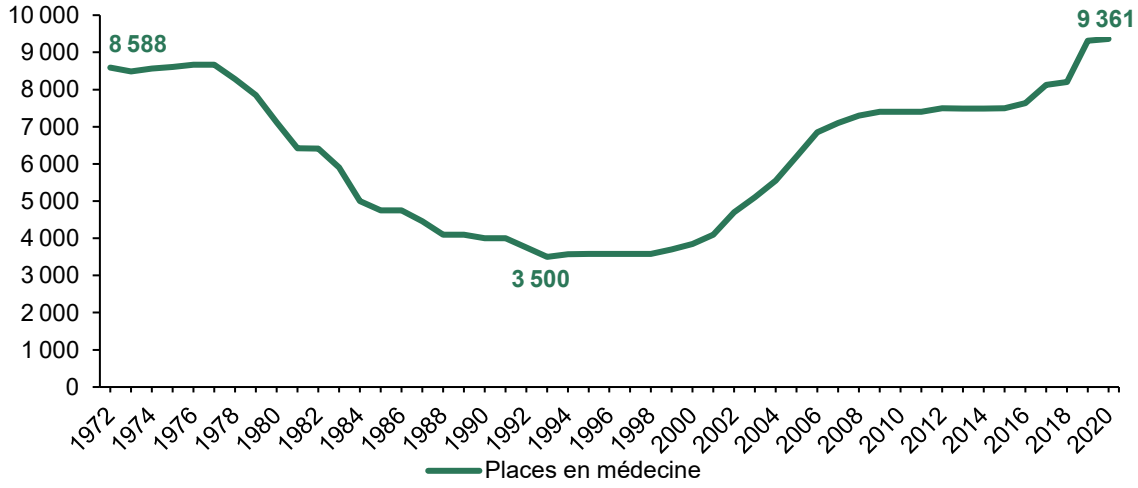
- l'exercice libéral, majoritairement en cabinet mais également dans les établissements de santé privés qui repose sur les principes de liberté d'installation, de rémunération, de choix des patients ;
- l'exercice salarié au sein des établissements de santé publics, qui est réalisé dans le cadre d'un statut réglementaire ;
- l'exercice salarié au sein d'établissement privé, qui est régi par le code du travail et par des conventions collectives spécifiques (en particulier la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951).
- l'exercice mixte entre chacun de ces trois exercices.

La politique de régulation des entrées dans la profession au travers du dispositif du *numerus clausus* mis en place à compter de la loi du 12 juillet 1971 relative à l'organisation des professions médicales et à l'accès aux études médicales a conduit à de fortes tensions sur la disponibilité de l'offre médicale. Comme le soulignait la Cour des comptes, le nombre d'étudiants entrant en formation de médecine a été fixé sans lien avec la réalité des besoins et les évolutions de la démographie médicale mais uniquement dans une logique « de limitations des dépenses de soins et de maintien de revenus importants pour les médecins »[1]. Le nombre de médecins formés a ainsi chuté de 8 700 étudiants en 1971 à 3 500 en 1993. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que les recrutements sont repartis à la hausse sans compenser pour autant la pénurie de médecins du fait notamment de l'augmentation des besoins de la population dans un contexte de vieillissement. Le nombre de places ouvertes est néanmoins aujourd'hui supérieur à celui de 1972.

[1] « *L'accès aux études de santé : quatre ans après la réforme, une simplification indispensable* », Cour des comptes – Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

Annexe III

Graphique 1 : Evolution du nombre de places en médecine entre 1972 et 2020



Source : Rapport annuel d'évaluation des politiques sociales 2025.

La réforme de 2019 met fin au dispositif du *numérus clausus* au profit d'une programmation quinquennale des entrées en formation reposant sur des projections tenant compte de la démographie médicale mais également des besoins de la population (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé). Si elle rouvre plus largement les entrées en formation**, cette réforme dont le premier exercice de programmation a porté sur les années 2021 à 2025, n'a cependant pas encore produit ses effets dès lors que le temps de formation des médecins peut durer jusqu'à 12 ans.**

Toutes les spécialités n'ont par ailleurs pas connu les mêmes évolutions démographiques (cf. tableau 1) :

- les médecins généralistes ont en effet vu leurs effectifs baisser depuis 2012 de 1,4 %, les oto-rhino-laryngologues (ORL) de 2,8 % et les dermatologues de 9,4 % ;
- à l'inverse, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres, les chirurgiens et les pneumologues connaissaient d'importantes progressions (respectivement +24,8 %, 24,1 %, 19,6 %, 18,6 %).

Tableau 1 : Evolution des effectifs médicaux par spécialité de 2012 à 2025

Spécialités	2012	2025	Evolution des effectifs entre 2012 et 2025
Médecine générale	101 435	100 019	-1,4 %
Chirurgie	11 984	14 332	19,6 %
Ophtalmologie	5 760	5 981	3,8 %
Oto-rhino-laryngologie	3 018	2 933	-2,8 %
Anesthésie-Réanimation	10 846	13 536	24,8 %
Biologie médicale	2 846	3 153	10,8 %
Cardiologie	6 582	7 557	14,8 %
Dermatologie	4 086	3 700	-9,4 %
Gastro-entérologie	3 494	3 927	12,4 %
Gynécologie	7 811	7 820	0,1 %
Pédiatrie	7 662	9 512	24,1 %
Pneumologie	2 804	3 326	18,6 %
Psychiatrie et neuropsychiatrie	14 392	15 989	11,1 %
Plateaux techniques	11 176	13 187	18,0 %

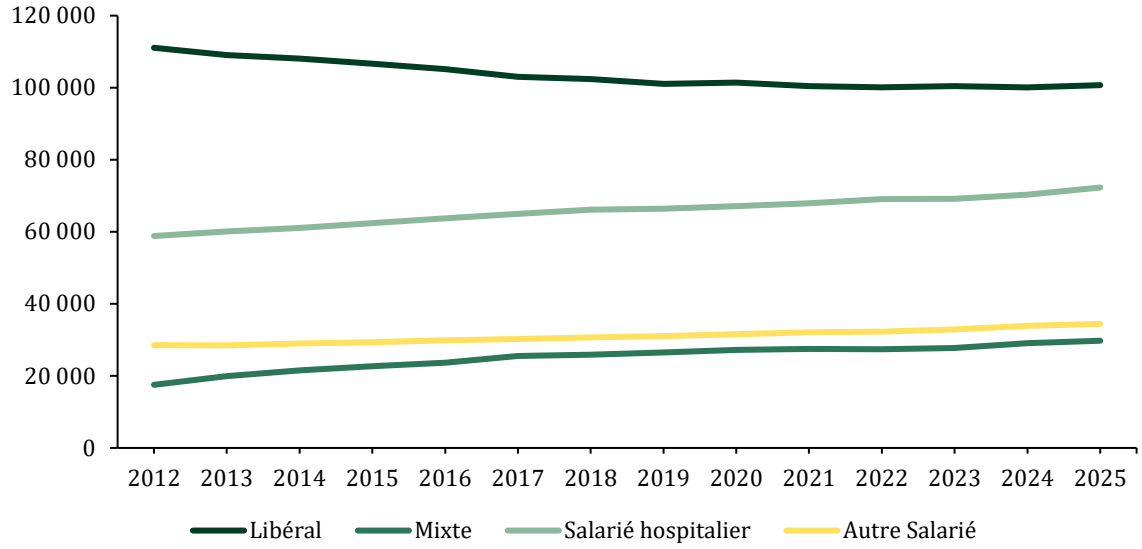
Source : Mission, sur la base des données RPPS traitées par la Drees.

De 2012 à 2025, la densité de médecins par habitant s'est néanmoins améliorée avec une hausse de 4,5 % du nombre de médecins pour 100 000 habitants et s'établit en 2025 à 346 médecins. Cette amélioration, tout comme les assouplissements sur le *numérus clausus* et sa suppression ne compensent cependant pas les inégalités de répartition de la ressource médicale sur le territoire et la capacité de la population d'avoir accès à des soins de façon satisfaisante sur l'ensemble du territoire.

L'accès à certains spécialistes reste difficile dans certaines zones du fait de la faiblesse démographique de certaines spécialités et de la concentration des médecins dans les mêmes territoires, la question de l'installation mais également de l'évolution du temps de travail des médecins étant également des leviers de disponibilité de l'offre médicale.

Les modalités d'exercice des médecins ont évolué avec une baisse tendancielle de l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié.

Graphique 2 : Evolution des types d'exercice entre 2012 et 2025



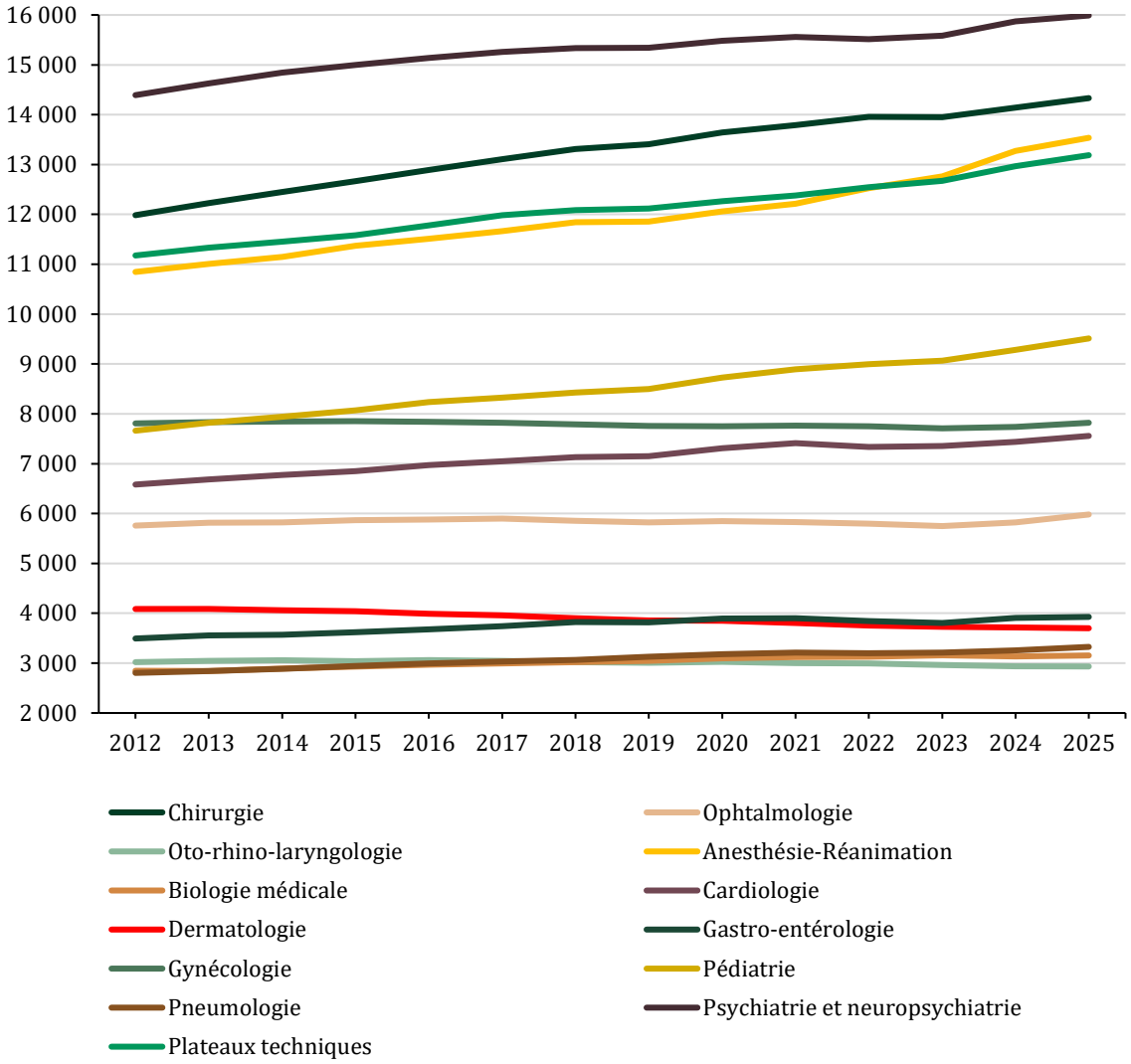
Source : Mission, sur la base des données RPPS traitées par la Drees.

1.1.2. Une démographie moins dynamique dans le secteur libéral, avec des effectifs en baisse de 9,3 % entre 2012 et 2025, avec plus de jeunes et de femmes

Le nombre de médecins libéraux, n'a contrairement au nombre de médecins pris dans leur ensemble, quel que soit leur statut, pas connu de progression entre 2012 et 2025. **Il est en effet passé d'un peu plus de 111 000 en 2017 à 100 000 en 2025 soit une baisse de 9,30 %.**

Cette baisse est particulièrement importante chez les médecins généralistes (cf. graphique 3), qui représentent 53 % des médecins libéraux et dont le nombre a baissé d'un peu moins de 6 000 médecins sur la période, soit une baisse de 11,6 % lorsque les autres spécialistes connaissaient une baisse de leur effectif de 3,8 %.

Graphique 3 : Évolution du nombre de spécialistes libéraux (hors médecins généralistes) de 2012 à 2025

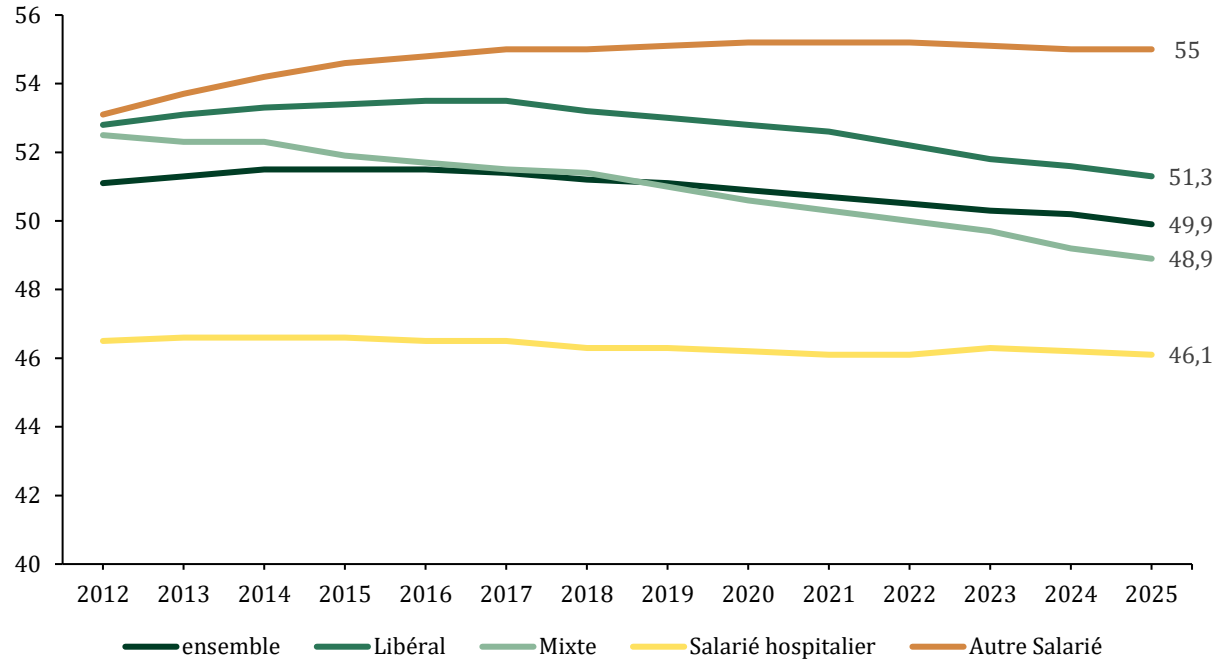


Source : Mission sur la base des données RPPS retraitées par la Drees.

Avec un âge moyen de 51,3 ans, les médecins libéraux sont par ailleurs en moyenne plus âgés que leurs confrères salariés dont l'âge moyen est pour le secteur hospitalier public de 46,1 ans en 2025[2]. Comme pour les autres catégories de médecins (à l'exception des médecins « autres salariés »), l'âge moyen des médecins libéraux est en baisse, avec plus de deux années gagnées en moyenne sur les 13 dernières années (cf. graphique 4).

[2] Source : RPPS retraité par la Drees.

Graphique 4 : Évolution de l'âge moyen des médecins par type d'exercice de 2012 à 2025 (en années)



Source : Mission sur la base des données RPPS retraitées par la Drees.

Malgré ce rajeunissement, la part des plus de 60 ans a continué à progresser chez les médecins libéraux avec une progression de 8 points de pourcentage entre 2010 et 2025, ces médecins représentants aujourd'hui 34 % des médecins libéraux avec néanmoins une différence entre médecins généralistes où ils représentent 32 % et autres spécialistes où ils représentent 35 %[3].

Cette baisse de l'âge moyen s'est accompagnée d'une féminisation de la profession, la part des femmes ayant significativement augmenté chez les médecins, quel que soit leur statut, puisqu'elle est passé de 41,25 % en 2012 à 50,15 % en 2025[4]. Les femmes restent néanmoins sous représentées chez les médecins libéraux en activité où elles représentent 43 % des effectifs en 2024 et encore plus chez les médecins spécialistes hors médecins généralistes où elles représentent 39 % des médecins.

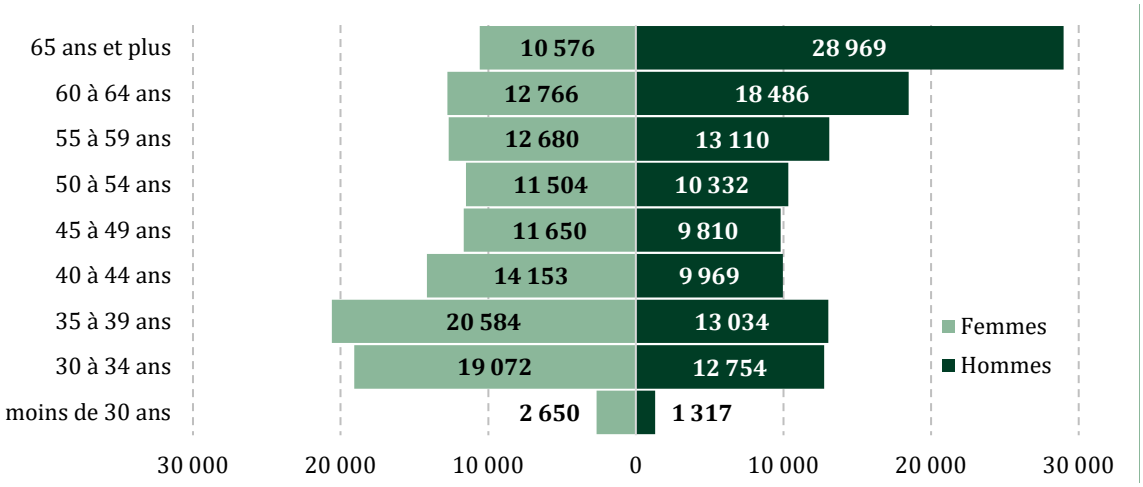
La féminisation progressive et relativement récente de la profession se caractérise par un âge moyen des femmes sensiblement plus bas que celui des hommes. Il était ainsi en 2024 de 48 ans pour les femmes et 55 ans pour les hommes[5]. Compte tenu de la pyramide des âges (cf. graphique 5), les femmes sont appelées à continuer à avoir une part croissante de la profession.

[3] Source : données Cnam.

[4] Source : RPPS retraité par la Drees.

[5] Source : données Cnam.

Graphique 5 : Pyramide des âges des médecins en 2024 (en nombre de médecins)



Source : Rapport annuel d'évaluation des politiques sociales 2025 – données RPPS retraitées par la Drees.

1.2. La rémunération à l'acte établit des liens indissociables entre activité et rémunération mais ne permet pas de décompte du temps de travail

L'activité des médecins libéraux s'inscrit dans le cadre d'une activité indépendante qui ne présente par nature que peu de contraintes normatives : liberté de choix du patient, liberté d'installation du médecin, liberté de fixation des tarifs et du niveau de leur activité par les médecins. Néanmoins, la création de la Sécurité Sociale et la mise en place d'un remboursement des soins ont conduit au développement d'un encadrement financier qui structure aujourd'hui fortement la rémunération et l'activité des médecins libéraux. Cette rémunération repose sur un principe, celui du paiement à l'acte et la fixation des tarifs de chaque acte d'un cadre conventionnel. Pour les médecins libéraux, activité et rémunération sont ainsi intrinsèquement liées même si une rémunération forfaitaire se développe progressivement. C'est au travers du paiement à l'acte que peut être abordée au plan théorique la question du temps médical. Les modalités de fixation de cette rémunération ne permettent cependant pas de tenir réellement compte du temps de travail.

1.2.1. La rémunération à l'acte ne retrace que partiellement la réalité du temps de travail des médecins libéraux

1.2.1.1. Les différents types de rémunération ne produisent pas les mêmes effets en termes de temps de travail

Au plan théorique, trois types de rémunération aux effets différents sur les soins et les comportements des médecins existent[6] :

- le salariat : il ne présente pas d'incitation particulière à un développement de l'activité ou à un accroissement de la productivité individuelle, et peut mener à des durées de consultations potentiellement plus longues que pour les autres modes ; le salariat favorise en revanche la délégation et le partage de tâches avec d'autres professionnels car elle est sans incidence sur la rémunération des médecins, et facilite la mise en place d'actes préventifs ;
- la capitation, soit le paiement au nombre de patients : elle inciterait à une activité et productivité élevées en termes de patients suivis et de prévention. Elle peut néanmoins induire une sélectivité de la patientèle en défaveur de patients aux pathologies les plus complexes et les plus chronophages. Elle incite à la pertinence des actes et des prescriptions (moyenne d'actes par patient moindre car évitement des actes redondants ou superflus dès lors qu'ils font perdre du temps sans modifier la rémunération). Elle est propice aux renvois vers d'autres professionnels de santé ;
- la rémunération à l'acte : elle peut inciter les médecins à augmenter le nombre d'actes, en particulier les mieux tarifés, au détriment de leur pertinence. Elle comporte un risque inflationniste et est moins propice aux renvois vers d'autres professionnels ou à la délégation de tâches dès lors qu'elle peut induire une baisse du nombre d'actes facturés du médecin.

1.2.1.2. Le cadre conventionnel de l'assurance maladie

L'ordonnance de 1945 fixe le principe de tarifs négociés - au niveau départemental alors -entre représentants des médecins et caisses d'assurance maladie. Le décret n° 60-451 du 12 mai 1960 prévoit quant à lui un premier encadrement des dépassements des tarifs.

Ce n'est qu'en 1971 qu'est signée une première convention nationale, dans les suites de la loi n°71-525 du 3 février 1971. Cette loi fixe les règles régissant les rapports entre chacune des professions de santé et les caisses sous formes de conventions nationales passées entre les caisses nationales et les syndicats représentatifs des professions.

La première convention nationale prévoit le principe de l'adhésion obligatoire et automatique des médecins à la convention sauf s'ils en manifestent le refus. Elle maintient le principe des tarifs règlementés pour chacun des actes des médecin ainsi que le principe d'une révision de la nomenclature des actes servant à la fixation de ces tarifs.

A compter de la négociation de la convention de 1980, le système de rémunération des médecins libéraux se complexifie avec l'instauration de deux secteurs conventionnels pour les professionnels de santé libéraux :

- le secteur 1 aux tarifs réglementés au sein duquel les médecins bénéficient davantage sociaux (prise en charge par l'assurance maladie des cotisations maladie et cotisations familiales) et leurs patients d'un plein remboursement ;

[6] Les études empiriques sur ces questions sont nombreuses. Voir : IRDES, Les modes de rémunération des médecins à l'étranger, Bibliographie thématique, Mai 2021

- le secteur 2 qui autorise les dépassements d'honoraires et la fixation libre des tarifs en contrepartie pour les médecins de la perte de leur avantages sociaux et l'absence de remboursement des dépassements par la caisse d'assurance maladie pour leurs patients.

La mise en place du secteur 2 avait pour objectif initial de répondre à une demande de revalorisation croissante des médecins libéraux tout en préservant l'équilibre des comptes de la sécurité sociale en n'affectant pas les remboursements de l'assurance maladie.

Si les conventions suivantes complètent ce système de rémunération avec l'initiation d'une rémunération à la capitation par la création du médecin référent (1998) puis du médecin traitant (2005) et l'introduction de la rémunération à la performance (2011), la rémunération à l'acte demeure aujourd'hui le principe de base de la rémunération des médecins libéraux. Les honoraires[7] représentent en effet en 2024, 76,9 % des dépenses de soins des médecins généralistes et 93,3 % des dépenses de soins des autres spécialistes[8].

1.2.1.3. La tarification des actes

L'activité des médecins libéraux est répartie en deux catégories qu'elle soit réalisée en cabinet médical, en clinique privée ou en centre de soins :

- les actes cliniques, qui relèvent essentiellement de la connaissance et des compétences du médecin. Sont regroupés dans cette catégorie les consultations, les actes de prélèvements, les actes de chimiothérapie anticancéreuse, les actes de pratique thermale.
- les actes techniques, qui s'appuient également sur un recours à du matériel médical et/ou à une technique particulière. Outre les actes techniques médicaux figurent dans cette catégorie les actes d'imagerie, de chirurgie, d'accouchement, d'anatomie et de cytologie pathologique.

Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'assurance maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations (article L.162-1-7 du code la Sécurité Sociale). En pratique, les médecins libéraux se réfèrent à deux nomenclatures pour définir et facturer la nature de leurs actes : les actes cliniques sont ainsi répertoriés et classés dans la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), les actes techniques sont répertoriés au sein de la CCAM (classification commune des actes médicaux).

Le secteur 1 applique les tarifs issus de la convention médicale, sans possibilité de dépassement sauf cas exceptionnels. Ces tarifs diffèrent selon la spécialité du médecin, la nature de la consultation et ou de l'acte pratiqué ainsi que de l'âge du patient.

A titre d'exemple, un médecin généraliste peut pratiquer depuis le 1er janvier 2025 les tarifs suivants pour une consultation :

- 30 € pour une consultation de droit commun ;
- 35 € pour un examen obligatoire de l'enfant de 0 à moins de 6 ans ;
- 60 € pour une consultation longue pour les patients de plus de 80 ans.

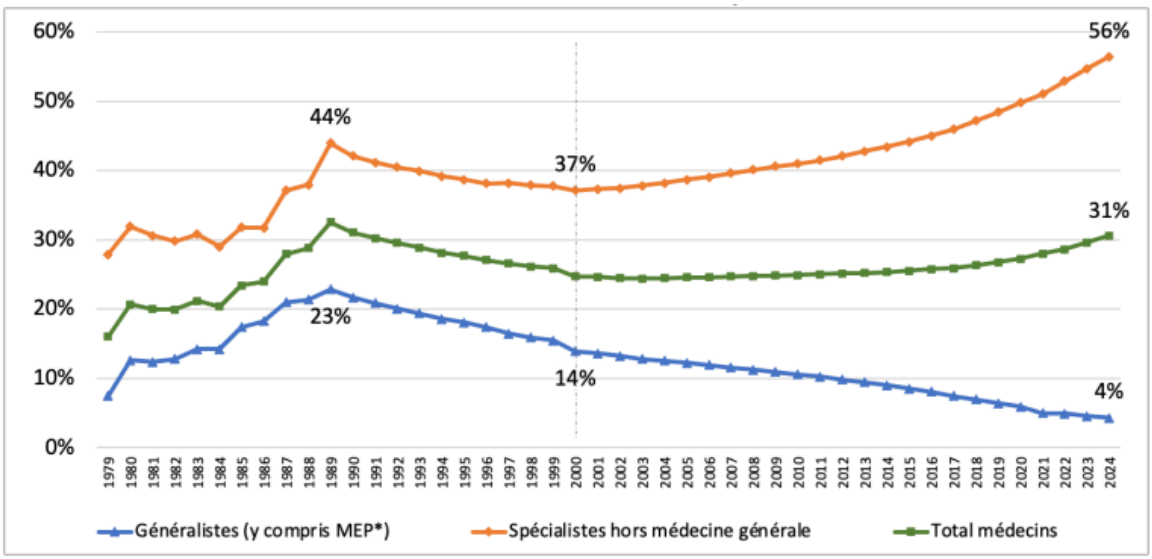
Le secteur 2 est à honoraires libres. Le secteur 2 a pris une importance croissante parmi les médecins spécialistes libéraux autre que les médecins généralistes (cf. graphique 6). C'est la raison pour laquelle son accès a été restreint en 1989 afin de mettre fin aux passages toujours plus nombreux des médecins vers ce secteur.

[7] Définis ici comme la rémunération des consultations, des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

[8] Drees, Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025.

Réservé aux anciens « chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux », il concernait au début des années 90 un petit nombre de médecins par rapport à l'ensemble des spécialistes qui s'installaient en exercice libéral. L'ouverture progressive de la liste des fonctions lors des négociations conventionnelles et la généralisation du post-doctorat ont cependant conduit à un relâchement important de la sélectivité du secteur 2 même s'il reste restreint pour les médecins généralistes, les nouveaux arrivants ne détenant pas les titres nécessaires pour y accéder. Ils ne sont donc que 4 % en secteur 2. En revanche, plus de la moitié des autres spécialistes sont désormais en secteur 2 (56 %)[9].

Graphique 6 : Proportion de médecins libéraux exerçant en secteur 2 de 1979 à 2024



Source : Eco-santé de 1979 à 1999 (France métropolitaine), Cnam de 2000 à 2024 (périmètre France entière)
* MEP = mode d'exercice particulier

Source : Issu du rapport HCCAM les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux – octobre 2025.

A partir de 2005, une politique de régulation des dépassements a, par conséquent, été mise en place alors que jusqu'à cette date les négociations - tout comme le code de déontologie des médecins - ne fixaient comme orientation que de dépasser avec « tact et mesure » les tarifs conventionnels. Cette régulation a pris la forme d'une différenciation des tarifs conventionnels entre secteur 1 et secteur 2 qui a conduit à une moindre prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des actes conventionnés pour les patients du secteur 2.

Certaines revalorisations tarifaires ont ainsi été réservées au seul secteur 1. Des interdictions de dépassement ont également été mise en place en particulier pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et pour la prise en charge des urgences. Cette régulation n'a néanmoins pas mis fin à la progression du taux de dépassement. Avec une progression constante, le taux de dépassement moyen des spécialistes est ainsi passé de 23 % en 1985 (hors médecine générale) à 56 % en 2011[10].

En 2012, de nouvelles orientations ont été adoptées avec la mise en place d'un premier mécanisme de plafonnement des honoraires du secteur 2, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les médecins qui souscrivaient, volontairement, à ce contrat s'engageaient pour 3 ans à ne pas augmenter leurs tarifs, à stabiliser leur taux de dépassement et la part de leurs actes réalisée à tarif opposable. En contrepartie, l'assurance maladie s'engageait à aligner leurs tarifs de remboursement sur ceux des médecins exerçant en secteur 1.

[9] Source : données Cnam 2024

[10] Rapport HCCAM les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux – octobre 2025.

La convention de 2016 a remplacé le CAS par un nouvel outil : « l'option pratique tarifaire maîtrisée » (Optam), - Optam-co pour la chirurgie-obstétrique. Ce contrat annuel et reconductible signé entre la Cnam et les médecins conventionnés exerçant en secteur 2 a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires et de permettre aux assurés d'être mieux remboursés. L'atteinte des objectifs du contrat ouvre droit au versement d'une prime par la Cnam.

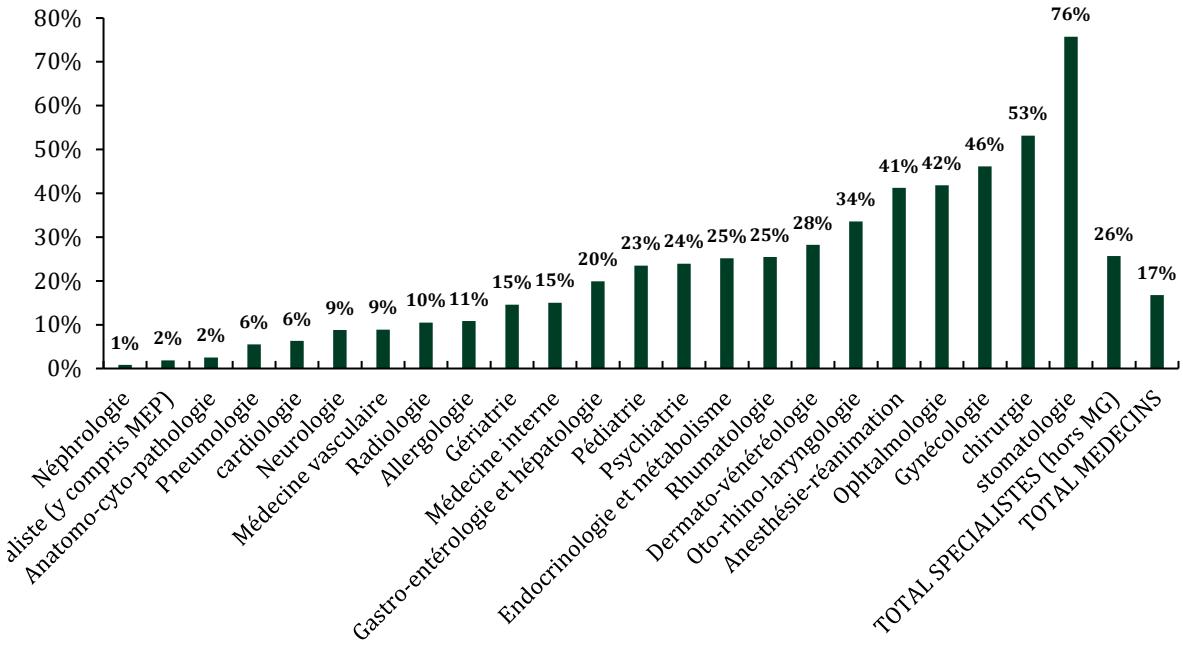
En juin 2024, 54 % des médecins éligibles (un peu plus de 30 000 éligibles) étaient adhérents à l'Optam[11]. La proportion augmente régulièrement depuis 2017, où elle était de 47 %.

En 2023, le taux moyen de dépassement, pour l'ensemble des médecins éligibles et pour l'ensemble de leurs actes, s'élevait à 47,3 %.

Cette moyenne masque cependant deux situations distinctes : 43 % des actes réalisés par les médecins éligibles le sont aux tarifs opposables (donc avec 0 % de dépassement), mais, pour les actes sur lesquels sont appliqués des dépassements, le taux de dépassement moyen est de 87 %[12].

Les dépassements d'honoraires représentent ainsi plus du tiers des honoraires totaux de certains spécialistes (cf. graphique 7). C'est le cas en 2023 pour les anesthésistes, les chirurgiens, les dermatologues, les gynécologues – obstétriciens, les ophtalmologues, les psychiatres, les stomatologues.

Graphique 7 : Taux de dépassement par spécialité en 2023



Source : Données Cnam, traitement mission. Note de lecture : Taux de dépassement = somme de l'ensemble des dépassements/ somme des honoraires sans dépassement.

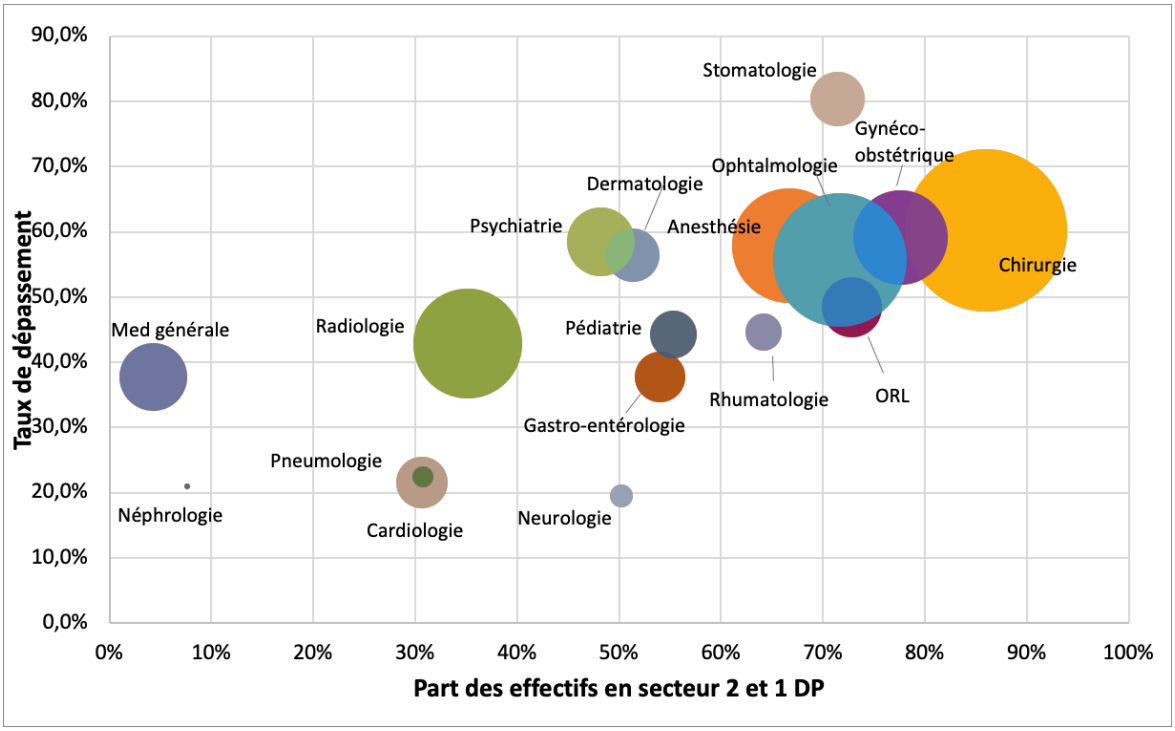
[11] Source Cnam.

[12] Rapport HCCAM, Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux, octobre 2025.

Comme le soulignait le rapport du HCAAM d'octobre 2025 concernant les dépassements d'honoraires, la hiérarchie des revenus entre spécialités est peu corrélée au niveau de dépassement. Certaines professions telles que les radiologues bénéficient davantage des tarifs conventionnels plus élevés que du dépassement. A l'inverse, la proportion des dépassements dans les revenus peut être significative pour des spécialités dont les revenus sont en moyenne plus faibles tels que les psychiatres ou les pédiatres.

Ce même rapport établissait par ailleurs un lien entre taux de dépassement et proportion des spécialistes en secteur 2 (cf. graphique 7) : « *Les spécialités pour lesquelles la part du secteur 2 est importante sont aussi des spécialités dont les taux de dépassement sont plutôt élevés. Ainsi, les pneumologues, cardiologues et neurologues sont majoritairement en secteur 1, et lorsqu'ils sont en secteur 2, ils pratiquent des dépassements à hauteur de 20 % environ. A l'inverse, la part du secteur 2 est élevée pour les chirurgiens (85 %) ou les gynécologues et obstétriciens (75 %), et les taux de dépassement également* ».

Graphique 8 : Répartition des spécialités en fonction de la part des effectifs en secteur 2 et du taux de dépassement en 2024



Source : Rapport HCCAM, les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux – octobre 2025
Guide de lecture : chaque spécialité est positionnée en fonction de la proportion de praticiens exerçant en secteur 2 ou 1 DP (en abscisse) et du taux moyen de dépassement pratiqué (en ordonnée). La taille des bulles est proportionnelle au montant total des dépassements, qui dépend également des effectifs globaux de la spécialité.

1.2.1.4. Les limites du mode de facturation actuel au regard de la prise en compte du temps de travail

La proportion entre actes techniques et actes cliniques varient de façon significative entre les spécialités, ce qui induit également des différences importantes en termes de montant et structuration des honoraires. Pour les médecins généralistes, les consultations et visites représentent en 2024 70 % de la consommation de soins alors que les actes techniques représentent la moitié (51 %) des soins courants des médecins spécialistes[13].

[13] Drees, Les dépenses de santé en 2024 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2025.

Parmi ces derniers, les situations sont néanmoins très hétérogènes (cf. tableau 2). Trois groupes peuvent ainsi être distingués :

- les spécialités ne nécessitant pas ou peu d'actes techniques pour lesquelles la rémunération des médecins libéraux va majoritairement reposer sur les consultations et les visites. Figurent notamment dans cette catégorie, les médecins généralistes mais également les pédiatres, les psychiatres ainsi que les gériatres ;
- les spécialités pour lesquelles les actes techniques sont partie intégrante de l'exercice médical et pour lesquels ils sont donc fréquents lors des consultations : anesthésistes, allergologues, cardiologues, pneumologues ;
- les spécialités qui nécessitent l'utilisation d'un plateau technique, dont la tarification des actes tient compte en intégrant le coût induit par les équipements dont doivent se doter les médecins libéraux. Entrent en particulier dans cette catégorie les ophtalmologues.

Tableau 2 : répartition entre actes cliniques et actes techniques selon les spécialités en 2024

Spécialité médicale	Part d'actes cliniques	Part d'actes techniques
Ophtalmologues[14]	10 %	80 %
Pneumologues	23 %	77 %
Cardiologues	29 %	71 %
Allergologues	35 %	65 %
Anesthésistes- réanimateurs	35 %	65 %
Neurologues	39 %	61 %
Oto-rhino-laryngologistes	39 %	61 %
Stomatologues[15]	39 %	51 %
Gynécologues	52 %	48 %
Gastroentérologues	56 %	44 %
Rhumatologues	56 %	44 %
Chirurgiens	66 %	34 %
Dermatologues	74 %	26 %
Gériatres	76 %	24 %
Pédiatres	86 %	14 %
Endocrinologues	96 %	4 %
Psychiatres	98 %	2 %

Source : Mission sur la base des zooms sur les professions de santé libérales de la Cnam.

La classification des actes et leur valorisation ont donc des conséquences différentes selon les spécialités compte tenu de leurs effets différents sur le montant de revenus des médecins.

Le montant de la consultation est ainsi au cœur des négociations conventionnelles dès lors qu'il est la première source de revenus des médecins généralistes qui constitue également la spécialité la plus nombreuses. La CCAM est un objet de négociation pour les professions qui tirent principalement leurs revenus d'actes techniques. Les actes techniques de la CCAM se répartissent en plusieurs grandes catégories :

- les actes d'imagerie : ils comprennent les techniques de la radiologie, de l'échographie, de la scanographie, de l'IRM, de la mammographie et de la scintigraphie ;
- les actes techniques médicaux : ensemble des actes (hors imagerie et anatomo-cyto-pathologie) visant à établir le diagnostic du patient ou à effectuer un traitement médical non chirurgical ;
- les actes de chirurgie ;

[14] Les 10 % d'actes restants sont indiqués comme étant réalisés par des salariés, 95 % de ces actes étant réalisés par des orthoptistes.

[15] Les 10 % d'actes restants sont des actes dentaires.

- les actes d'accouchement ;
- les actes d'anatomie et cytologie pathologique (ACP) : actes visant à étudier la composition microscopique des cellules et organes afin d'aider au diagnostic.

Lors de la mise en place de la CCAM, qui a remplacé la NGAP pour les actes techniques (nomenclature générale des actes professionnels) à compter de 2005 pour les professionnels de santé libéraux, le principe retenu pour évaluer le montant de chaque acte conventionné était de compenser le montant des ressources mobilisés par le médecin pour la réalisation de cet acte soit :

- les charges de cabinet : personnel, cotisations sociales, locaux mais aussi matériels, le coût étant évalué pour une même spécialité ;
- le travail médical en attribuant à chaque acte un nombre de points fonctions de la durée pour l'effectuer, de la compétence technique requise et du stress qu'il soulève[16].

L'objectif affiché par l'assurance maladie était en effet « *d'élaborer une nomenclature neutre, qui ne présente pas de distorsions tarifaires et donc ne génère pas d'incitation financière à pratiquer tel acte plutôt que tel autre. […] Le fondement de la CCAM est de mettre au point une hiérarchisation « objective » des actes, au sens où elle retrace aussi fidèlement que possible, le travail médical, et le coût de la pratique, induits par la réalisation d'un acte donné*. »[17].

De fait les travaux de construction de cette nouvelle nomenclature ont pris plusieurs années et réunis plusieurs centaines d'experts afin de mettre à plat l'ensemble des actes médicaux et d'identifier le rôle de chaque professionnel de santé pour chaque acte.

Néanmoins, l'acte final de mise en place de cette nouvelle nomenclature reste le cadre conventionnel de l'assurance maladie, soit la négociation du montant en euros de chaque acte tel qu'il a été hiérarchisé à l'issue des travaux d'expertise. Au sein de cette négociation, la valeur du point correspondant au temps médical est un élément de sensibilité important pour les organisations syndicales représentatives.

Les négociations conventionnelles ont pu donner lieu à des revalorisations ciblée de certains actes, sans que la classification ne soit modifiée. La dernière négociation conventionnelle ayant abouti à la convention médicale 2024-2029 ciblait par exemple les actes de chirurgie.

Ces revalorisations, partielles et progressives, et le caractère négocié du coût des actes et non la révision d'une nomenclature qui comprend plus de 13 000 actes alors que les technologies et les pratiques évoluent, peuvent éloigner par conséquent la rémunération à l'acte de la réalité des pratiques médicales et du temps réellement passé sur chaque acte.

Des distorsions peuvent également en découler, l'exemple le plus topique étant celui du traitement de la cataracte dont la tarification n'a pas évolué depuis 2005 alors que le temps pour réaliser l'intervention s'est très significativement réduit.

A l'inverse, certains médecins libéraux, comme ils ont pu en faire part à la mission lors de ses entretiens, estiment que cette tarification ne retrace pas la réalité de certaines de leurs charges quand le temps passé est important et qu'ils n'ont par conséquent comme option que de pratiquer une politique de dépassement des tarifs conventionnés pour les couvrir.

[16] F. Hengsen, V. Paris, B. Pierrard, A. Vergeau (2002) Charges professionnelles des médecins libéraux – étude préparatoire à la tarification des actes médicaux, CREDES, Questions d'économie de la santé n°34 bis.

[17] Communiqué du conseil de la UNCAM du 11 novembre 2004.

La rémunération des praticiens n'étant pas au cœur de ses travaux, la mission n'a pas poussé ses investigations sur la question de la valorisation des actes médicaux. Néanmoins, alors qu'est annoncée une révision de la nomenclature de la CCAM et de la hiérarchisation de ses actes, il lui semble que la question du temps de travail effectif devrait être davantage objectivée dans le cadre de cette nomenclature et que devrait être mis en place des mécanismes de mise à jour régulier de cette composante, en dehors du champ de la négociation conventionnelle.

Proposition : Lancer une mission sur la rémunération des médecins en ville, au regard notamment de la révision de la nomenclature de la CCAM et des évolutions du temps de travail.

1.2.2. La rémunération forfaitaire

Une part minoritaire du revenu libéral des médecins consiste en des rémunérations forfaitaires qui n'ont pas de lien direct avec le temps de travail mais permettent de valoriser des enjeux de santé publique et d'inciter les médecins au développement de certaines pratiques. Les rémunérations forfaitaires bénéficient principalement aux généralistes pour lesquels elles représentaient en 2022 16 % de leurs honoraires, contre 1 % pour les spécialistes[18].

Le forfait médecin traitant

La convention médicale 2024 a créé un forfait médecin traitant unique qui renforce le rôle des médecins traitants et l'engagement dans une démarche de prévention. Il se substitue à compter du 1er janvier 2026 au forfait patientèle du médecin traitant (FPMT) qui bénéficiait aux médecins traitants en secteur 1 (à 99 % aux médecins généralistes dans les faits) et était fonction du nombre de patients suivis comme médecin traitant et de leurs pathologies. Il se substitue également à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), laquelle rémunérait les médecins en fonction de l'atteinte d'objectifs d'amélioration de la santé publique tels que l'arrêt du tabac ou le suivi de l'hypertension artérielle.

Dans le cadre du nouveau forfait médecin traitant, le médecin bénéficie d'une rémunération annuelle pour chacun de ses patients, individualisée selon la complexité du suivi de celui-ci, le montant par patient pouvant atteindre jusqu'à 100 €. Le respect effectif du parcours de prévention préconisé par la Haute Autorité de santé (vaccination, dépistage, suivi des patients atteints de pathologies chroniques) est valorisé par un forfait de 5 € par indicateur validé par patient (par exemple : vaccinations contre la grippe, le Covid ou le papillomavirus HPV, dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus ou colorectal, suivi bucco-dentaire, visites obligatoires pour l'enfant, …).

Les médecins installés en zone dite « sous-dense », c'est-à-dire définie par les agences régionales de santé (ARS) comme zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou au sein d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), bénéficient d'une majoration annuelle de 10 % de la partie socle de leur FMT. De même, les médecins âgés de 67 ans et plus bénéficient d'une majoration de 10 %, quelle que soit leur zone d'exercice.

La dotation numérique (Donum)

Elle remplace à compter du 1er janvier 2026 le forfait structure en application de la convention médicale de 2024. Le forfait structure était une aide destinée à l'amélioration de l'organisation du cabinet comprenant notamment les outils numériques. Les indicateurs sur lesquels s'appuient la Donum sont présentés à l'annexe V.

La valorisation de missions spécifiques

[18] Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale – juillet 2022.

Plusieurs dispositifs sont mis en place dans le cadre notamment de la dernière convention médicale afin d'inciter les médecins à s'impliquer dans des missions supplémentaires d'intérêt général.

En particulier, un forfait de participation à la prise en charge des soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) est déployé à partir du 1er janvier 2026. Ce forfait de 1 000 € par an s'ajoute à la rémunération perçue dans le cadre de la participation au SAS.

De même, la coopération avec les infirmiers en pratique avancée (IPA) ou encore l'accompagnement des étudiants, notamment en ZIP, sont favorisés. Le tableau ci-dessous décrit succinctement chacun de ces dispositifs.

Tableau 3 : Dispositifs de valorisation des missions spécifiques

Mission	Médecin	Éligibilité	Montant
Prise en charge patientèle bénéficiaire de l'aide médicale de l'État (AME)	Généraliste	Rapport entre le nombre d'actes réalisés pour la patientèle AME et le total du nombre d'actes supérieur à 2 %	500 €/an
Orientation de patients vers un infirmier en pratique avancé (IPA) pour assurer leur suivi	Médecin traitant généraliste, médecin autre spécialité	Au moins 10 patients Au moins 35 patients Au moins 100 patients	100 €/an 400 €/an 1 000 €/an
Participation au service d'accès aux soins (SAS)	Toutes les spécialités	Exercer dans un département où le SAS est opérationnel S'inscrire sur la plateforme nationale SAS Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS	1 000 €/an
Exercer la fonction de maître de stage	Toutes les spécialités	Cabinet installé en ZIP Cabinet installé hors ZIP	800 €/an 500 €/an

Source : Cnam.

1.2.1. Des rémunérations qui varient significativement en fonction des spécialités

En moyenne, le revenu annuel moyen d'activité des médecins libéraux s'élevait en 2021 à 124 000 euros. Ce revenu d'activité se compose pour 8 % d'une rémunération salariale et, pour 92 % d'une activité libérale[19].

Dans un contexte de hausse significative des taux de dépassement des médecins du secteur 2, l'évolution de la rémunération des médecins libéraux est restée modérée en euros constants entre 2017 et 2021 avec des augmentations qui peuvent être plus importantes pour les médecins exerçant en secteur 1 qu'en secteur 2 (cf. tableau 4). Pour les généralistes, la progression est ainsi de 0,6 % et pour les autres spécialistes de 1,1 %. Le secteur 1 connait cependant une évolution de 2,2 % quand elle est de -0,5 % pour le secteur 2 (hors omnipraticiens). Ces constats sont à mettre en regard des évolutions d'activité (cf. parties 3.4 et 4.3).

[19] C. Dixte, C. Loussouarn, Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation, Drees, Etudes et résultats, n°1322, décembre 2024.

Les évolutions sont par ailleurs très différentes pour certaines spécialités : entre 2017 et 2021, les oncologues médicaux se distinguent en particulier avec une croissance annuelle moyenne de leur revenu libéral en euros constants de 8,2 % lorsque les rhumatologues ont vu leur revenu libéral diminuer de -2,7 % par an en moyenne.

Tableau 4 : Evolution en euros constants du revenu libéral des médecins libéraux entre 2017 et 2021

Par spécialistes et par regroupement de spécialistes		Taux de croissance annuel moyen du revenu libéral 2017-2021 en euros constants (%)		
		Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
	Médecins généralistes	0,6	0,3	1,8
Spécialités médicales (hors médecine générale)		0,4	0,8	-0,5
Dont	*Anesthésistes-réanimateurs*	*-2,4*	*-1,2*	*-4,4*
	Cardiologues	*-0,3*	*-0,1*	*-1,1*
	Dermatologues	*0,4*	*0,4*	*0,4*
	Gastro-entérologues	*0,6*	*1,7*	*-1,1*
	Oncologues médicaux	*8,2*	*7,4*	*10,5*
	Pédiatres	*0,6*	*1,0*	*-0,6*
	Pneumologues	*-0,1*	*0,3*	*-0,6*
	Psychiatres et neuropsychiatres	*0,7*	*1,0*	*0,1*
	Rhumatologues	*-2,7*	*-2,8*	*-2,4*
	Autres spécialistes	*0,4*	*0,6*	*0,3*
Spécialités médico-chirurgicales1		0,7	0,9	-0,4
Dont	*Gynécologues-obstétriciens*	*0,9*	*1,1*	*-0,5*
	Ophtalmologistes	*0,2*	*0,2*	*-0,9*
	Oto-rhino-laryngologistes	*0,1*	*-0,1*	*-0,1*
Spécialités chirurgicales		-0,4	0,9	-1,4
Spécialités de plateau médico-technique		2,0	3,2	-2,3
Dont	*Anatomo-cyto-pathologistes*	*0,4*	*2,2*	*-6,3*
	Médecins nucléaires	*2,2*	*3,4*	*-2,2*
	Radiologues	*2,9*	*3,4*	*-4,7*
	Radiothérapeutes	*-0,2*	*-0,3*	*-1,8*
Ensemble des médecins libéraux	**hors spécialité des omnipraticiens**	**1,0**	**2,2**	**-0,5**
	y compris spécialité des omnipraticiens	**1,1**	**0,9**	**0,5**

Source : C. Dixte, C. Loussouarn, Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté d'installation, Drees, Etudes et résultats, n°1322, décembre 2024.

1.3. Un enjeu de préservation et d'efficacité du temps médical pour faciliter l'accès aux soins

1.3.1. Les principaux enjeux du temps de travail des médecins libéraux

Dans un contexte de tension sur la démographie médicale à moyen terme dans l'attente des pleins effets de la fin du *numérus clausus*, la question du temps de travail des médecins libéraux est un des leviers pour agir sur la ressource médicale avec un triple enjeu.

1.3.1.1. Un enjeu de santé publique

Avec le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques est en augmentation constante et le nombre de patients présentant des polypathologies nécessite des prises en charge de plus en plus complexes, plus chronophages pour les praticiens et nécessitant davantage de coordination entre professionnels de santé.

16 % de la population française sera ainsi âgée de 75 ans et plus d'ici 2052 (ils représentent 9 % de la population aujourd'hui). 21 % de cette même population cumule aujourd'hui au moins trois pathologies chroniques[20].

La qualité des soins primaires est donc un enjeu non seulement de court terme du fait des tensions sur la ressource médicale mais également de moyen terme, la prise en charge de ces patients complexes nécessitant non seulement suffisamment de professionnels de santé formés sur l'ensemble du territoire mais également d'une organisation des soins structurée dans une logique de prévention et de coordination de compétences diverses.

L'accès à un médecin généraliste ou plus encore à un médecin spécialiste ne présente pas le même degré de facilité selon les territoires compte tenu de l'inégale répartition des médecins sur le territoire. Alors que le nombre de médecins pour 1 000 habitants est en France égal à celui de la moyenne des pays de l'OCDE avec 3,9 médecins pour 1 000 habitants, le degré de satisfaction des Français quant à la disponibilité de soins de qualité est inférieur à la moyenne OCDE (60 % alors que la moyenne OCDE est à 64 %) de même que la part des Français qui déclarent des besoins non satisfaits (4,1 % pour une moyenne OCDE de 3,4 %)[21].

L'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire n'est pas une spécificité française et est partagée par d'autres pays. L'accès aux services de santé est en effet plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, notamment éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées. Les inégalités d'accès aux soins s'accroissent néanmoins avec la baisse du nombre de médecins généralistes qui a été significative ces dernières années (cf.1.1.2). En 2023, l'accessibilité moyenne aux médecins généralistes est ainsi de 3,3 consultations, visites et téléconsultations par habitant en France. L'accessibilité moyenne des 10 % des habitants des zones les moins dotées en médecins généralistes est cependant de 1,4 consultation, visite et téléconsultation par habitant quand elle est de 5,6 consultations pour les 10 % des habitants des zones les mieux dotées, soit 4,1 fois plus[22].

Ces inégalités ne sont néanmoins pas sans effet en termes de santé publique dès lors qu'inégalités territoriales et inégalités sociales se renforcent. Ce sont donc d'abord les plus modestes qui sont les plus pénalisés car le renoncement aux soins y est le plus important (vivre sous le seuil de pauvreté multiplie par 1,6 le risque de renoncer aux soins) et parce que les démarches de prévention sont d'autant plus fréquentes que le niveau social est élevé[23]. C'est pourtant dans la partie de la population la plus modeste que certains facteurs de risques sanitaires sont les plus élevés tels que la consommation de tabac ou encore l'obésité. Entre 2016 et 2017, les 10 % de Français les plus modestes déclaraient ainsi 2,8 fois plus de diabète, 2,2 fois de maladie du foie ou du pancréas et 1,4 fois de problèmes cardiovasculaires que les 10 % de Français les plus favorisés[24].

---

[20] Drees, L'état de santé de la population en France, septembre 2022.

[21] Panorama de la santé 2025, OCDE, novembre 2025.

[22] Données Drees sur l'accessibilité potentielle localisée (APL).

[23] Drees, L'état de santé de la population en France, sept 2022.

[24] S. Allain, Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie, Drees, Etudes et résultats, n°1243, 6 octobre 2022.

L'évolution du temps de travail des médecins s'inscrit dans ce cadre avec une perspective de disponibilité médicale sur certains territoires mais surtout d'allongement des durées de consultations et d'augmentation du temps de coordination avec les autres professionnels de santé, tendances qui ont d'ores et déjà débuté selon plusieurs des interlocuteurs rencontrés par la mission.

1.3.1.2. Un enjeu pour les patients et leur accès aux soins

L'OCDE a conduit une enquête intitulée PaRIS, qui est fondée sur les déclarations des patients de plus de 45 ans souffrant de maladies chroniques (107 000 patients suivis dans plus de 1 800 structures de soins primaires situées dans 19 pays)[25]. Cette étude avait pour objectif d'apprécier la qualité du système de santé au regard du bien être des patients et non pas sur la base des seuls résultats cliniques.

L'enquête démontre que trois facteurs doivent être pris en compte du point de vue du patient :

- le temps : les patients apprécient tout particulièrement de bénéficier de délais d'attente plus courts et de passer plus de temps avec leur prestataire de soins primaires. Les résultats montrent également que la continuité des relations avec les professionnels de santé est importante pour les patients. Ceux qui entretiennent une relation de longue date avec leur médecin traitant font part d'une plus grande satisfaction vis à vis de la qualité des soins. Plus le temps alloué aux consultations régulières ou de suivi est long (plus de 15 minutes), meilleures sont les chances selon les sondés (+21 %) de recevoir des soins de qualité pour les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques ;
- la personnalisation des soins : les soins sont mieux adaptés aux besoins des malades lorsque les professionnels de santé fournissent des explications claires et des instructions écrites permettant aux patients de se prendre en charge à la maison. Les individus sont nettement plus confiants dans leur capacité à gérer leur santé lorsque les médecins les impliquent, les niveaux de confiance les plus élevés étant en France et aux Pays-Bas ;
- la fluidité et la sécurité des soins : la confiance des patients diminue dès lors qu'un obstacle se produit dans leur parcours de soins tel que le fait de ne pas obtenir de rendez-vous en temps voulu ou d'observer des problèmes de communication entre les professionnels de santé.

L'enquête montre par ailleurs que dans les pays où les professionnels de santé sont plus nombreux, les résultats moyens déclarés par les patients en termes de santé physique et mentale et de bien-être sont supérieurs.

[25] OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ?* - Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients.

Appliqué au cas de la France cette étude démontre un niveau de satisfaction plutôt élevé pour les patients, étant entendu que sont examinés les soins de premier recours qui concernent essentiellement les médecins généralistes. Les trois quarts des patients de 45 ans ou plus (77 %) consultent ainsi habituellement un seul et même médecin généraliste pour la plupart de leurs problèmes de santé. Plus rares sont ceux qui consultent un seul médecin spécialiste (2 %) ou un autre professionnel de santé (5 %). L'enquête fait état d'une bonne satisfaction quant aux délais de consultation : près de la moitié des consultations faites avec un médecin généraliste ont eu lieu entre deux et sept jours après la prise de rendez-vous. Pour 28 % des patients, la dernière consultation s'est déroulée le jour-même de la prise de rendez-vous ou le lendemain. Dans 26 % des cas, le délai a été supérieur à une semaine. 87 % des patients considèrent que le délai d'attente pour leur consultation n'a pas été un problème. La quasi-totalité des patients (95 %) trouvent que le médecin a passé assez de temps avec eux lors de leur dernière consultation, lorsqu'elle s'est faite avec un médecin généraliste.[26]

Ces tendances sont confirmées par l'étude produite par la fondation Jean Jaurès sur la base des données de consultation de Doctolib sur la période 2023-2025 relatives aux rendez-vous honorés[27]. Celle-ci démontre que s'agissant de l'accès aux médecins généralistes, le délai est de 3 jours en moyenne pour obtenir un rendez-vous et 39 % des rendez-vous sont obtenus en moins de 48 heures. Tel n'est pas en revanche le cas pour les autres spécialités étudiées (cardiologues, dermatologues, ophtalmologues, gynécologues et psychiatres) pour lesquels la part des rendez-vous au-delà de 7 jours oscille entre 70 % et 82 %. Néanmoins, seules la cardiologie et la dermatologie ont des délais moyens de prise de rendez-vous au-delà de trois semaines.

Ces différentes études démontrent que la question de la disponibilité des médecins, et l'une de ses variables, le temps de travail, sont sans impacts avérés sur l'accès aux soins primaires, la question se soulevant davantage s'agissant des autres spécialités que la médecine générale pour lesquelles il existe un enjeu de disponibilité médicale.

1.3.1.3. Un enjeu de conciliation avec de nouvelles aspirations pour les médecins

La prise en compte de la charge de travail et de la capacité à articuler temps de travail et vie personnelle ont pris une incidence croissante chez les médecins, à l'instar des comportements du reste de la population.

Le conseil national de l'ordre des médecins a ainsi réalisé en 2019 une enquête[28] auprès d'un échantillon de médecins installés, internes ou remplaçants. Elle met en lumière que la proximité familiale est le critère le plus souvent cité comme un critère de choix pour s'installer à égalité avec la présence de services publics (61 % et 62 % respectivement).

Le critère le plus déterminant est néanmoins la question du temps de travail : 82 % des internes et 87 % des remplaçants considèrent la question des horaires et du rythme de travail comme « tout à fait » ou « plutôt » déterminante ; parmi les médecins installés, ce choix était déterminant pour les moins de 40 ans quand il ne l'était pas pour les plus de 55 ans.

De la même façon l'exercice à proximité d'autres professionnels est un critère déterminant pour les internes et pour les plus jeunes générations qui ne souhaiteraient plus exercer seul, notamment parce que la présence de confrères permet de mieux concilier leur exercice avec leur vie professionnelle.

---

[26] Les patients de 45 ans ou plus sont globalement satisfaits de leur prise en charge en médecine générale, Denis Geleyn, avec la participation de Coralie Francou, Les Dossiers de la Drees N° 129, mars 2025.

[27] Cartes de France 2026 de l'accès aux soins.

[28] Etude sur l'installation des jeunes médecins, Commission des jeunes médecins, Ordre national des médecins, 2019.

La volonté des médecins de mieux pouvoir articuler vie professionnelle et vie personnelle, légitime en soi, peut toutefois entrer en tension avec Les besoins et attentes des patients dès lors qu'elle peut conduire à une baisse de la disponibilité médicale. Compte tenu des aspirations des plus jeunes générations, cette tendance doit par conséquent être mieux prise en compte dans l'évaluation des besoins en médecins et les projections relatives à la démographie médicale.

1.3.2. Des modalités d'exercice de plus en plus collectives qui facilitent en théorie la préservation et l'efficience du temps médical mais qui sont encore à évaluer

1.3.2.1. L'exercice mixte et le remplacement sont en croissance

Les modalités d'exercice des médecins libéraux retracent ces nouvelles orientations. **Les médecins libéraux ont ainsi une pratique qui tend de plus en plus vers un exercice mixte entre activité libérale en cabinet et exercice en établissement** : 11 % des médecins libéraux avaient ainsi en 2024 une activité à l'hôpital, essentiellement dans les hôpitaux privés lucratifs alors qu'ils n'étaient que 7,2 % à avoir ce type d'activité en 2012[29]. Cette proportion peut néanmoins varier sensiblement selon les spécialités. Les médecins généralistes conventionnés sont ainsi à 93 % en exercice libéral exclusif en cabinet alors que les cardiologues ne sont en exercice libéral exclusif qu'à 71 %.

Les deux évolutions majeures dans les modalités d'exercice des médecins libéraux concernent néanmoins la pratique en cabinet.

D'une part, les médecins libéraux recourent de plus en plus fréquemment à un regroupement avec d'autres professionnels de santé plutôt qu'à exercice en cabinet seul. La part de médecins libéraux ayant recours à cette dernière pratique est en effet passé de 36 % à 2 % en l'espace de 13 années. La pratique en cabinet de groupes est quant à elle devenue majoritaire en 2024 avec 51 % des médecins libéraux y aillant recours en 2024 (46 % en 2012).

Comme l'ont souligné la plupart des médecins libéraux rencontrés par la mission, les regroupements entre professionnels de santé et plus particulièrement entre médecins sont en effet un des leviers de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle car ils permettent de mutualiser des assistants et secrétaires médicaux mais aussi parce qu'ils facilitent la prise de jours en dehors du cabinet qu'il s'agisse d'une activité à temps partiel ou de congés.

Le panel de médecins généralistes de la Drees (cf. 2.1.1) confirme cette tendance : l'exercice pluriprofessionnel est associé à un volume horaire réduit dédié aux activités libérales et à l'inverse, à un temps accru pour les activités secondaires : 22 % de l'ensemble des médecins ont une activité secondaire et y consacrent 8,9 heures en moyenne tandis qu'ils sont 28 % parmi ceux qui exercent en groupe pluriprofessionnel et jusqu'à 36 % pour ceux qui sont en maisons de santé[30].

[29] RPPS retraitée par la Drees.

[30] Myriam Biais, Matthieu Cassou et Carine Franc (2022), Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe, Drees, Etudes et résultats n°229.

La seconde tendance sur cette même période est le développement du statut de remplaçant, qui comprend en 2024 11,5 % des médecins libéraux en activité quand ils n'en représentaient que 6,5 % en 2012[31]. Elle traduit là aussi, selon les propos de plusieurs des médecins rencontrés par la mission, une volonté de pouvoir mieux gérer son temps sans assumer les contraintes liées au fonctionnement d'un cabinet libéral mais aussi la volonté de prendre le temps d'évaluer le mode de fonctionnement d'un cabinet libéral

Par ailleurs, la densité de médecins en exercice libéral exclusif a diminué entre 2012 et 2024 pour passer de 170 médecins pour 100 000 habitants à 147.

1.3.2.2. Le développement de l'exercice coordonné ne s'est pas accompagné d'une évaluation de son impact sur le temps de travail des médecins

Le contexte de tensions sur la démographie médicale et l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire ont conduit le ministère de la santé à impulser une politique de déploiement d'un exercice coordonné entre professionnels de santé pour les soins de premier recours. Le développement des coopérations entre professionnels de santé libéraux est un objectif central des politiques de réorganisation de l'offre de soins depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)de 2009[32].

L'objectif de cette politique, renforcé avec « Ma santé 2022 » est de permettre un développement de l'offre de soins dans les zones sous-dotées et de favoriser la qualité de la prise en charge des patients par une plus grande coordination des professionnels de santé. Deux types de structures permettent cet exercice : les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) favorisent quant à elle non pas un exercice collectif mais une plus grande coordination des professionnels de santé au profit de parcours de soins mieux structurés.

Si ces structures facilitent une plus grande coordination dans l'organisation des soins et répondent ainsi à leur objectif premier, la question de l'évolution des pratiques et son incidence sur le temps de travail des médecins n'a pas à ce stade fait l'objet d'évaluation. Les quelques études existantes montrent des effets incertains quant à la libération de temps médical.

<u>Les centres de santé (CDS)</u>

Les compétences des centres de santé sont fixées par les articles L.6323-1 à L.6323- 1-15 du code de la santé publique (CSP).

Les centres de santé permettent, dans un cadre salarié, un exercice monoprofessionnel ou pluriprofessionnel. Les CDS dispensent « *des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins* »[33]. Ils peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif.

[31] RPPS retraitée par la Drees, effectifs de la catégorie « Remplaçants, activité non renseignée ».

[32] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[33] Art L. 6323-1 du CSP.

Entre 2018 et 2023, le nombre de centre de santé a connu une augmentation de 60 %. C'est néanmoins essentiellement par le développement de centre de santé dentaires que cette croissance s'est produite, cette forme de CDS étant la plus importante, y compris s'agissant des CDS polyvalents au sein desquels la composante dentaire est présente. La mission IGAS ayant travaillé sur les centres de santé a ainsi estimé qu'en 2022, près de 40 % des centres pluriprofessionnels dispensaient des soins dentaires (38,2 %) et un peu moins d'un quart dispensaient des soins ophtalmologiques (23,7 %)[34].

Tableau 5 : Les centres de santé en 2023

Nature des centres de santé (CDS)	Nombre de CDS
CDS médicaux	341
CDS dentaires	1 266
CDS infirmiers	450
CDS polyvalents	888

Source : Observatoire national des centres de santé (ATIH e-CDS 2023).

En 2023, 5 851 médecins généralistes et 4 749 médecins d'autres spécialités y exerçaient, sans que cette activité ne soit nécessairement exclusive.

Si l'objectif d'enrichissement de l'offre de soins de premier recours est atteint, les CDS exerçant, comme le soulignait le rapport de l'IGAS, dans des zones sous-denses et plus fréquemment à destination des publics défavorisés, le mode d'organisation du travail, dans la quasi-totalité des centres de santé reste semblable à celui mis en place dans les cabinets libéraux : un système de rendez-vous pris en charge par un secrétariat ou un assistant avec une tarification à l'acte sans que ne se développe nécessairement une prise en charge collective des patients.

D'après le rapport de l'IGAS, les niveaux d'activité entre médecins exerçant au sein des centres de santé et médecins n'y exerçant pas différaient en 2022 :

- en 2022, le ratio médian de file active de médecin généraliste par équivalent temps plein (ETP) annuel pour les centres de santé s'établissait à 1 481 patients alors que chez les médecins généralistes libéraux elle était de 1 556 la même année ;
- le nombre médian d'actes cliniques de médecine générale rapporté aux ETP annuels de médecins généralistes (MG) employés dans les CDS était de 3 396 par ETP/MG ; par ailleurs, le nombre médian d'actes cliniques était de 4 614 pour les médecins généralistes libéraux en activité, soit un écart de 36 %.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Les MSP sont des personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens exerçant dans un cadre libéral. Ces professionnels assurent des activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et « *peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* »[35]. Les projets de santé des MSP doivent être en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation des soins arrêtés par les agences régionales de santé.

Pour permettre aux maisons de santé de pouvoir bénéficier de subventions de l'assurance maladie et de les reverser à leurs membres en toute sécurité juridique et fiscale, un statut juridique a été mis en place avec la création d'un type de société ad hoc : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

[34] IGAS (mars 2024), *Evaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels*, rapport n°2023-034R.

[35] Art L..6323-3 du CSP.

L'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (ACI), signé en juillet 2015 permet en effet aux maisons de santé (mais aussi aux centres de santé) de bénéficier de financements de l'assurance maladie. Versés sous forme de rémunération forfaitaire de la structure, le montant de la rémunération est modulé en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, notamment les amplitudes horaires, la qualité et la coordination des soins notamment pour l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour des patients ayant des pathologies particulières, ainsi que la mise à disposition d'un système d'information (SI) partagé.

Une étude de 2015 a notamment démontré l'impact sur la qualité des pratiques de l'exercice pluriprofessionnel[36] en matière de suivi des patients diabétiques, vaccination ou encore efficience des prescriptions.

Le panel de médecins généralistes suivi par la Drees montre que cette tendance est avérée avec une plus forte propension à prendre en charge des soins non programmés (61 % contre 45 % des médecins en groupe mono-disciplinaire et 48 % des groupes pluriprofessionnels hors MSP[37]). Néanmoins, si l'objectif de qualité est avéré il conduit aussi à des comportements moins souples pour les médecins exerçant en MSP.

Des études démontrent en effet les difficultés liées à la mise en place de ces structures qui remettent en cause les pratiques de professionnels libéraux habitués à travailler, du fait notamment du paiement à l'acte, de manière individuelle et dans une logique de silo, voire de concurrence. L'équilibre au sein des MSP et la mise en place d'un comportement coopératif doivent donc être travaillés avec des temps importants de coordination et d'animation afin de ne pas verser dans une logique hiérarchique qui nuit au principe même de la pratique pluriprofessionnelle et alors que le rôle du médecin, en sa qualité de prescripteur, reste central[38].

La coopération se construit suivant des modalités variables allant d'une densification des échanges quotidiens à la formalisation de réunions régulières, l'usage de logiciels partagés, ou encore la construction de protocoles de soins. Les financements par la voie des ACI facilitent cette structuration.

Compte tenu des temps de coordination qu'il nécessite, le lien entre exercice dans une structure pluriprofessionnelle et libération de temps médical n'est pas univoque et n'a pas été évalué en tant que tel. Néanmoins, les médecins sont au sein des MSP dans un nouveau rôle, qualifié dans la littérature académique de « *ressource collective* » [39], mobilisables pour une population de patients potentiellement partagée. Ce partage des patients permet théoriquement dans ce cadre un nouveau rapport au temps de travail pour les médecins qui y trouvent une capacité de régulation de leur temps de travail tout en garantissant la disponibilité de l'offre de soins pour leurs patients même en leur absence.

La relation au patient est également profondément modifiée avec l'absence de relation exclusive entre un médecin et son patient pour une organisation collective

---

[36] J. Mousquès et F. Daniel, (2015), L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), Irdes, questions d'économie de la santé n°211.

[37] Myriam Biais, Matthieu Cassou et Carine Franc, Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients, Drees, Etudes et résultats n°1301, mai 2024.

[38] Cécile Fournier, L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, *in* Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), juin 2022.

[39] Guillaume Fernander, Françoise Le Borgne-Uguen, Florian Pedrot, Les relations aux patients dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Des reconfigurations entre autonomisation, coordination et cadrage in Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques, Irdes, juin 2022.

L'amélioration de la qualité des soins, tout comme la plus grande maitrise de leur temps de travail ont également un effet positif sur l'attractivité médicale. Les médecins des MSP sont ainsi plus jeunes et plus souvent des femmes.

En outre, les territoires avec des maisons de santé connaissent une meilleure évolution de l'offre de soins et sont plus attractifs auprès des jeunes généralistes : les zones sous-dotées avec des maisons de santé connaissent ainsi une meilleure évolution de leur densité de médecins généralistes libéraux que celles sans maison de santé[40].

Cette attractivité s'exerce au premier chef auprès des médecins généralistes de moins de 45 ans. Sachant la faible mobilité des médecins généralistes une fois installés, les MSP sont par conséquent structurantes pour l'évolution de l'offre de soins sur un même territoire.

Les communautés professionnelles territoriales de santé

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par l'article 65 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, puis la stratégie nationale de santé de 2022 a promu leur généralisation sur l'ensemble du territoire. C'est avec l'ordonnance du 12 mai 2021 que le régime juridique des CPTS en vigueur aujourd'hui a été définitivement posé en prévoyant une constitution systématique sous forme d'association.

Les CPTS présentent une double particularité : elles sont d'abord issues de l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes. Leur périmètre est par conséquent très variable allant du département à un bassin de vie. De plus, elles regroupent des professionnels de tout statut : professionnels de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; professionnels des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux et sociaux.

Leur constitution, outre l'intérêt en termes de coordination, est qu'elles peuvent bénéficier de financement de l'État et de l'assurance maladie pour la mise en place d'actions dans le cadre de conventions avec l'ARS et la CPAM. Celle-ci repose sur un projet de santé élaboré par la CPTS pour se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiés. Le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS.

Pour bénéficier de ces financements, les CPTS doivent au minimum remplir les missions suivantes :

- l'amélioration de l'accès aux soins ;
- l'organisation de parcours de soins ;
- développer des politiques territoriales de prévention ;
- être en capacité de répondre aux crises sanitaires.

En 2024, 530 CPTS sur les 738 CPTS crées bénéficiaient de ce dispositif selon la fédération nationale des CPTS.

Le récent développement des CPTS n'a pas encore permis de bénéficier d'une évaluation de leurs effets, notamment s'agissant du temps de travail des médecins. Les entretiens conduits par la mission n'ont pas permis de conclure dans le sens d'une libération de temps médical., Si les médecins libéraux rencontrés par la mission ont souligné la pertinence de la construction de parcours de soins et l'intérêt de la coordination au sein d'une CPTS, ils ont également évoqué un surcroit de travail lié à leur participation à une communauté plutôt qu'un gain de temps.

[40] Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?,, Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 247, Mars 2020.

Les premières évaluations menées auprès des médecins généralistes dans le cadre du panel généralistes de la Drees accréditent l'idée d'un surcroit de temps de travail du à la participation à une CPTS. En effet, l'exploitation de données recueillies en 2019 auprès de médecins généralistes a mis en évidence un effet sur la durée déclarée du travail (+ 2,26 heures de travail hebdomadaire) toutes choses égales par ailleurs pour les médecins engagés dans une CPTS ou une équipe de soins primaires[41]. Les effets ne sont toutefois pas significatifs concernant le temps d'activité libérale, le temps lié aux activités secondaires, le volume de congés pris par les praticiens ou la durée moyenne de consultation[42].

1.3.3. Les délégations de compétences et partages des tâches constituent une source potentielle non évaluée de gain de temps médical

Les délégations de compétences entre professionnels de santé se développent depuis la loi HPST de 2009 afin de répondre au double enjeu du déséquilibre de l'offre de soins et de la modification des modes de prise en charge des patients liés au vieillissement de la population mais également au développement de nouvelles technologies telles que la téléconsultation.

Le développement des délégations de tâches s'inscrit dans le cadre particulier du monopole médical selon lequel seul le médecin détient une compétence générale de diagnostiquer et traiter, les compétences des autres professionnels de santé ne découlant que d'une dérogation à ce monopole. Les délégations de compétences ont dans cette perspective vocation à décloisonner les pratiques et remettre en cause la logique de silos professionnels.

Trois modalités de délégations de compétences ont été encadrées par le code de la santé publique. La délégation peut s'effectuer :

- « *sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment* » ;
- « "*uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci* » ;
- « *en vertu d'un rôle propre* » explicitement énoncé dans le décret de compétence de la profession concernée.

<u>Les protocoles de coopérations</u>

Créés pas la loi HPST, l'article L.4011-1 du code de la santé publique prévoit les principes s'agissant de la coopération entre professionnels de santé : « *les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.* »

[41] Dispositif défini l'article L. 1411-11-1 du CSP, consistant à la réunion d'un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, qui choisissent d'assurer des soins de premier recours de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé ; elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

[42] Myriam Biais, Matthieu Cassou et Carine Franc (2022), Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe, Drees, Etudes et résultats n°229.

Le cadre juridique de ces protocoles a été rénové par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 afin de rendre leur mise en œuvre plus opérationnelle en distinguant deux types de procédures :

- les "protocoles nationaux" (article L. 4011-3 du code de la santé publique) à déployer sur l'ensemble du territoire et auxquels peuvent adhérer les professionnels de santé volontaires et dont les dispositions sont validées par la Haute autorité de santé (HAS). Au nombre de 58 en 2025, ils répondent à des priorités de santé publique et donnent lieu pour leur mise en place à des appels à manifestation d'intérêt auxquels peuvent répondre les équipes de professionnels ;
- des "protocoles locaux " (article L. 4011-4 du code de la santé publique), laissés à l'initiative des professionnels de santé et intégrés au cadre général d'expérimentations à dimension régionale instaurées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qui concerne leurs conditions d'instruction, d'autorisation et d'évaluation. D'abord réservés aux établissements de santé et aux groupements hospitaliers de territoire (GHT), ils ont été étendus au secteur médico-social et aux structures coordonnées.

Comme le souligne le rapport de l'IGAS de 2021, « *Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé* »[43], les protocoles de coopération visaient notamment un objectif de gain de temps médical, d'amélioration de la qualité des soins et de développement de nouvelles formes de répartition des actes.

L'enquête conduite auprès des ARS dans le cadre de ce rapport fait ainsi état de quelques gains en matière de temps médical. L'ARS Grand-Est a ainsi déployé une enquête auprès des professionnels de santé pour quatre protocoles de coopération dont deux concernant les infirmiers dont les répercussions en matière de temps de travail sont retracées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Gains de temps médical dans le cadre de protocoles de coopération en Grand Est

Dispositif évalué	Gain de temps médical
Protocole de coopération entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale formés à l'échographie exerçant au moins 50 % de leur temps de travail dans ce domaine	A titre d'exemple, une vacation de 4 heures permet la réalisation d'environ 24 examens contre 18, s'ils sont effectués par le médecin seul.
Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un IDE expert en plaies et cicatrisation	Oui, de 30 min par consultation en moyenne (=> 30X25 = 12h30)
ASALEE	Oui même si cela n'est pas objectivé à ce jour par l'équipe de soins
Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans et 16-50 ans	Oui, car les patients sont vus en l'absence du médecin

Source : Rapport IGAS Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé.

[43] IGAS, novembre 2021, Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, rapport n°2021-051R.

Les infirmières de pratique avancée (IPA)

Le régime de la pratique avancée est encadré par le CSP (art R.4301-1 à R.4301-8) qui prévoit que « *l'infirmier exerçant en pratique avancée est compétent pour conduire un entretien avec le patient, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique* » et qu'il peut :

- conduire des activités d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ;
- effectuer certains actes techniques inscrits sur des listes pré établies ;
- prescrire certains médicaments, dispositifs médicaux ou examens et renouveler des prescriptions dans le cadre de listes préétablies.

Les médecins constituent le premier groupe professionnel avec lequel les IPA travaillent. Leur activité, tant du point de vue de son intensité que de la définition de celle-ci, dépend en effet largement du travail opéré en amont par les médecins.

La création du statut d'IPA et son développement ont néanmoins été reçus de façon contrastée par les médecins. Au sein de la profession médicale, l'arrivée de ces professionnels a pu être appréciée compte tenu des avantages liés à leur intégration dans l'organisation des soins en matière de libération de temps médical. Néanmoins, des réticences marquées se sont aussi exprimées par les médecins conduisant parfois à des refus explicites.

Les premières années d'exercice des IPA ont été caractérisées par un bilan très mitigé retracé par l'IGAS dans son rapport précité, qui relevait notamment l'inadaptation du modèle économique libéral au plein exercice comme IPA, la difficulté d'accès à la formation, et le manque d'autonomie des IPA sans accès direct[44].

La loi du 27 juin 2025 a redéfini l'exercice infirmier en ouvrant la possibilité de prescriptions ce qui permet d'envisager une délégation plus efficiente de séquences standardisées (suivi, surveillance, prévention), tout en réservant au médecin les situations d'incertitude diagnostique et de décision thérapeutique complexes.

Ces nouvelles orientations vont dans le sens du renforcement du temps soignant mobilisable en soins primaires. Il n'en reste pas moins vrai que comme le soulignait le rapport de l'IGAS sur les trajectoires des professionnels de santé, la capacité à libérer du temps médical dépend largement de l'effectivité du lien entre médecin traitant et IPA et de leur capacité à construire une pratique qui s'éloigne de la prise en charge en silos habituelle. Cette exigence est plus aisément satisfaite dans les structures regroupées (maisons de santé, centres de santé), où la coordination constitue une mission structurante et peut être tracée ; elle est en revanche plus difficile à organiser dans des configurations territoriales dispersées (CPTS), où l'éloignement géographique et l'hétérogénéité des équipements compliquent le partage d'information.

La coopération avec les infirmières

Asalée (Action de santé libérale en équipe) est un dispositif de coopération médecins–infirmiers, créé en 2004, visant à faciliter la prise en charge des patients chroniques par délégation de séquences standardisées (prévention, éducation thérapeutique, suivi protocolisé) à des infirmiers dédiés, formés et appuyés par une organisation nationale. L'IGAS dans un rapport de mai 2025[45] décrit Asalée comme une structure nationale de taille intermédiaire, quasi intégralement financée par des fonds publics, comptant environ 2 000 salariés (les infirmiers en particulier) et disposant d'un budget de plus de 100 M€.

[44] Vincent Schlegel (2023), Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire francilien, rapports de l'Irdes, n°588.

[45] IGAS – Contrôle de la gestion et du déploiement du dispositif Asalée, mai 2025, n°2024-043R.

Nonobstant des difficultés de gestion de la structure soulignée par le rapport de l'IGAS, le dispositif Asalée a démontré au fil des années une plus-value dans la gestion des patients mais également du temps médical.

S'appuyant sur des protocoles de coopération visant à améliorer la qualité des prises en charge en soins primaires des patients souffrant de pathologies chroniques (diabète de type 2, broncho-pneumopathie chronique obstructive, risque cardiovasculaire, troubles cognitifs), à travers une offre d'éducation thérapeutique, voire de prévention primaire et secondaire. Le dispositif a aussi pour objectif de sauvegarder du temps médical par le biais d'une délégation dérogatoire d'actes des médecins vers les infirmières (électrocardiogramme, spirométrie, prescription d'examens biologiques, examens du pied diabétique et tests de mémoire). Sa mise en œuvre demande néanmoins du temps et dépend fortement de la qualité de la relation entre le médecin et l'infirmière Asalée[46].

Les médecins généralistes bénéficiant du dispositif déclarent néanmoins, quand les protocoles et les relations sont stabilisés, diminuer leur nombre de jours travaillés. L'étude conduite par l'IRDES[47]en 2019 estime ainsi que le nombre de patients en file active et le nombre de patients inscrits comme médecins traitants est plus élevé chez les médecins généralistes ayant recours aux infirmières Asalée que chez les autres médecins généralistes (+58,5 patients en file active et +30,5 patients pour les médecins traitants) alors que dans le même temps le nombre de consultations et visites à domicile des médecins recourant à Asalée est resté inchangé. Cet effet est d'autant plus fort que les médecins exercent en zone de sous densité médicale et que la relation entre le médecin et l'infirmière est longue.

Les assistants médicaux

Lancé en 2019, le dispositif d'aide à l'emploi des assistants médicaux_permet aux médecins libéraux éligibles de bénéficier d'une aide conventionnelle de l'assurance maladie pour financer tout ou partie du salaire d'un assistant médical, dont l'activité est reconnue à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique. En facilitant l'emploi d'un assistant médical, il vise à décharger les médecins de certaines tâches administratives (accueil du patient, création et gestion de dossier, recueil des informations administratives…) ou médico-administratives (prise de constantes, habillage du patient, prises d'informations médicales, aide à la réalisation d'actes techniques, etc.) et à accroître leur capacité de prise en charge. Le dispositif est ouvert aux médecins généralistes et aux médecins de certaines spécialités sous conditions d'éligibilité tenant notamment au secteur de conventionnement et au niveau de patientèle[48].

[46] Afrite, A., Franc, C. et Mousques, J. (2019). "Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes." Irdes Questions d'économie de la santé.

[47] Loussouarn, C., Franc, C., Videau, Y., et al. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Document de travail Irdes.

[48] Tous les médecins libéraux dès lors qu'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2 avec adhésion à l'Optam ou Optam-CO, quelle que soit leur spécialité à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, anatomo-cytopathologistes et médecins nucléaires (site de l'assurance maladie).

Le recours à un assistant médical au sein d'un cabinet n'a fait l'objet d'aucune évaluation en matière d'optimisation ou de gain de temps médical. Toutefois, la Cnam a évalué en 2024 l'impact du dispositif sur l'évolution de l'activité des médecins généralistes bénéficiaires et leur capacité de prise en charge[49]. L'évaluation conclut à un effet positif du dispositif sur l'activité après 48 mois :

- les médecins bénéficiaires enregistrent une hausse moyenne de leur patientèle médecin traitant de 19,5 %, contre 6,6 % pour les généralistes non signataires comparables ;
- la file active des médecins bénéficiaires augmente de 4,5 % alors qu'elle diminue de 5,3 % chez les non-bénéficiaires ;
- le nombre d'actes par jour travaillé des médecins bénéficiaires augmente de 2 actes par jour, contre +0,1 acte par jour chez les non bénéficiaires.

2. Les enquêtes déclaratives, qui constituent les seules sources pour approcher directement le temps de travail des médecins libéraux, montrent que celui-ci diminue depuis 20 ans, avec une convergence progressive du temps de travail entre médecins hommes et femmes

2.1. Le panel des médecins généralistes de la Drees montre une diminution de 10 % du temps de travail des médecins généralistes libéraux entre 2011 et 2022

2.1.1. Le panel des médecins généralistes est une enquête conduite par la Drees qui interroge à fréquence régulière un échantillon de médecins généralistes libéraux sur leur activité

Le panel de médecins généralistes libéraux (le panel généralistes) est un dispositif d'enquête de la statistique publique qui a pour objectif d'interroger des médecins généralistes libéraux sur leurs pratiques et leurs conditions d'exercice. Ce dispositif se donne trois objectifs principaux :

- observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail des médecins généralistes ;
- observer les pratiques de prise en charge en médecine générale et leurs déterminants ;
- répondre aux attentes des acteurs régionaux relatives à l'exercice de la médecine générale au sein de leur région.

Une édition du panel consiste en une succession d'enquêtes, appelées « vagues », qui interrogent les mêmes médecins au sein d'une édition afin de recueillir sur une base déclarative diverses informations relatives à l'organisation et au temps de travail des médecins. Les différentes vagues d'enquête au sein d'une même édition font l'objet d'une trame harmonisée au niveau national, et peuvent être complétées par des trames régionales élaborées par les acteurs régionaux impliqués dans le dispositif. La collecte de données auprès des médecins est réalisée à distance, principalement par téléphone pour les panels 2 et 3 et principalement par internet pour les panels 4 et 5.

[49] Points de repères n° 55, *Le dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux,* Cnam, 2024.

Début 2026, cinq éditions du panel ont été menées, dont trois à portée nationale (cf. tableau 7), avec une taille d'échantillon en augmentation entre les différentes éditions. Une cinquième édition a été mise en place à l'automne 2025, dont la première enquête est en cours et les premiers résultats devraient être publiés au second semestre 2026, sur un périmètre similaire à celui du panel 4.

Elle est menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en partenariat avec les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les agences régionales de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire ainsi que l'union régionale de professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux de la région Pays-de-la-Loire.

Tableau 7 : Caractéristiques des éditions du panel généraliste

Nom	Période	Taille de l'échantillon	Périmètre
Panel Paca	2002-2007	600 médecins	Médecins généralistes libéraux
Panel 1 / panel Cinq régions	2007-2009	1901 médecins	Médecins généralistes de cinq régions partenaires (Paca, Pays de Loire, Bourgogne, Bretagne et Basse-Normandie)
Panel 2	2010-2012	2200 médecins dont 1250 pour l'échantillon national	Médecins généralistes hors médecins ayant un mode d'exercice particulier exclusif et médecins ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an
Panel 3	2014-2017	3000 médecins dont 1600 pour l'échantillon national	Médecins généralistes ayant au moins une activité libérale
Panel 4	2018-2022	3304 médecins	Médecins généralistes tirant tout ou partie de leurs revenus d'une activité libérale, installés au 1er janvier 2018, n'exerçant pas un mode d'exercice particulier (MEP) exclusif et ayant au moins 200 patients « médecin traitant » au 1er janvier 2018.

Source : Mission, à partir du site internet de la Drees.

Les enquêtes de panel abordent directement la question du temps de travail des médecins au travers de plusieurs volets. La dernière édition interroge notamment les médecins sur :

- **la durée du travail réalisé au titre d'une semaine ordinaire**[50], toutes activités professionnelles comprises, et le nombre de demi-journées sur lequel il se répartit ;
- **l'allocation du temps de travail** réalisé dans le cadre de l'activité libérale des médecins, et sa répartition entre temps clinique (consultations et visites des patients) et temps non clinique (tâches administratives, coordination, recherche d'information…) ;
- **la durée moyenne d'une consultation** (en physique et en téléconsultation), le temps passé en visites et le nombre de gardes effectuées ;
- **le volume de congés**.

Les autres volets des enquêtes permettent de réunir des informations sur les conditions d'exercice des médecins interrogés, afin notamment d'examiner leur lien avec les caractéristiques socio-démographiques et le temps de travail déclaré par les praticiens.

[50] Définie comme c'est-à-dire une semaine complète sans congés, ponts, jours fériés, arrêt maladie, et hors participation à des colloques ou à des formations.

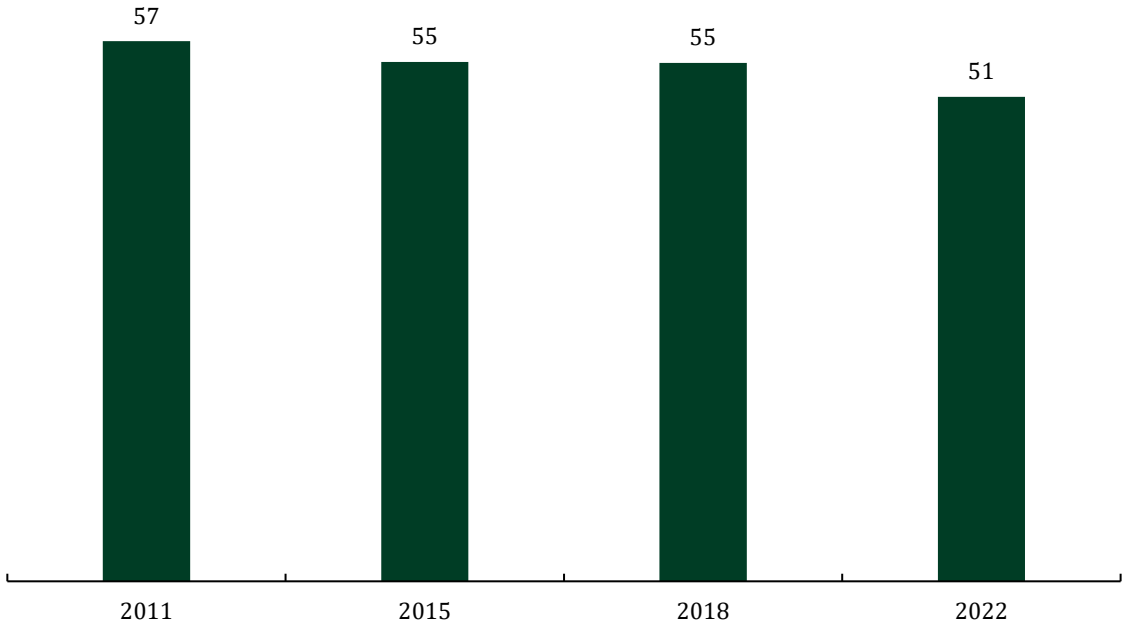
Pour des raisons de comparabilité des échantillons seuls les résultats des panels intégrant un échantillon national ont été pris en compte par la mission dans les analyses ci-dessous, soit les éditions 2, 3 et 4 du panel. La mission a intégré lorsque c'était possible les derniers résultats disponibles de la sixième vague du panel 4 (2022), qui comportait un volet sur le temps de travail post-crise sanitaire. Dans le calendrier qui lui était imparti, la mission n'a toutefois pu réaliser une analyse exhaustive des corrélations avec les modes et conditions d'exercice sur la base des données de temps de travail recueillies en 2022, et s'est fondée pour cette analyse sur les résultats publiés à partir de la première vague du panel 4 (données de 2018).

2.1.2. Les trois dernières éditions du panel montrent une diminution de 10 % de la durée de travail hebdomadaire des médecins généralistes, une augmentation du volume de congés et une stabilité de la durée de consultation

Sur la période 2011-2022, la durée de travail hebdomadaire déclarée par les médecins interrogés dans le cadre du panel généralistes a diminué de 10 %, de 57 h par semaine en 2012 à 51 h par semaine en 2022 (cf. graphique 8) :

- la durée de travail hebdomadaire déclarée a diminué de 2 h entre 2011 et 2015, de 57 h à 55 h ;
- la durée de travail hebdomadaire déclarée est restée stable entre 2015 et 2018, autour de 55 h ;
- la durée de travail hebdomadaire déclarée a diminué de 4 h entre 2018 et 2022, de 55 h à 51 h.

Graphique 9 : Évolution de la durée de travail hebdomadaire déclarée par les médecins généralistes entre 2012 et 2022 (en heures par semaine)



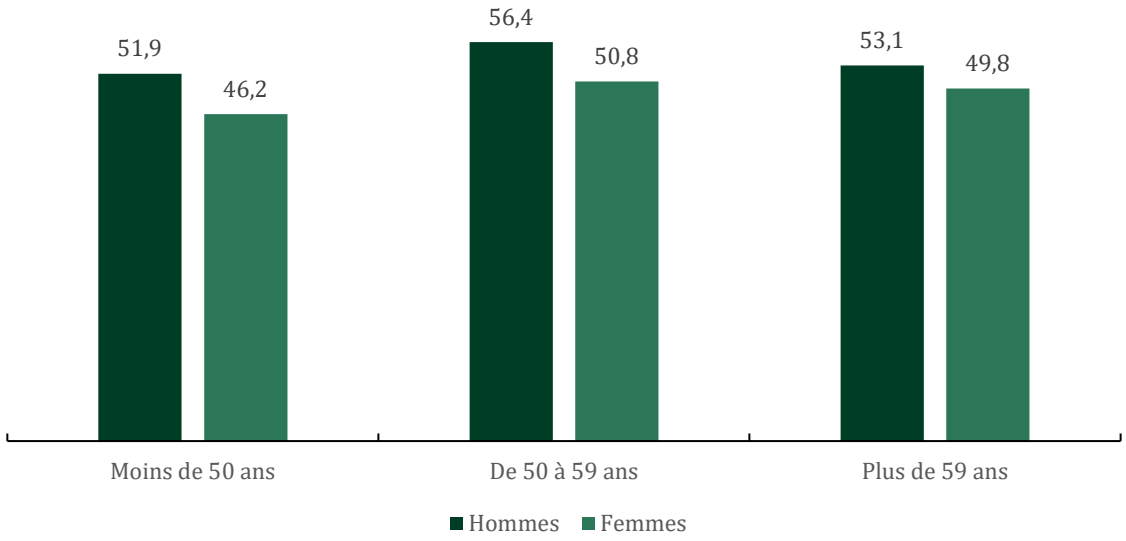
Source : Mission, à partir des données des éditions 2, 3 et 4 du panel généralistes[51].

[51] Notamment : *Les emplois du temps des médecins généralistes*, Etudes et résultats n° 797, mars 2012 ; *Le panel des médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecins de premier recours d'aujourd'hui,* Revue française des affaires sociales 2017/3 ; *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine*, Etudes et résultats n° 1113, mai 2019 ; *How general practitioners in France are coping with*

La durée hebdomadaire de travail déclarée par les médecins généralistes dépend de l'âge et du sexe des praticiens, suivant pour les deux sexes une courbe « en cloche » (cf. graphique 9) :

- les médecins généralistes femmes déclarent travailler moins que leur confrères, à toutes les classes d'âge considérées, cet écart diminuant avec l'âge, de 5,7 heures par semaine pour les moins de 50 ans à 3,3 heures pour les plus de 59 ans ;
- la durée hebdomadaire de travail déclarée pour les médecins généralistes de moins de 50 ans est inférieur de 4,5 heures pour les hommes et 4,6 heures pour les femmes à celles des médecins entre 50 et 59 ans ;
- la durée hebdomadaire de travail déclarée pour les médecins généralistes de plus de 59 ans est inférieur de 3,3 heures pour les hommes et 1,0 heures pour les femmes à celles des médecins entre 50 et 59 ans.

Graphique 10 : Durée moyenne de travail déclarée par les médecins généralistes (en heures) en 2018



Source : Mission, à partir à partir des données de la quatrième édition du panel généraliste.

Les données de panel permettent également d'analyser la ventilation de la durée de travail des médecins généralistes entre différentes catégories d'activité (cf. tableau 8). Ainsi :

- le temps consacré à l'activité libérale est resté stable entre 2015 et 2018, autour de 52 h, ainsi que le temps consacré aux activités cliniques (consultations et gardes), autour de 44 h ;
- l**e temps moyen affecté aux tâches de gestion et de coordination a augmenté de 17 % entre 2015 et 2018**, de 4,7 h à 5,5 h – la hausse étant de 38 % depuis 2011 (+1,5 h) ;
- **le temps moyen affecté à la formation personnelle a diminué sur la même période de 1,4 h, soit une baisse de 41 %**.

Par ailleurs, concernant les autres variables associées au temps de travail des médecins généralistes :

- **la durée moyenne d'une consultation est restée stable** entre 2011 et 2018, à 18 minutes ;

increased healthcare demand and physician shortages. A panel data survey and hierarchical clustering, Health policy volume 149, novembre 2024.

- **le volume de congés pris par les médecins généralistes a augmenté de 7 %,** de 5,3 semaines en 2011 à 5,7 semaines en 2018.

Tableau 8 : Évolutions de la ventilation de la durée du travail, de la durée des consultations et du volume de congés déclarés par les généralistes entre 2011 et 2019

Catégorie	Panel 2 (2011)	Panel 3 (2015)	Panel 4, vague 1 (2018)	Évolution 2011/2018
Durée hebdomadaire de travail (heures)	57	54,8	54	-5 %
Durée de l'activité libérale (heures)	Non disponible (Nd)	52,1	52	Nd
Temps clinique (heures)	Nd	44	44,5	Nd
Temps affecté aux tâches de gestion et de coordination (heures)	4	4,7	5,5	+38 %
Temps affecté à la formation personnelle	Nd	3,4	2	Nd
Durée moyenne d'une consultation (minutes)	18	Nd	18	0 %
Volume de congés pris (semaines)	5,3	Nd	5,7	+7 %

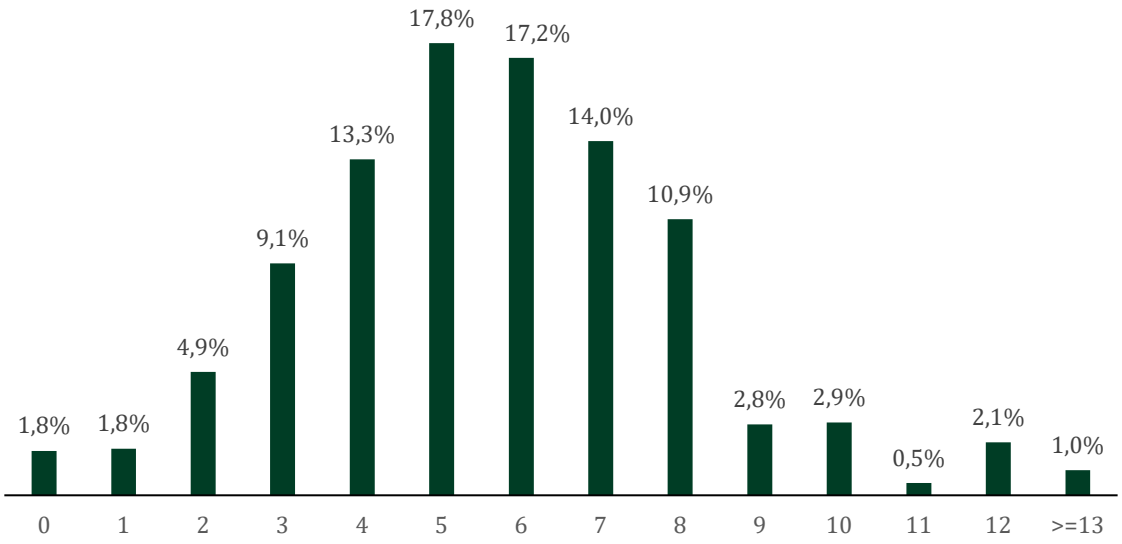
Source : Mission, à partir des données recueillies lors de la quatrième édition du panel généralistes.

Tout comme la durée hebdomadaire de travail, le volume de congés et la durée de consultation déclarés par les médecins généralistes lors de la quatrième édition du panel généralistes présentent une certaine variabilité :

- **49 % des médecins généralistes ont pris cinq semaines ou moins de congés en 2017**, dont 9 % trois semaines ou moins, et 6 % plus de dix semaines (cf. graphique 10) ;
- **81 % des médecins généralistes estiment que la durée moyenne de leurs consultations se situent entre 15 et 24 minutes**, 8 % en dessous de 14 minutes et 12 % au-delà de 25 minutes (cf. graphique 11).

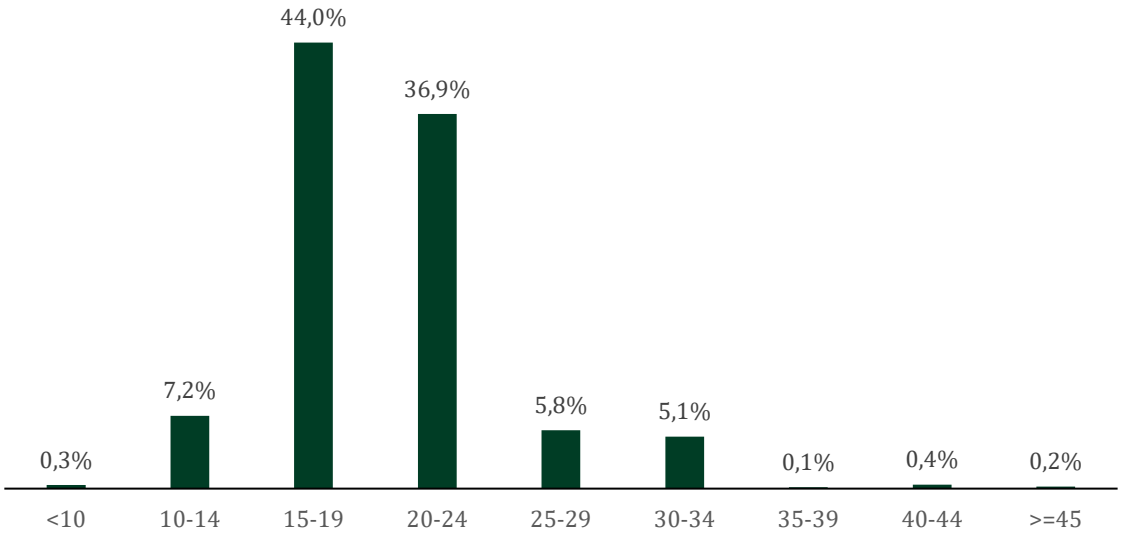
Annexe III

Graphique 11 : Distribution du nombre annuel de semaines de congés prises en 2017 déclarées par les médecins généralistes



Source : Mission, à partir des résultats du panel généralistes de la Drees.

Graphique 12 : Distribution de la durée moyenne estimée d'une consultation (en minutes) déclarées par les médecins généralistes



Source : Mission, à partir des résultats du panel généralistes de la Drees.

La portée de l'exercice de suivi de l'évolution de ces caractéristiques est toutefois limitée par l'évolution des questionnaires sous-jacents et l'exploitation non uniforme des résultats du panel entre les différentes éditions (cf. tableau 8). En particulier :

- certains indicateurs ne font l'objet d'aucune exploitation ni publication dans le cadre des travaux d'exploitation des résultats, comme la durée moyenne de consultation ou le volume de congés dans le cadre du panel 3 ;
- les modalités de suivi de certaines modalités d'activités ont évolué au cours des différentes éditions – ainsi la durée des tâches de coordination n'est explicitement intégrée aux tâches administratives que depuis la troisième édition, et le temps au contact des patients (appelé temps clinique *supra*) a fait l'objet de trois modalités de détermination différentes entre les trois éditions du panel :
  - le temps au contact des patients n'était pas calculé dans le cadre du panel 2 ;
  - il était décomposé en temps affecté aux consultations d'une part et aux temps de gardes d'autre part dans le cadre du panel 3 (avec des durées hebdomadaires déclarées respectivement à 39,1 h et 4,9 h) ;
  - il est considéré dans le cadre du panel 4 comme constituant l'entièreté du temps restant une fois retiré du temps affecté à l'activité libérale le temps consacré aux tâches de gestion et de coordination et le temps affecté à la formation personnelle ;
- il n'y a pas de recueil de données concernant les médecins généralistes en ville exerçant pour tout ou partie de leur activité *via* des modes d'exercice alternatifs (salariat, remplacement), qui ont possiblement un impact sur les caractéristiques suivies (durée du travail, durée de consultation, congés…).

2.2. L'enquête Emploi de l'Insee montre également une baisse du temps de travail des médecins libéraux et une diminution des écarts entre hommes et femmes

L'enquête « Emploi en continu » (enquête emploi) menée par l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) constitue une autre source de donnée permettant d'examiner la question du temps de travail des médecins. Elle interroge sur une base trimestrielle, depuis 2023, un échantillon représentatif de la population vivant en France. L'échantillon comporte chaque année en moyenne entre 1 500 et 2 000 médecins en activité, identifiés sur la base de la profession déclarée, correspondant à cinq catégories selon la nomenclature PCS 2020 :

- les médecins libéraux généralistes ;
- les médecins libéraux spécialistes[52] ;
- les médecins salariés hospitaliers ;
- les médecins salariées non-hospitaliers ;
- les internes.

Dans le cadre de l'enquête emploi, les professionnels interrogés déclarent un temps hebdomadaire travaillé au titre d'une semaine dite « *normale* » et au titre d'une semaine dite « *de référence* » précédant l'interrogation, qui peut inclure des absences pour congés ou maladie. L'enquête permet également de recueillir d'autres informations comme le nombre de jours travaillés sur une semaine et les horaires des jours travaillés au cours de la semaine de référence.

[52] Dans les développements qui suivent et afin de simplifier la rédaction, le terme de médecins spécialistes désignent l'ensemble des médecins à l'exception de la spécialité de médecine générale.

L'analyse des réponses à l'enquête emploi sur la population de médecins n'a fait l'objet d'aucune publication à la date du 30 mai 2026. Elle est toutefois en cours, et les résultats provisoires ont été transmis à la mission dont certaines des conclusions sont présentées ci-dessous.

Lors de la dernière édition de l'enquête emploi (2023/2025), la durée de travail effective déclarée par les médecins est de 37,5 heures en moyenne par semaine pour l'ensemble des catégories de médecins, à l'exception des médecins salariés hors hôpital (cf. tableau 9).

Les dynamiques d'évolution de la durée hebdomadaire diffèrent toutefois selon le mode d'exercice et la catégorie de médecins :

- **les médecins libéraux généralistes ont déclaré une baisse de 16 %** en moyenne depuis 2005/2007, soit la baisse la plus importante sur la période ;
- **les médecins libéraux spécialistes ont déclaré sur la même période une baisse de 11 %** de la durée hebdomadaire effective ;
- les internes ont déclaré une augmentation de 21 % de leur durée de travail hebdomadaire effective sur la période ;
- la durée de travail hebdomadaire effective déclarée par les médecins salariés est stable sur la période, qu'ils exercent à l'hôpital (-2 %) ou hors hôpital (0 %).

Tableau 9 : Durée hebdomadaire effective déclarée par les médecins et son évolution depuis 20 ans

Catégorie	Durée hebdomadaire effective 2023/2025 (heures)	Évolution depuis 2005/2007
Libéraux généralistes	37,5	-16 %
Libéraux spécialistes	37,5	-11 %
Salariés hospitaliers	37,5	-2 %
Autres salariés	30	0 %
Internes	37,5	+21 %

Source : Mission, à partir de travaux en cours de la Drees. Précision méthodologique : les durées hebdomadaires ont été arrondies à la durée la plus proche multiple de 2,5 heures.

Les données de l'enquête emploi sont par ailleurs cohérentes avec les constats évoqués *supra* concernant l'impact de l'âge et du sexe des médecins généralistes sur la durée du travail. Elles permettent également d'étudier l'impact de ces deux variables pour les autres catégories/modes d'exercice :

- la durée du travail suit un profil « *en cloche* » pour les médecins libéraux généralistes, les médecins libéraux spécialistes et les salariés hors secteur hospitalier : elle est moins importante en début et en fin de carrière qu'en cours de carrière (entre 35 et 65 ans) ;
- la durée du travail pour les salariés hospitaliers est globalement stable jusqu'à 55 ans et décroche à partir de 55 ans ;
- les médecins femmes déclarent une durée de travail hebdomadaire effective inférieure en moyenne de 5 % à 20 % à celle déclarée par les médecins hommes ;
- les écarts entre hommes et femmes sont plus importants pour les médecins spécialistes libéraux, et au sein des différentes catégories, plus importants en début de carrière, en cohérence avec ce qui s'observe généralement pour les autres professions que celle de médecins.

Une fois contrôlées les variations de structures démographiques des catégories de médecins (cf. partie 1.1), **la seule évolution statistiquement significative est une baisse de 9 % au cours des 20 dernières années de la durée hebdomadaire effective déclarée par les médecins libéraux hommes.**

Les travaux en cours réalisent également des projections d'évolution du temps de travail en tenant compte des dynamiques démographiques en cours et des évolutions du temps de travail constatées, en se fondant par ailleurs sur les hypothèses suivantes :

- stabilité de l'existence de disparités entre âge et sexe, avec prolongation des tendances significatives observées sur les 20 dernières années ;
- dans le cas de projections qui conduiraient à un temps de travail des femmes plus grands que celui des hommes, une stabilisation de l'écart à zéro (soit une convergence des temps de travail entre médecins hommes et femmes).

Les projections réalisées par la Drees concluent, dans un scénario dit « *central* » de maintien des objectifs nationaux de formation à 11 400, à (cf. tableau 10) :

- une diminution du temps de travail des libéraux entre 2025 et 2035, due au rajeunissement et la féminisation, qui serait freinée par la suite du fait de la convergence des temps de travail entre hommes et femmes ;
- une augmentation du temps de travail des médecins salariés entre 2025 et 2035, essentiellement due au rajeunissement de la population de médecins salariés, et à une stabilisation par la suite.

Les projections prévoient à horizon 2050 une stabilisation de la durée hebdomadaire de travail effective :

- **entre 35 h et 36 h pour les médecins libéraux ;**
- **entre 38 h et 39 h pour les médecins salariés.**

Les évolutions sont robustes à différents scénarios de projection considérés.

Tableau 10 : Projection de l'évolution du temps de travail effectif

Catégorie	(2015, 2025]	(2025, 2035]	(2035, 2045]	(2045, 2055]
Libéraux généralistes	-11 %	-4 %	-1 %	0 %
Libéraux spécialistes	-7 %	-2 %	-2 %	0 %
Salariés	0 %	3 %	0 %	0 %

Source : Mission, à partir de travaux en cours de la Drees.

3. Alors que les médecins généralistes ont réduit leur nombre de jours d'exercice libéral entre 2021 et 2025, l'activité a partiellement résisté grâce à une intensification des journées travaillées, dans une dynamique surtout liée à l'âge, au genre et aux jours d'exercice

La mission s'est appuyée sur les données de remboursement aux médecins des actes par l'assurance maladie pour étudier le temps de travail des médecins libéraux (cf. annexe I pour une présentation de ces données et de leurs limites) sur la période 2021-2025.

Comme proxy des jours effectivement travaillés au titre de l'activité libérale à partir des données d'activité issues du SNDS, la mission a examiné l'évolution du nombre de jours dit « d'exercice libéral » (JEL), à savoir les jours ayant conduit à l'émission de données de facturation du médecin vers l'assurance maladie en lien avec des prestations ouvrant droit à versement. Cette approche a également été mise en œuvre par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) pour les généralistes sur la période 2016-2023. Elle est, à la connaissance de la mission, inédite pour les médecins spécialistes.

Le nombre de JEL ne reflète pas directement le temps de travail des médecins au titre de l'activité, dans la mesure où cet indicateur ne porte aucune information sur la durée des journées faisant l'objet d'un enregistrement. À titre d'exemple, trois praticiens qui exerceraient lors d'une année le même nombre de jours, mais l'un réalisant des journées de 8 heures, l'autre des demi-journées de 4 heures et le dernier une seule consultation par jour, seraient associés à la même valeur de JEL.

La mission a toutefois confirmé à partir des données déclaratives du panel généralistes que cet indicateur représentait un proxy fortement corrélé avec la durée de travail déclarée par les médecins généralistes au titre de l'activité libérale (cf. annexe I).

Pour établir une correspondance avec le nombre hebdomadaire moyen de jours travaillés au titre de l'activité libérale, la mission s'est par ailleurs fondée sur la correspondance présentée au tableau 11 avec et sans 5 semaines de congés annuels.

Tableau 11 : Correspondance utilisée par la mission entre JEL hebdomadaires moyens et nombre de JEL annuel moyen

JEL hebdomadaires moyens	JEL annuels moyens avec 5 semaines de congés	JEL annuels moyens sans 5 semaines de congés
Cinq jours par semaine	235	260
Quatre jours par semaine	188	208
Trois jours par semaine	141	156
Deux jours par semaine	94	104
Un jour par semaine	47	52

Source : Mission.

D'autres indicateurs, directement accessibles via le SNDS ou construits par la mission (cf. annexe IV), sont par ailleurs examinés ci-dessous, afin d'analyser les évolutions de l'activité libérale des médecins.

La suite de cette partie présente les résultats de l'analyse de ces données sur le champ des médecins généralistes et sur le champ des médecins faisant partie d'un sous-ensemble de spécialités (telles que déclarées dans le SNDS) :

- anesthésie-réanimation ;
- cardiologie ;
- chirurgie[53] ;
- dermatologie ;
- gynécologie[54] ;
- ophtalmologie ;
- pédiatrie ;
- psychiatrie.

Un focus sur l'activité des médecins de ces spécialités (hors chirurgie) par spécialité est réalisé dans l'annexe IV.

3.1. Le nombre moyen de jours d'exercice libéral des médecins généralistes, de 205 jours en 2025, a diminué de 8 % depuis 2021

L'évolution de la distribution du nombre annuel de jours d'exercice libéral (JEL) par les médecins généralistes montre une diminution moyenne de 7,5 % entre 2021 et 2025, de 222 jours en 2021 à 205 jours en 2025 (cf. graphique 12).

- alors que 77 % des médecins généralistes libéraux facturaient plus que cinq jours par semaine en moyenne en 2021 (soit 205 jours travaillé, représentant un ETP à temps plein en tenant compte des congés), ils représentent 63 % des médecins généralistes en 2025 ;
- la part de médecins dont le nombre de JEL est inférieur à 190, correspondant à environ quatre journées par semaine (en tenant compte des congés, cf. tableau 11) a augmenté de 18 % à 29 % entre 2021 et 2025 ;
- l'écart-type de la distribution reste stable à 57 JEL, tandis que le nombre de jours correspondant aux déciles extrêmes diminuent :
  - pour les 10 % de médecins généralistes avec le plus de jours d'exercice libéral, de 285 jours d'exercice libéral en moyenne en 2021 à 266 en 2025 ;
  - pour les 10 % de médecins généralistes avec le moins de jours d'exercice libéral, de 164 jours d'exercice libéral en 2021 à 141 en 2025 en moyenne.

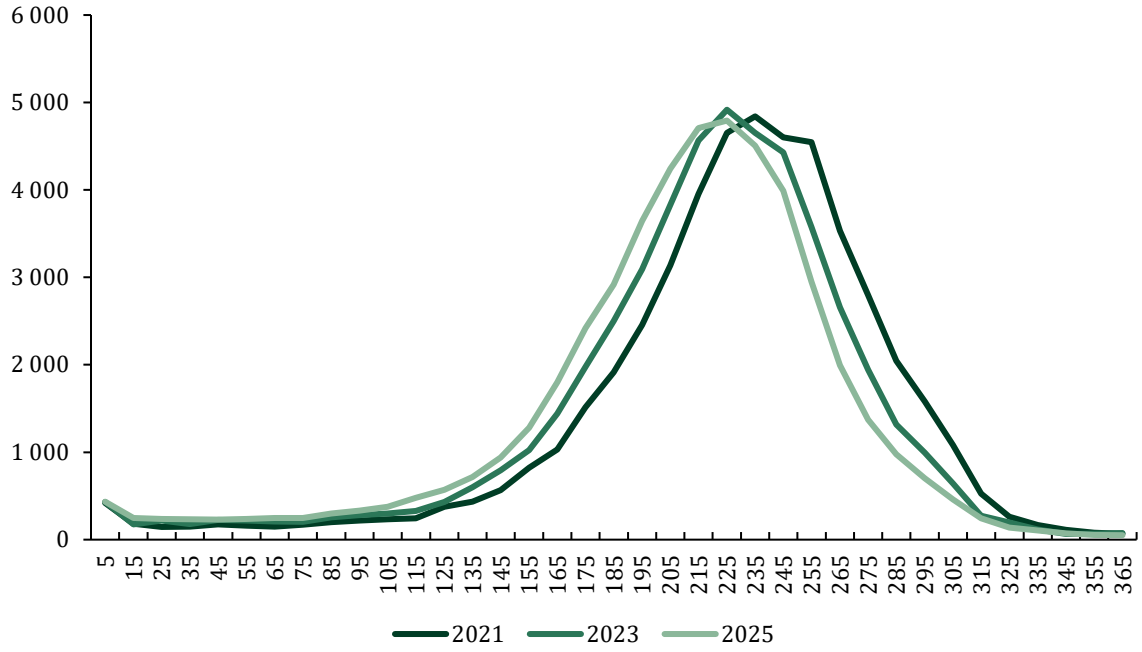
Cette évolution à la baisse du nombre annuels de jours d'exercice libéral entre 2021 et 2025 confirme une tendance déjà observée par la Cnam sur la base d'une analyse similaire sur des données portant sur la période 2016-2024[55], qui constatait une diminution de 11 % du nombre de jours d'exercice libéral entre 2016 et 2024.

[53] Cette catégorie regroupe l'ensemble des médecins déclarés à ce titre dans le SNDS.

[54] Pour des raisons statistiques qui ne permettent pas de les séparer, sont regroupées dans cette catégorie les spécialités de gynécologie médicale et gynécologie obstétrique.

[55] Présentation intitulée *L'évolution de l'activité des médecins généralistes*, produite par la Cnam en janvier 2026.

Graphique 13 : Évolution de la distribution du nombre de jours d'exercice libéral par les médecins généralistes entre 2021 et 2025



Source : Mission, à partir des données du SNDS. Note de lecture : nombre de JEL moyen dans l'année en abscisse, nombre de praticiens dans la tranche [N-5 ; N+5[en ordonnée. Le nombre de praticiens est ramené à zéro dans les tranches pour lesquels le nombre de praticiens s'y trouvant est inférieur ou égal à onze.

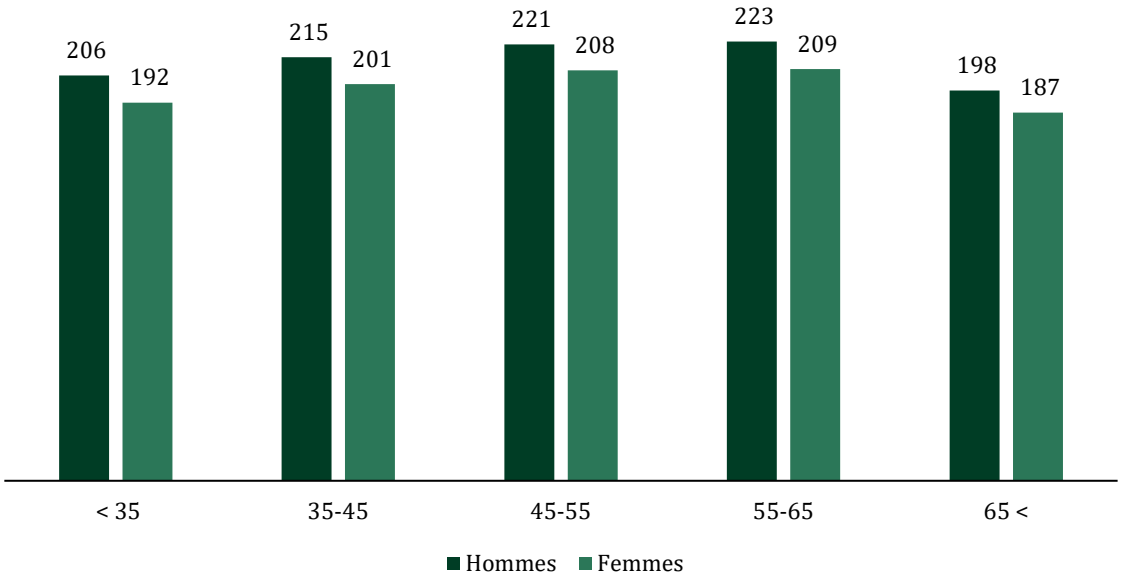
3.2. Le nombre de jours d'exercice augmente avec l'âge du médecin généraliste jusqu'à 65 ans puis décroche au-delà, et un écart moyen de 13 jours par an subsiste entre hommes et femmes, qui porte principalement sur l'exercice le mercredi et les jours de week-end

Les données d'activité du SNDS permettent d'analyser la variation des différents indicateurs d'activité au regard de l'âge et du sexe des médecins généralistes.

Le nombre de jours d'exercice libéral présente plusieurs dépendances à l'âge et au sexe du médecin (cf. graphique 13), similaires à celles observées dans les résultats du panel généralistes :

- **les médecins femmes présentent en moyenne 13 jours d'exercice libéral de moins que les médecins hommes (soit 6 % de moins) au titre de leur activité 2025**, cet écart étant présent à toute classe d'âge – il reste stable jusqu'à 65 ans et atteint sa valeur minimum (-11 jours d'exercice libéral entre hommes et femmes) au-delà de 65 ans ;
- **le nombre de jours d'exercice libéral croît avec la classe d'âge jusqu'à 65 ans**, indépendamment du sexe : le nombre moyen de jours d'exercice libéral augmente avec la classe d'âge, pour atteindre son maximum chez les médecins entre 55 et 65 ans (+17 jours d'exercice libéral par rapport au début de carrière), puis décroit au-delà de 65 ans.

Graphique 14 : Nombre moyen de jours d'exercice libéral en fonction du sexe et de la tranche d'âge pour l'année 2025 (en nombre de JEL)



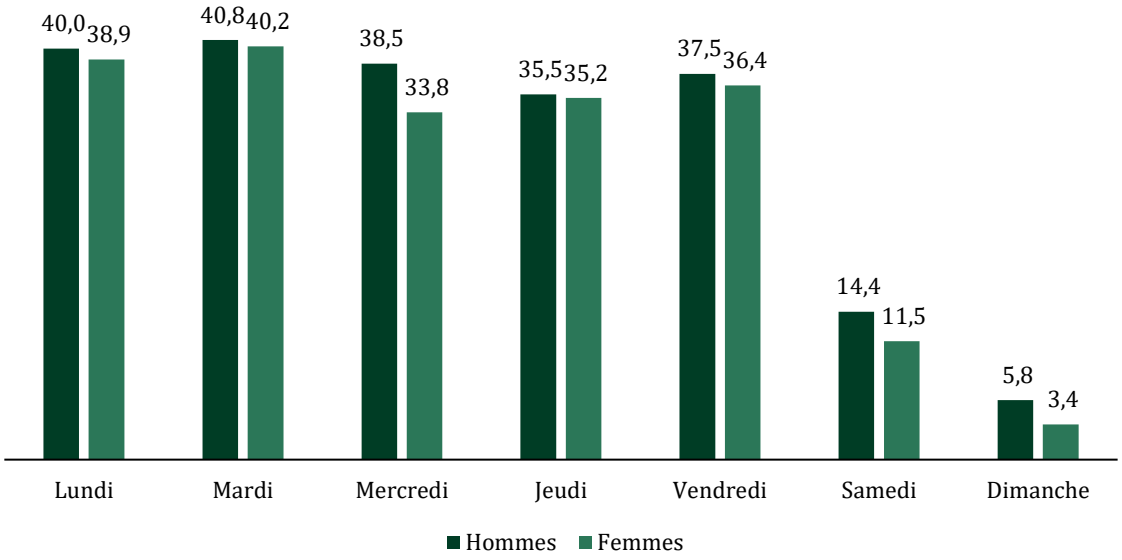
Source : Mission, à partir de données SDNS.

Alors que les médecins généralistes femmes exercent au total 6 % de jours en moins sur l'année par rapport aux hommes, la ventilation de cet écart n'est pas homogène entre jours de la semaine (cf. graphique 14) :

- les écarts se concentrent essentiellement sur le mercredi et les week-ends :
  - les femmes facturent 4,7 mercredi en moins par an (soit 12 % de moins que les hommes),
  - les femmes facturent 2,9 samedi et 2,4 dimanche de moins (soit respectivement 20 % et 41 % de moins que les hommes) ;
- les écarts entre les jours d'exercice libéral le lundi, le mardi, le jeudi et le vendredi sont inférieurs à l'écart moyen constaté par jour de la semaine.

Ces écarts persistent même une fois pris en compte la classe d'âge des médecins.

Graphique 15 : Nombre moyen de jours d'exercice libéral selon le sexe et le jour de la semaine en 2025 (en nombre de JEL)



Source : Mission, à partir de données SNDS

Le calcul de l'évolution des écarts du nombre de jours d'exercice libéral entre hommes et femmes entre 2021 et 2025 permet de constater que (cf. graphique 15) :

- au sein de chaque classe d'âge, le nombre moyen de jours d'exercice libéral a plus décru pour les hommes que pour les femmes entre 2021 et 2025, de 2,6 jours en moyenne ;
- la diminution du nombre de jours d'exercice libéral en fonction de la classe d'âge augmente avec l'âge du médecin, de -13 jours en moyenne pour les médecins de moins de 35 ans à 21 jours de moins en moyenne pour les médecins au-delà de 65 ans.

Par ailleurs, entre 2021 et 2025, l'écart moyen[56] du nombre de JEL entre hommes et femmes a diminué, de 16,1 JEL à 13,1 JEL.

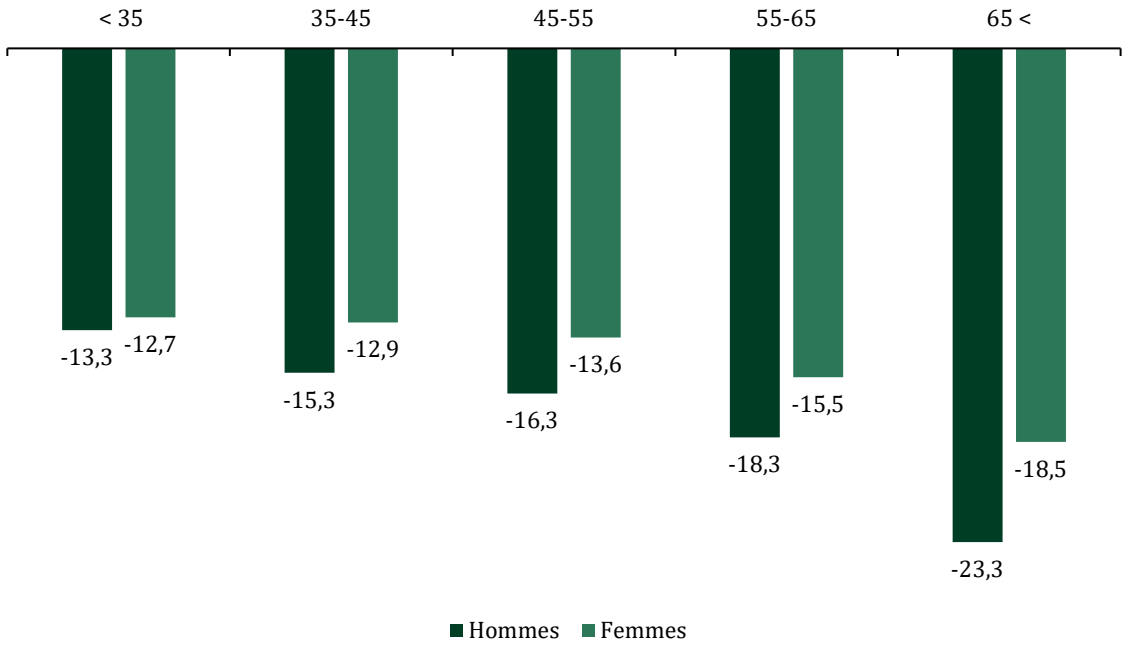
Si ces tendances devaient se poursuivre, on assisterait à un double phénomène de convergence :

- **entre le nombre de jours d'exercice libéral par les femmes et les hommes ;**
- **entre les différentes classes d'âge de médecins en-deçà de 65 ans.**

La faible profondeur des données auxquelles la mission a eu accès ne permet toutefois pas de déterminer l'impact d'un éventuel effet générationnel sur l'évolution du nombre de jours d'exercice libéral.

[56] Pondéré par les effectifs au sein de chaque classe d'âge.

Graphique 16 : Évolution des écarts du nombre moyen de jours d'exercice libéral entre 2021 et 2025 (en nombre de JEL)



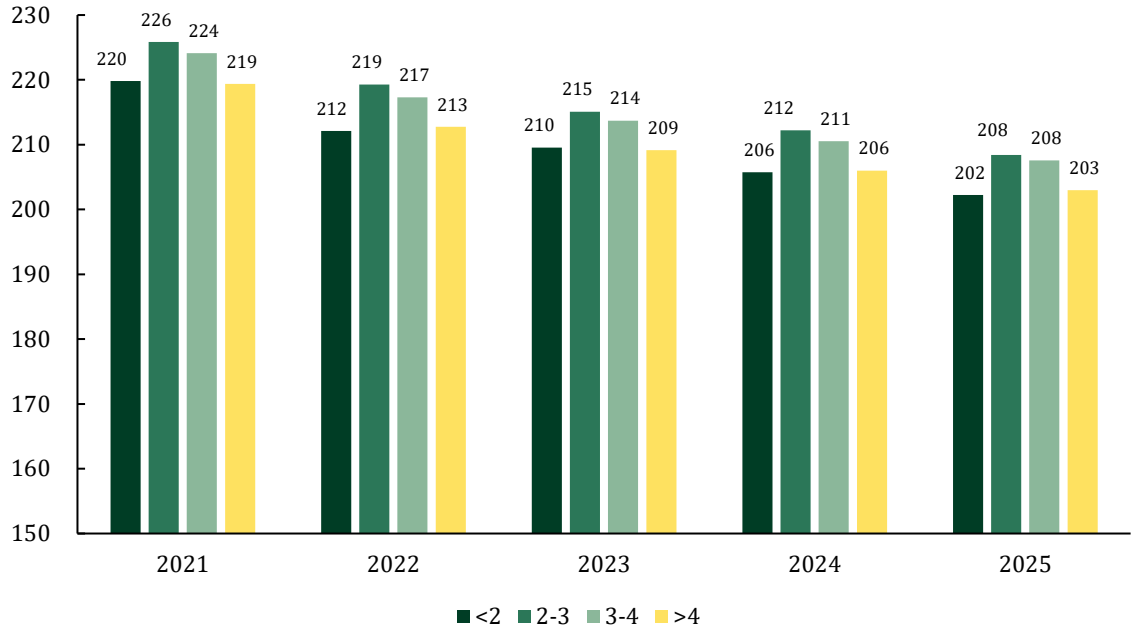
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

3.3. L'accessibilité du territoire d'implantation du cabinet principal du médecin généraliste influence peu le nombre de jours d'exercice libéral

La mission a analysé l'influence géographique sur la durée de travail en comparant l'évolution du nombre de jours d'exercice libérale avec la disponibilité médicale de la commune d'implantation du cabinet d'exercice principal, quantifiée via l'indicateur d'accès potentiel localisé (APL) à la médecine générale. Le SNDS ne conserve pas de données relatives aux lieux d'exercices secondaires des praticiens, ce qui constitue l'une des limites de l'analyse.

D'après les données d'activité, les médecins généralistes dont le cabinet principal est situé dans les communes à l'accessibilité médicale la plus faible (APL < 2) et la plus forte (APL > 4) exercent respectivement 6 et 5 jours de moins en moyenne (-3 %) que leurs homologues dont le cabinet est situé dans des communes d'accessibilité intermédiaire en 2025 (cf. graphique 16). Ces écarts sont stables depuis 2021.

Graphique 17 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral des médecins généralistes selon la tranche d'APL de la commune du cabinet principal



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

3.4. L'activité des médecins généralistes a connu une baisse de moindre ampleur que celle du nombre de jours d'exercice à la faveur d'une augmentation du nombre de patients vu par jour

Les données du SNDS permettent par ailleurs d'examiner l'évolution de l'activité sur la période considérée, au-delà de l'évolution du nombre de jours d'exercice libéral (cf. graphique 17). Ainsi, entre 2021 et 2025 :

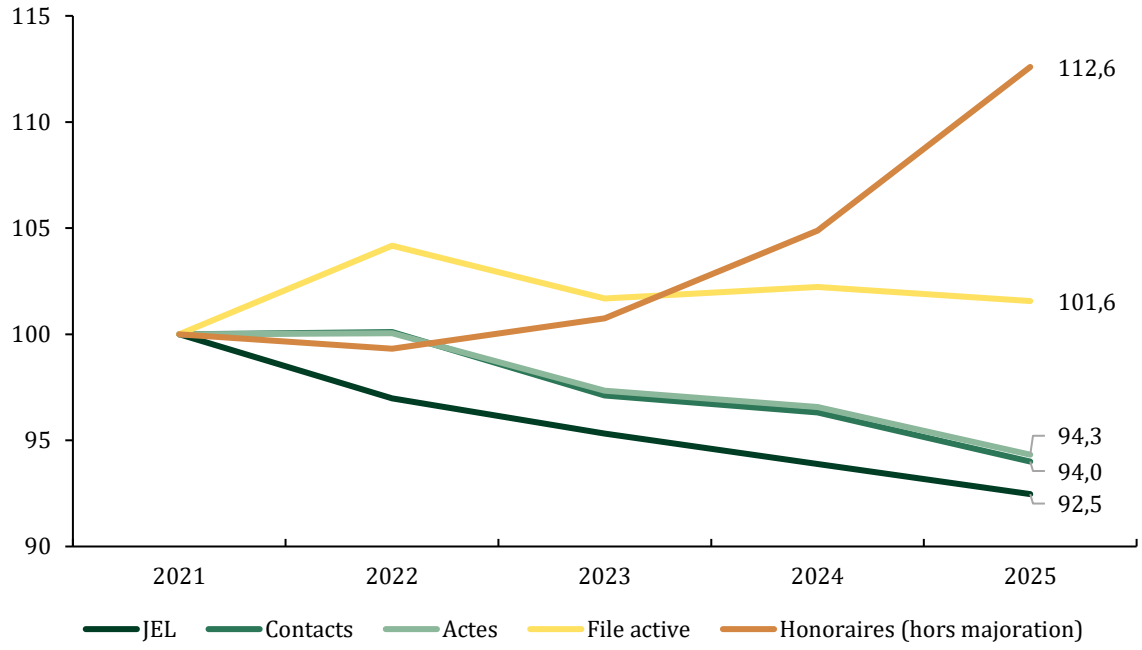
- le nombre d'actes d'exercice libéral a diminué de 5,7 %, tandis que le nombre de contacts a diminué de 6,0 % ;
- la file active a augmenté de 1,6 %, après un pic de fil active moyenne atteint en 2022 à 104,2 % de la file active de 2021 ;
- le volume des versements d'exercice libéral a augmenté de 18,1 % sur la période, réalisée entre 2023 et 2025 après une stabilité entre 2021 et 2023.

Ainsi, **la baisse du nombre de jours d'exercice libéral entre 2021 et 2025 s'est accompagnée d'une diminution de moindre ampleur de l'activité** mesurée par le nombre de contacts[57] et d'actes, et une faible hausse de la file active (+2 %). En particulier, sur la période, **le nombre moyen de contacts par jour a augmenté de 20,3 à 20,9**.

[57] Défini comme le nombre de rencontres (consultations, téléconsultations, visites) entre le médecin et un patient, enregistré dans le SNDS (cf. annexe I).

Par ailleurs, la mission constate, à partir de 2024, une décorrélation du volume des honoraires versés (hors majoration et complément) auxquels donnent droit les prestations réalisés par les médecins et leur activité telle que mesurée par les différents indicateurs calculés. Une analyse plus fine de l'augmentation du volume de versements reçus par les médecins généralistes libéraux permet de constater que l'évolution résulte quasi-exclusivement de la hausse du tarif de base de la consultation[58]. En effet, la hausse du volume des honoraires redressé est corrélée à 85 % avec celle du nombre de contacts.

Graphique 18 : Évolution des indicateurs d'activité pour les médecins généralistes entre 2021 (base 100) et 2025



Source : Mission, à partir des données SNDS.

La baisse du nombre de jours libéral n'est toutefois pas uniforme entre les différents médecins généralistes. Â ce titre, dans le cadre de l'exercice de *clustering* réalisé par la mission à partir des données d'activité 2025 (présenté à l'annexe IV), trois groupes de médecins généralistes se distinguent :

- un groupe majoritaire, qui représente 56 % des médecins généralistes ayant une activité libérale en 2025 (soit 27 635 médecins) dont le nombre de JEL annuel moyen est de 230, dont le niveau d'activité est intermédiaire comparé aux autres groupes, qui se caractérise notamment par :
  - des médecins en moyenne plus jeunes qu'au sein des autres groupes (49,8 ans) ;
  - une diminution du nombre de JEL et du nombre de contacts (-5 %) depuis 2021 mais une relative stabilité du nombre de la file active (-1 %) et une hausse des honoraires hors majoration (+ 13 %) ;
  - une intensité de l'activité dans le cadre des dispositifs de permanence des soins plus faible pour ceux qui y participent (2 % des actes, le nombre le plus faible de jours ouvrés, un nombre de jours d'exercice hors jours ouvrés, moins de gardes et d'astreinte)
  - une participation plus faible aux dispositifs de coordination suivis dans les données de remboursement ;

[58] 24 € avant 024, 27 € en 2024, 30 € en 2025.

- une sur-représentation des médecins ayant bénéficié d'aides à l'équipement numérique en 2025 ;

- un groupe représentant 34 % des médecins généralistes ayant une activité libérale en 2025 (soit 16 551 médecins), dont le nombre de JEL moyen en 2025 est de 164 et le niveau d'activité inférieur par rapport aux autres groupes, qui se caractérise notamment par :
  - une part de médecins femmes plus importante (55 %) ;
  - un montant moyen des honoraires par contact plus élevés (42,93 €) ;
  - une activité libérale ayant fortement diminué depuis 2021 : le nombre de JEL a diminué de 20 %, le nombre de contacts de 25 %, la file active de 16 % et les honoraires hors majoration de 9 % - **les praticiens de ce groupe ont réduit sur cinq ans leur activité, qui est par ailleurs moins intense que pour les médecins des autres groupes** (avec nombre de contacts par jour d'exercice de 12,9 plus faible) ;
  - une participation plus forte aux dispositifs de permanence des soins et au service d'accès aux soins (SAS), ce dernier constituant en moyenne 15 % de l'activité des médecins y participant au sein de ce groupe ;
  - une activité d'avis et de téléexpertise plus importante ;
  - une part plus faible de praticiens ayant reçu une aide pour l'embauche d'un assistant médical, pour l'équipement numérique ;
  - une surreprésentation des praticiens ayant une activité salariée (hors hôpital public) ;
- un groupe représentant 10 % des médecins généralistes ayant une activité libérale en 2025 (soit 4 964 médecins) dont le nombre de JEL annuel moyen est de 259, correspond à un niveau d'activité supérieur aux autres groupes, qui se caractérise notamment par :
  - une sur-représentation des hommes médecins (79 % des effectifs du groupe) ;
  - une moyenne d'âge plus élevée (53,6 ans) ;
  - un nombre moyen de contacts par jour significativement supérieur à celui des deux autres groupes (36,6) ;
  - une légère baisse du nombre de JEL (-3 %), une faible hausse du nombre de contacts (+ 2 %), et une hausse importante de la file active (20 %) : **les praticiens de ce groupe ont en moyenne maintenu leur activité mais fortement augmenté leur patientèle depuis 2021**, ce qui peut indiquer des contacts moins fréquents avec les patients ;
  - une surreprésentation des médecins ayant bénéficié d'une aide pour l'embauche d'un assistant médical (23 % des effectifs du groupe).

La méthode mise en œuvre permet ainsi de distinguer des comportements distincts d'adaptation de leurs activités par certaines sous-population de médecins. Dans une optique de suivi de l'activité des médecins généralistes libéraux, l'approfondissement de l'analyse des évolutions de l'activité des médecins au sein des différents groupes représente ainsi une piste intéressante que la mission appelle les pouvoirs publics à poursuivre.

Tableau 12 : Résultat du *clustering* pour les médecins généralistes

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	27 635	16 551	4 964
Part de femmes	48 %	55 %	21 %
Moyenne d'âge (années)	49,8	52,3	53,6
Moyenne d'APL	4,1	4,2	4,1
Activité des praticiens			
Nombre moyen de JEL	230	164	259
Nombre moyen de contacts	4 801	2 184	9 329
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	190 444 €	93 753 €	360 532 €
Honoraires moyens par contact	39,67 €	42,93 €	38,65 €
Nombre moyen de contacts par jour	21,1	12,9	36,6
Évolution de l'activité			
Évolution de la file active (2021-2025)	-1 %	-16 %	20 %
Évolution du nombre moyen de JEL (2021-2025)	-5 %	-20 %	-3 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	-5 %	-25 %	2 %
Évolution des honoraires moyens (2021-2025)	13 %	-9 %	23 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	4 %	5 %	6 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	15 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	1 550	716	2 547
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	2 %	8 %	6 %
Nombre de jours facturés hors jours ouvrés	4,2	5,1	11,8
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	8,5	8,5	15,0
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	0,1	0,7	1,9
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	0,3	0,4	0,9
Part des actes pour avis	2 %	7 %	2 %
Part des actes complexes	2 %	2 %	1 %
Aides perçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	27 %	21 %	28 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	2 %	2 %	3 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numériques	94 %	73 %	88 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'embauche d'un assistant médical	11 %	3 %	23 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	98,3 %	94,8 %	97,8 %
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	1,7 %	5,0 %	2,2 %
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	94,5 %	85,7 %	91,9 %
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	4 %	6,4 %	5,3 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	1,5 %	2,4 %	2,7 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	0 %	5,4 %	0 %
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0 %	0,1 %	0,1 %

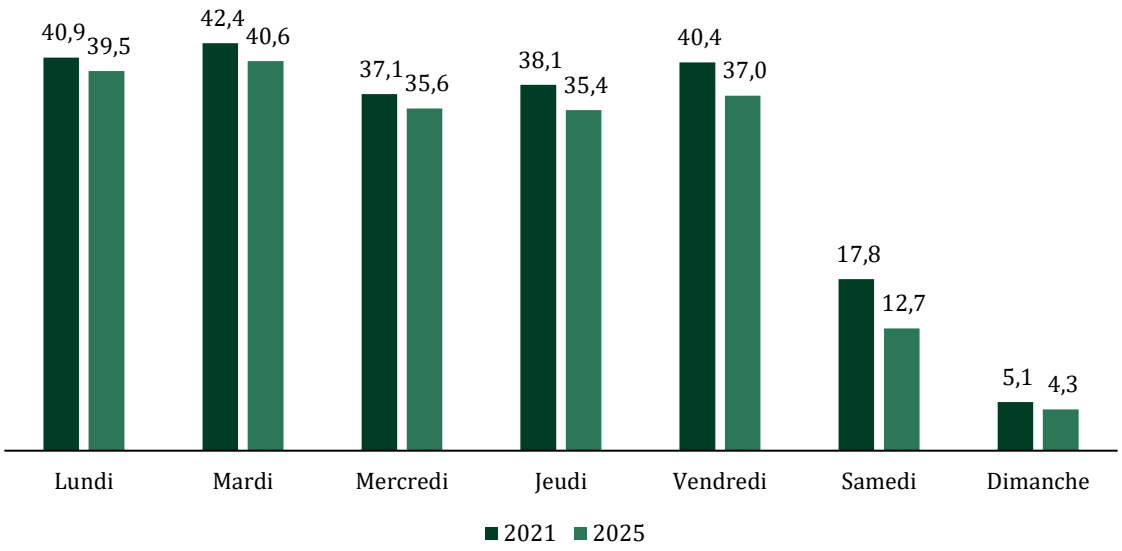
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

3.5. La baisse du nombre de jours d'exercice libéral se concentre sur les vendredis et les samedis et l'exercice de nuit diminue

À partir des données d'activité, la mission a analysé la répartition des jours d'exercice libéral des médecins généralistes selon les jours de la semaine et sa variation entre 2021 et 2025 (cf. graphique 18) :

- pour l'ensemble des jours de la semaine, le nombre moyen de jours d'exercice libéral ces jours-là a diminué entre 2021 et 2025, la baisse étant plus importante le vendredi (-9 %) et le week-end (-27 % le samedi, -12 % le dimanche), et la **baisse de l'exercice libéral le vendredi et le samedi représente 51 % de la baisse sur l'ensemble des jours de la semaine** ;
- les jours les plus exercés de la semaine sont, par ordre décroissant, le mardi, le lundi et le vendredi, tandis que les jours de weekend sont significativement moins travaillés au titre de l'activité libérale que les jours de la semaine : 12,7 jours pour le samedi (environ un samedi par mois) et 4,3 jours pour le dimanche contre 37,6 jours en moyenne pour les jours de la semaine.

Graphique 19 : Évolution du nombre de jours d'exercice libéral par les médecins généralistes par jour de la semaine entre 2021 et 2025 (en nombre de JEL)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Sur la base des données relatives à l'octroi de forfaits ou majorations ayant trait à des prestations réalisées de nuit[59], il est possible d'étudier l'évolution du nombre de praticiens ayant réalisé une prestation de nuit dans l'année, et le nombre de nuits travaillées[60] moyennes pour ceux qui en ont réalisées (cf. graphique 19) :

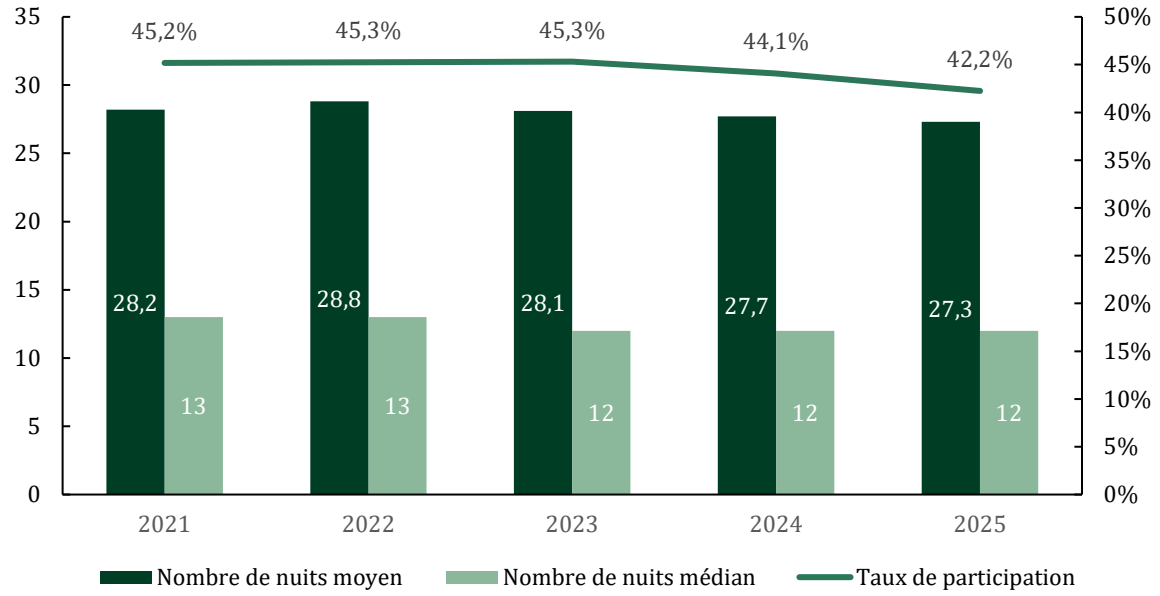
- entre 2021 et 2025, 1 557 médecins généralistes de moins ont exercé au moins une nuit dans l'année., conduisant à une diminution du taux de participation à l'exercice de nuit a entre 2021 et 2025, de 45,2 % à 42,2 % ;
- le nombre moyen de nuits réalisées par les médecins généralistes participant à l'exercice de nuit diminue également après un pic en 2022 à 28,8 nuits en moyenne par an, pour atteindre 27,3 nuits par an en 2025 ;

[59] 23 prestations au total, cf. annexe I.

[60] Défini ici comme une nuit pendant laquelle un médecin généraliste a déclaré avec réalisé au moins un acte dans le cadre de son activité libérale.

- le nombre médian de nuits réalisées par les médecins généralistes est globalement stable sur la période, autour de 12 nuits par an. L'écart entre le nombre moyen et le nombre médian de nuits réalisés reflète l'hétérogénéité de la distribution du nombre de nuits réalisées par médecins, avec une part significative de médecins généralistes réalisant peu de nuits par an ;
- sur l'ensemble de la période, le nombre total de nuits travaillées par les médecins généralistes diminue de 10 %, de 630 000 nuits à 567 000 nuits.

Graphique 20 : Evolution de l'exercice libéral de nuit des médecins généralistes entre 2021 et 2025



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

4. L'activité libérale des médecins spécialistes se concentre sur moins de jours que celle des médecins généralistes, mais suit une évolution similaire marquée par une diminution du nombre de jours d'exercice et une intensification de l'activité

La mission a réalisé des analyses similaires à celles réalisés pour l'activité libérale des médecins généralistes sur un périmètre constitué des médecins de sept spécialités (anesthésie-réanimation, cardiologie, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie) et des chirurgiens.

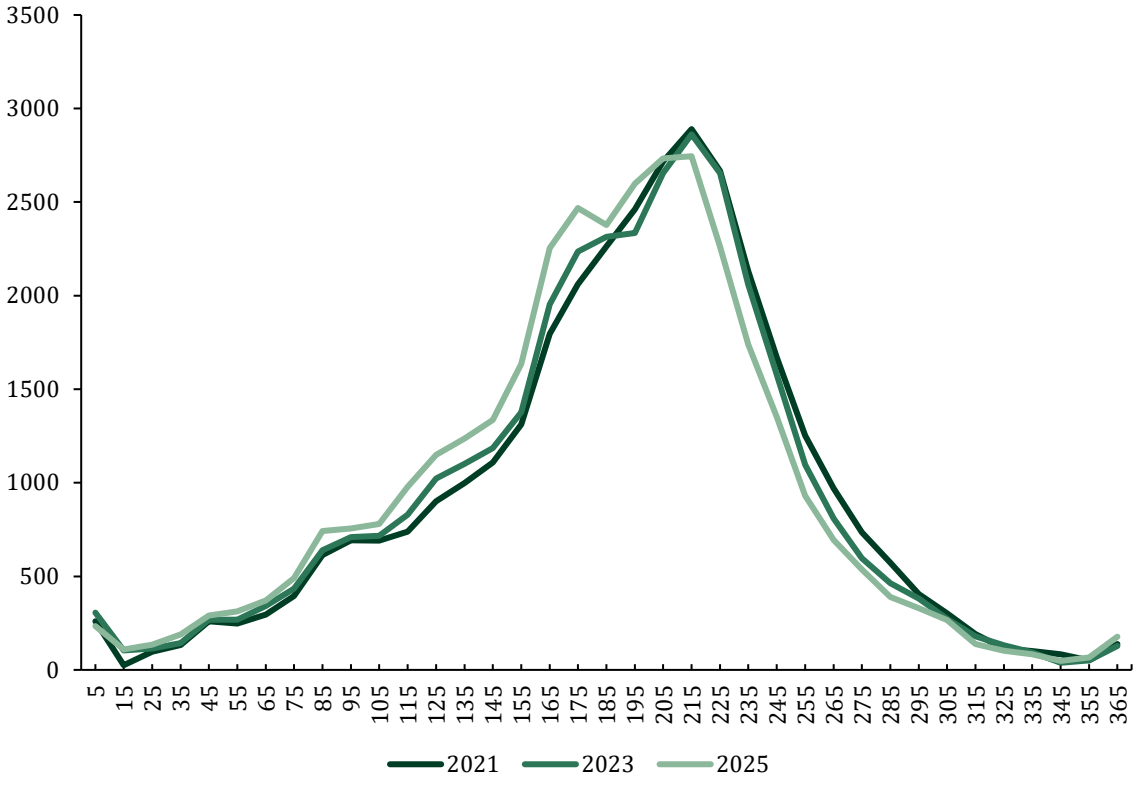
Les médecins des spécialités considérées représentent 64 % des médecins spécialistes libéraux pour l'année 2025 (données RPPS).

4.1. Le nombre de jours d'exercice des médecins spécialistes est de 184 jours en moyenne, en diminution de 5 % depuis 2021

La distribution du nombre de jours annuel moyen d'exercice libéral (JEL) présente un décalage vers la gauche entre 2021 et 2025, indiquant une diminution globale du nombre de JEL des médecins des spécialités considérés (cf. graphique 20) :

- **la moyenne du nombre de JEL[61] diminue de 4,7 % entre 2021 et 2025, de 192,7 JEL à 183,6 JEL** ;
- la médiane du nombre de JEL diminue, de la tranche [190 ; 200[à la tranche [180 ; 190[, cette dernière correspondant à une moyenne de 4 JEL hebdomadaires (avec cinq semaines de congés annuels, cf. tableau 11) ;
- le nombre de praticiens exerçant en moyenne quatre jours par semaine ou moins, hors cinq semaines des congés (tranche [180 ; 190[), a augmenté entre 2021 et 2025, de 43,4 % à 50,9 % - ainsi, **près de la moitié des médecins des spécialités considérés exercent une activité libérale quatre jours par semaine ou moins par semaine.**

Graphique 21 : Évolution de la distribution du nombre de jours d'exercice libéral des médecins spécialistes entre 2021 et 2025



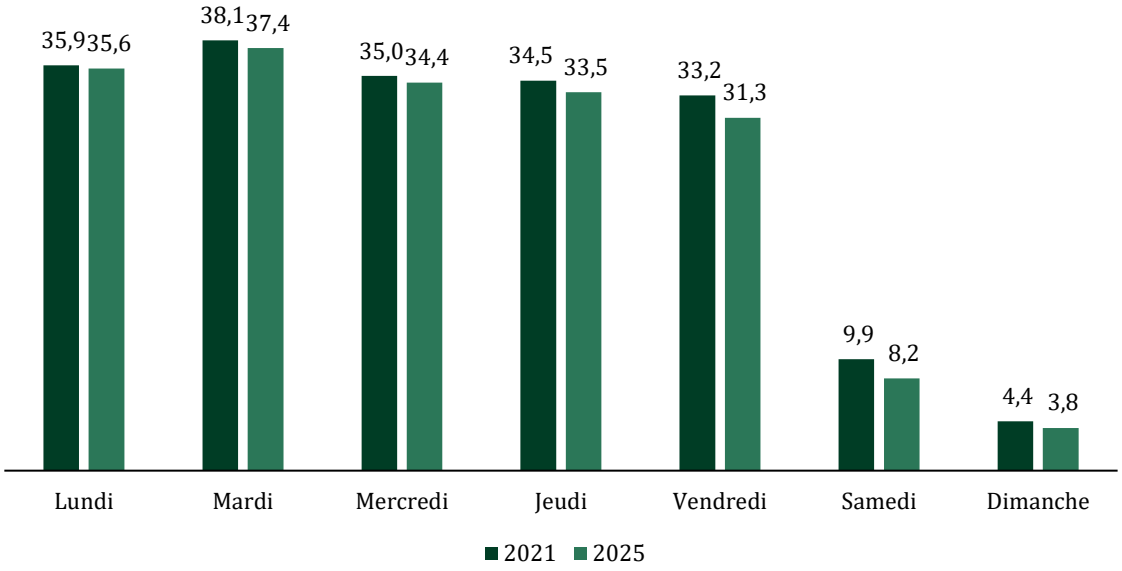
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

[61] Moyenne pondérée par les effectifs du nombre moyen de JEL des médecins des spécialités concernées.

À partir des données de remboursement, la mission a également analysé la répartition des jours d'exercice libéral des médecins spécialistes selon les jours de la semaine et sa variation entre 2021 et 2025 (cf. graphique 21). Les tendances observées sont similaires, à l'échelle de l'ensemble des spécialités concernés :

- pour l'ensemble des jours de la semaine, le nombre moyen de jours d'exercice[62] a diminué entre 2021 et 2025, la baisse étant plus importante le vendredi (-6 %) et le week-end (-17 % le samedi, -14 % le dimanche), et la **baisse de l'exercice libéral le vendredi et le samedi représente 54 % de la baisse sur l'ensemble des jours de la semaine** ;
- les jours les plus exercés de la semaine sont, en 2025 et par ordre décroissant, le mardi, le lundi et le mercredi ;
- les jours de weekend ont significativement moins d'exercice libéral que les jours de la semaine : 8,2 jours pour le samedi et 3,8 jours pour le dimanche contre 34,4 jours en moyenne pour les jours de la semaine.

Graphique 22 : Évolution du nombre de jours d'exercice libéral par les médecins spécialistes par jour de la semaine entre 2021 et 2025 (en nombre de JEL)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

[62] Moyenne arithmétique entre spécialités.

4.2. Par ordre décroissant d'importance, le genre, le secteur de conventionnement, l'âge, et l'accessibilité médicale du cabinet principal ont des impacts sur le nombre de jours d'exercice libéral des médecins spécialistes

L'impact de l'âge et du genre du praticien sur la répartition du nombre annuels de JEL pour les médecins des spécialités considérées est semblable à ce qui est observé chez les médecins généralistes (cf. graphique 22) :

- **le nombre moyen de JEL[63] augmente avec l'âge jusqu'à atteindre un maximum entre 45 et 55 ans,** avant de décroître (respectivement -14 % et -12 %) après 65 ans ;
- **le nombre de JEL des médecins hommes est plus important que celui des médecins femmes, de 12,5 JEL**[64], et est présent à toutes les classes d'âge – il diminue toutefois depuis 2021 (13,0 JEL en moyenne).

Graphique 23 : Nombre moyen de jours d'exercice libéral pour les médecins spécialistes en fonction du genre et de la tranche d'âge pour l'année 2025



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

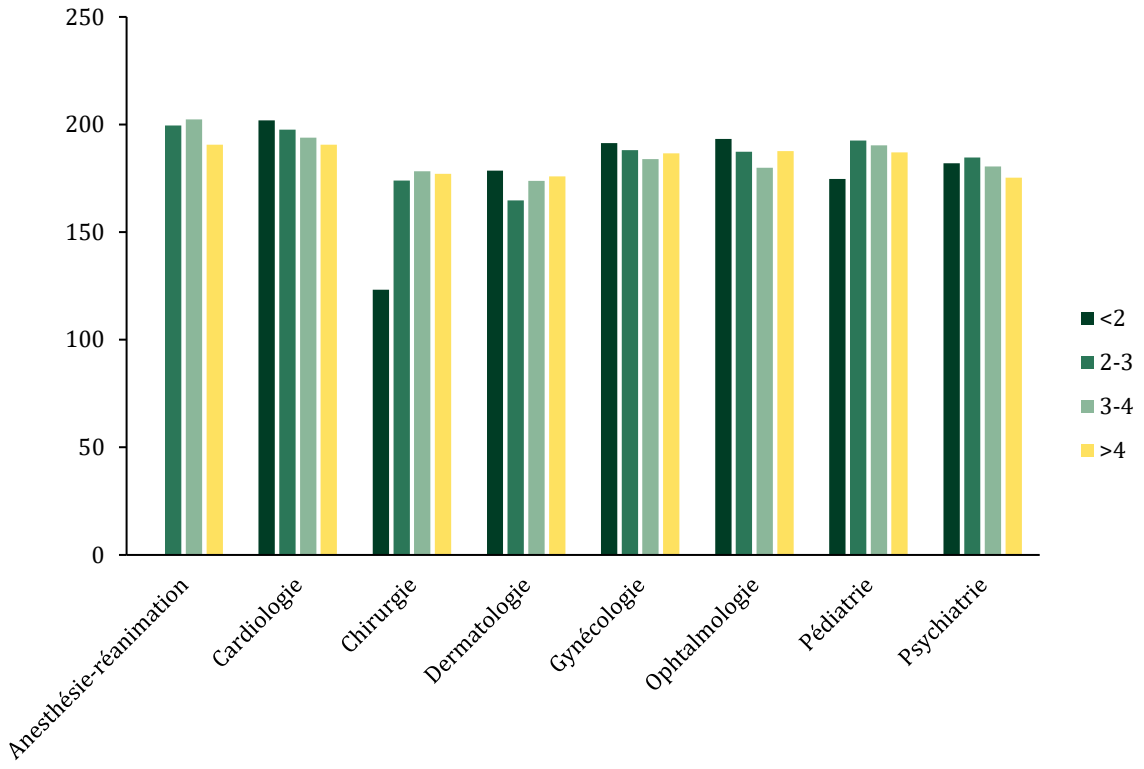
[63] Moyenne pondérée par les effectifs dans chaque spécialité.

[64] Moyenne pondérée par les effectifs au sein de chaque classe d'âge.

L'impact du territoire dans lequel le médecin exerce est mesuré, comme pour les médecins généralistes, *via* l'accessibilité potentielle localisée (APL) à la médecine générale du cabinet principal (cf. graphique 23). Cet impact dépend des spécialités :

- **l'écart entre la moyenne de la tranche et la moyenne entre les tranches est hétérogène entre spécialités, de 4 JEL pour la gynécologie à 11 JEL pour la pédiatrie** ;
- pour la cardiologie, le nombre de JEL diminue avec l'accessibilité, de 202 JEL à 191 JEL ;
- pour la dermatologie, la gynécologie et l'ophtalmologie, le nombre de JEL est maximum dans les zones à l'accessibilité limitée (APL < 2), puis connaît une trajectoire de décroissance puis de croissance avec l'accessibilité ;
- pour la pédiatrie et la psychiatrie, le nombre de JEL croît entre les deux premières tranches d'APL avant de décroître avec l'accessibilité ;
- compte-tenu du faible nombre de praticiens concernés, aucune valeur n'a été dérivée pour le nombre de JEL des anesthésistes-réanimateurs exerçant dans des zones à l'accessibilité limitée (APL <2). De même, la valeur pour les chirurgiens dans les zones de même catégorie fait l'objet d'une forte variabilité entre année, due au nombre de praticiens concernés.

Graphique 24 : Nombre moyen de JEL en fonction de l'accessibilité potentielle localisée de la localisation du cabinet principal du praticien en 2025



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR. Note de lecture : AR = Anesthésie-réanimation ; MG = Médecine généraliste (hors exercice particulier). Les intervalles correspondent à la valeur de l'indicateur APL dans la commune du cabinet d'exercice principal du praticien – « <2 » signifie par exemple « valeur de l'indicateur APL < 2 ».

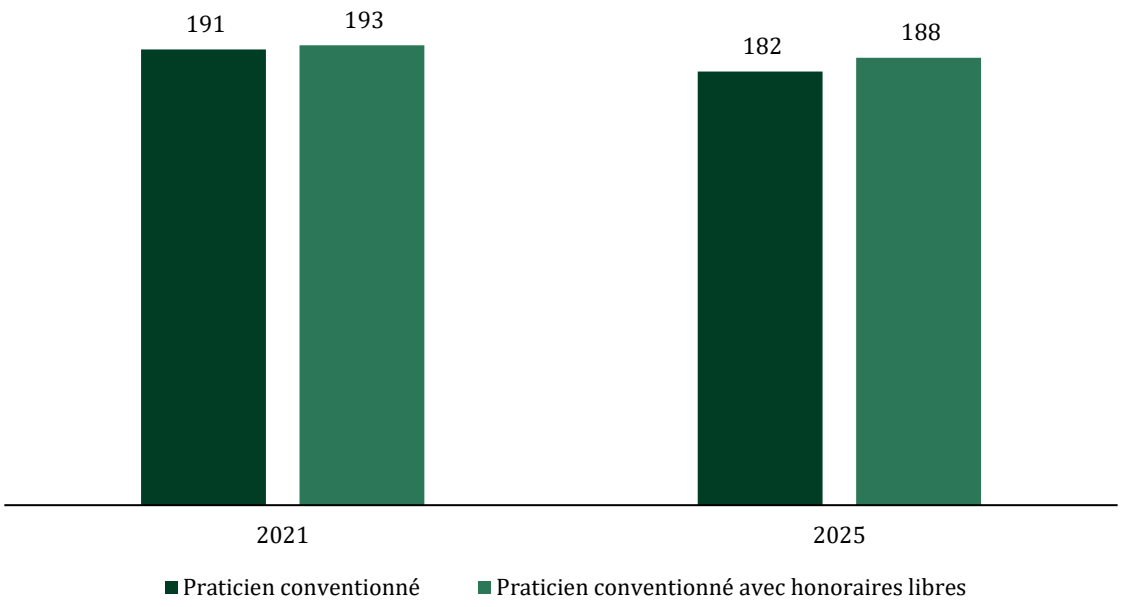
Les modalités de conventionnement ont également un impact sur le nombre moyen de JEL des médecins des spécialités étudiées[65] (cf. graphique 24) :

- **les praticiens conventionnés avec honoraires libres (dit en « secteur 2 ») exercent plus que les praticiens conventionnés hors honoraires libres (« secteur 1 »), de 6 JEL en moyenne en 2025[66] ;**
- **cet écart entre praticiens des deux secteurs s'est accru entre 2021 et 2025, de 2 JEL à 7 JEL.**

La variation des JEL selon le secteur de conventionnement est toutefois hétérogène selon la spécialité considérée (cf. tableau 13) :

- les spécialités avec le plus grand écart de JEL entre secteurs sont la chirurgie, avec 44 JEL d'écart en 2025, et l'anesthésie-réanimation (22 JEL d'écart), puis l'ophtalmologie (15 JEL) et la gynécologie (9 JEL) ;
- les spécialités avec le moins d'écart sont la pédiatrie, la psychiatrie et la dermatologie, tandis que la cardiologie est la seule spécialité pour laquelle les praticiens en secteur 1 exercent en moyenne 3 jours de plus par an que les praticiens en secteur 2 ;
- pour l'ensemble des spécialités, le nombre de JEL des praticiens en secteur 2 diminue moins que pour les praticiens en secteur 1, voire augmente pour les cardiologues (+1,2 JEL).

Graphique 25 : Évolution du nombre de jours d'exercice libéral des médecins des sept spécialités considérées selon le secteur de conventionnement



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

[65] Hors chirurgie, compte tenu de l'écart important du nombre moyen de JEL pour les praticiens de secteur 1 entre les chirurgiens et les autres spécialités considérées.

[66] Moyenne pondérée par les effectifs du nombre moyen de JEL selon le secteur de conventionnement.

Tableau 13 : Évolution du nombre de JEL selon le secteur de conventionnement selon la spécialité

Spécialité	2021		2025		Variation 2021/2025 praticien conventionné (JEL)	Variation 2021/2025 praticien conventionné avec honoraires libres (JEL)	Variation de l'écart entre praticien conventionné et conventionné avec honoraires libres (JEL)
	Praticien conventionné	Praticien conventionné avec honoraires libres	Praticien conventionné	Praticien conventionné avec honoraires libres			
Anesthésie-réanimation	188,8	206,2	178,2	200,3	-10,6	-5,9	+4,7
Cardiologie	199,9	189,0	193,0	190,2	-6,9	+1,2	+8,1
Chirurgie	144,7	187,5	138,2	182,2	-6,5	-5,3	+1,2
Dermatologie	184,0	181,3	172,8	175,3	-11,2	-5,9	+5,3
Gynécologie	184,5	191,6	178,7	187,9	-5,8	-3,7	+2,1
Ophtalmologie	188,4	194,1	174,5	189,6	-13,9	-4,5	+9,4
Pédiatrie	204,9	200,7	188,1	188,5	-16,7	-12,2	+4,6
Psychiatrie	184,9	185,6	176,1	178,0	-8,8	-7,6	+1,2

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

4.3. Comme pour les généralistes, l'activité des spécialistes s'intensifie en moyenne entre 2021 et 2025

Les constats formés sur l'évolution comparée des JEL, de divers indicateurs d'activité et sur le volume d'honoraires hors majoration des praticiens des spécialités considérées sont similaires à ceux formés pour les médecins généralistes :

- le nombre de JEL diminue pour chaque spécialité entre 2021 et 2025, de -3 % pour les cardiologues à -8 % pour les pédiatres ;
- sur la même période, le nombre de contacts par jours d'exercice augmente pour toutes les spécialités, de +0,1 pour les gynécologues à +3,9 en ophtalmologie ;
- pour toutes les spécialités, les nombres de contacts et d'actes diminuent moins en proportion que le nombre de JEL, voire augmentent, ce qui est cohérent avec une augmentation de l'activité par JEL ;
- pour toutes les spécialités, les honoraires (hors majoration) augmentent dans des proportions plus importantes que le nombre d'actes et le nombre de contacts.

Tableau 14 : Évolution des indicateurs d'activité par spécialité entre 2021 et 2025

Spécialité	JEL	Contacts	File active	Acte	Honoraires	Contacts/JEL
Anesthésie-réanimation	-5 %	2 %	4 %	6 %	7 %	1,1
Cardiologie	-3 %	9 %	10 %	8 %	11 %	1,6
Chirurgie	-4 %	6 %	10 %	7 %	15 %	1,2
Dermatologie	-5 %	1 %	3 %	-4 %	19 %	1,2
Gynécologie	-4 %	-4 %	-2 %	-3 %	9 %	0,1
Médecine générale	-8 %	-6 %	2 %	-5 %	13 %	0,6
Ophtalmologie	-4 %	8 %	7 %	14 %	22 %	3,9
Pédiatrie	-8 %	-6 %	-4 %	-5 %	27 %	0,3
Psychiatrie	-5 %	-1 %	11 %	-1 %	21 %	0,6
Médecine générale	*-8 %*	*-6 %*	*-5 %*	*2 %*	*13 %*	*0,6*

Source : Mission, à partir des données SNDS.

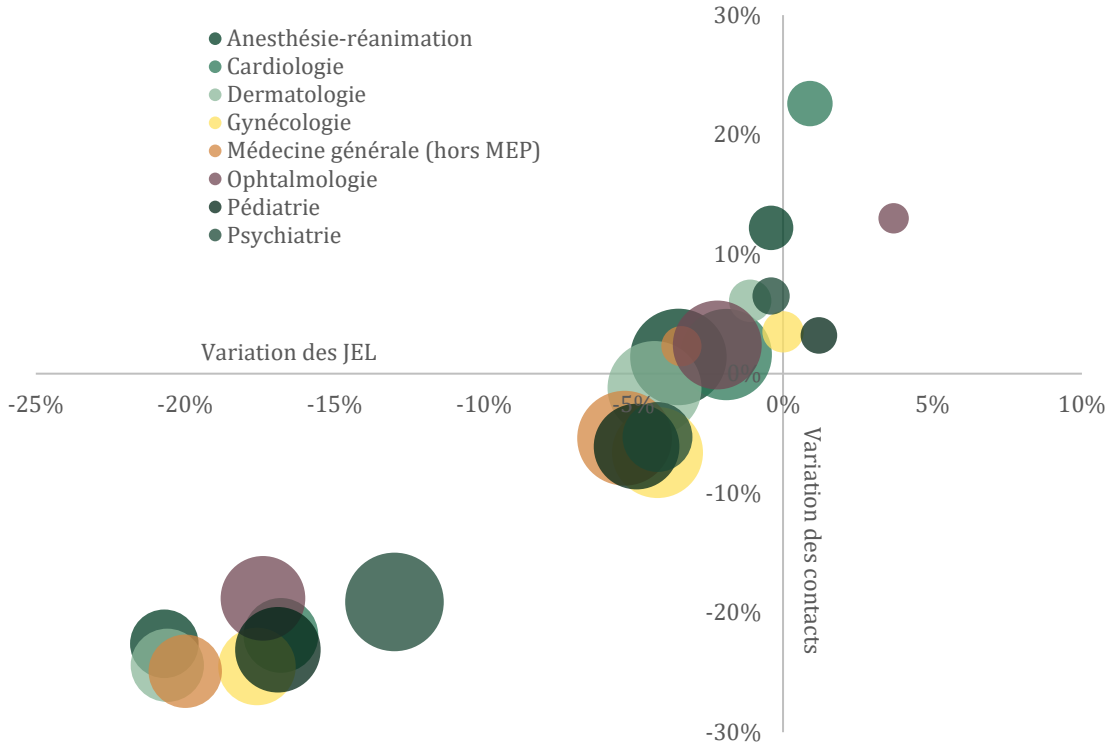
La mission a par ailleurs conduit le même travail de regroupement sur les données des sept spécialités qu'elle a sélectionnées que celui mené pour les généralistes (cf. 3.2). Comme pour les généralistes, cette analyse conduit à distinguer au sein de chaque spécialité trois groupes se distinguant à la fois par le niveau et l'évolution de leur activité libérale entre 2021 et 2025, et par plusieurs caractéristiques liées à leur personne ou leur exercice (cf. graphique 25), à savoir :

- **un groupe de praticiens composant de 31 % (psychiatrie) à 58 % (anesthésie-réanimation) des effectifs de spécialistes libéraux selon la spécialité, dont le nombre de JEL baisse peu (-5 % à -2 %) et l'activité évolue faiblement (-7 % à +2 % en nombre de contacts)** ;
- **un groupe de praticiens composant entre 29 % (anesthésie-réanimation) et 61 % (psychiatrie) des effectifs de spécialistes libéraux selon la spécialité, se caractérise par une baisse importante du nombre de JEL** (de -21 % à -13 %), conjointe à une baisse importante de l'activité (de -25 % à -19 % en nombre de contacts) – les effectifs de ces groupes sont relativement aux autres groupes plus âgés, plus féminisés, plus souvent en exercice mixte, ont un niveau global d'activité plus faible mais participent plus à la permanence des soins, participent moins aux modes d'exercice coordonnés valorisés par l'assurance maladie et recourent moins aux aides disponibles relatives à l'emploi d'un assistant médical et à l'équipement numérique ;

- **un groupe de praticiens composant de 6 % (ophtalmologie) à 13 % (cardiologie) des effectifs de spécialistes libéraux selon la spécialité, dont le nombre de JEL reste stable** (+/- 1 %, à l'exception de l'ophtalmologie avec +4 %) **et dont l'activité augmente sur la période**, parfois significativement (+6 % à + 23 % en nombre de contacts) – les effectifs de ces groupes se caractérisent notamment par un niveau d'activité élevé, un nombre important de contacts par jour (jusqu'à 73 pour les ophtalmologues) et un recours plus important aux aides à l'emploi d'assistants médicaux.

Les résultats détaillés pour chaque spécialité de cette analyse sont présentés à l'annexe IV.

Graphique 26 : Segmentation des spécialités en trois groupes sur la base des données de remboursement 2025



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR. Note de lecture : La taille des bulles est proportionnelle à la part de professionnels qu'elles représentent au sein de la spécialité. Les variations du nombre de contacts et du nombre de jours d'exercice libéral (JEL) correspondent aux variations entre 2021 et 2025.

5. L'enquête conduite par la mission auprès de sept spécialités montre un décalage entre les perceptions des médecins et les tendances observées mais conforte le constat d'une baisse du temps de travail au titre de l'activité libérale

La mission a conduit une enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités (anesthésie-réanimation, cardiologie, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie) à laquelle 1 560 médecins ont répondu. Les résultats de cette enquête ne peuvent être considérés comme représentatifs dès lors que trois spécialités ont essentiellement répondu (gynécologie, pédiatrie et ophtalmologie) et que les femmes y sont surreprésentées (67 % des médecins ayant répondus). 74 % des médecins ayant répondu à l'enquête conduite par la mission ont déclaré n'avoir qu'une activité libérale, ce qui est une proportion proche de la moyenne des médecins spécialistes hors médecine générale (71 %). Les médecins ayant déclaré une activité mixte exercent par ailleurs en majorité leur activité non libéral à l'hôpital public.

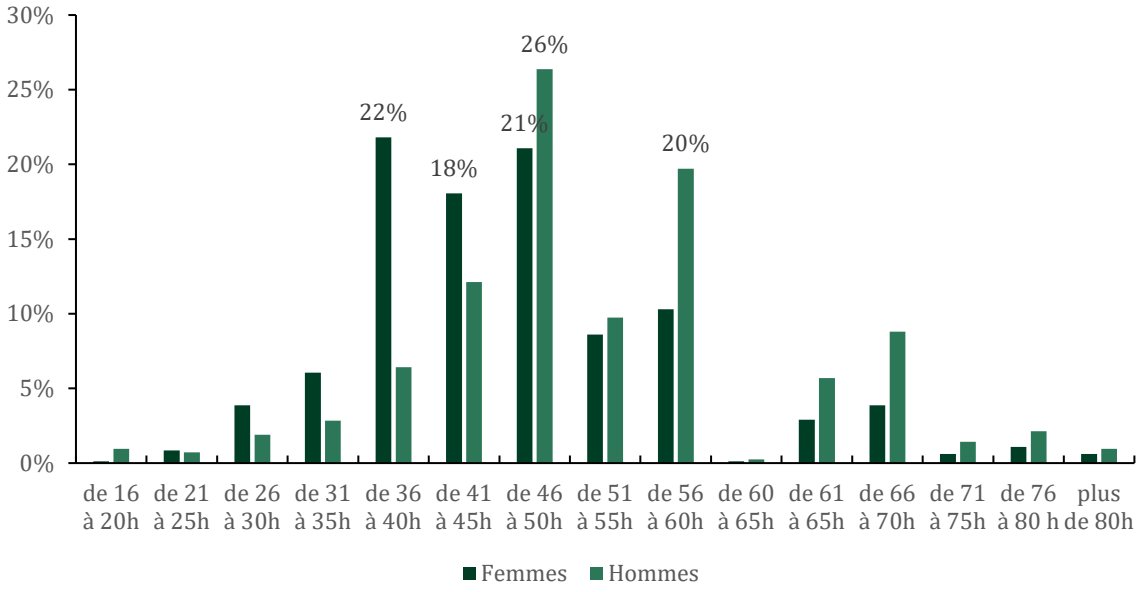
Le mode d'exercice privilégié déclaré est le regroupement au sein d'un même cabinet de médecins de la même spécialité (41 % des répondants), l'exercice en clinique concernant 25 % des répondants et l'exercice dans un cabinet seul représentant 19 % des médecins.

5.1. Les résultats de l'enquête confortent les constats sur les liens entre âge, genre et niveau d'activité libérale

Les médecins spécialistes ont déclaré un cycle de travail lors d'une semaine normale en moyenne de 46 à 50 heures, toute activités comprises. S'agissant de la seule activité libérale, le cycle de travail moyen déclaré est entre 40 et 45 heures hebdomadaires.

Les cycles hebdomadaires, toute activités comprises, des femmes sont néanmoins moins élevés proportionnellement que ceux des hommes. Le plus grand nombre d'entre elles a en effet un cycle de 46 à 50h et les effectifs se concentrent sur des durées hebdomadaires allant de 46 à 60h lorsque les effectifs des hommes se concentre sur les cycles de 56 à 65 heures hebdomadaires

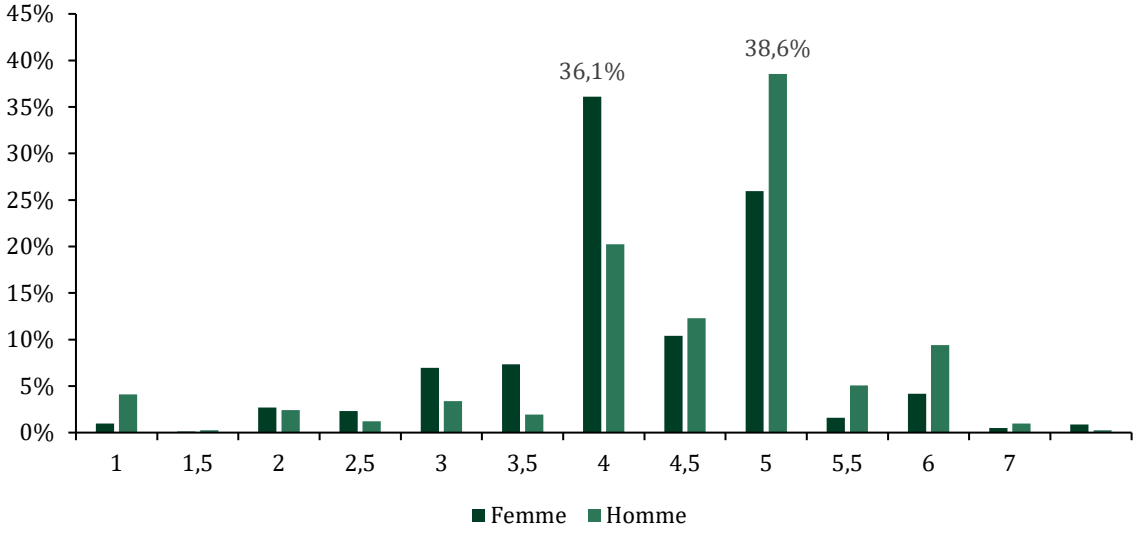
Graphique 27 : Cycles de travail hebdomadaires toutes activités confondues des médecins spécialistes ayant répondu à l'enquête par sexe (en % du nombre de répondants)



Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

S'agissant du nombre de jours d'exercice en activité libérale, les tendances constatées dans les données SDNS se retrouvent dans les réponses des médecins ayant répondu à l'enquête. Les médecins déclarent en effet exercer une activité libérale en moyenne 4,5 jours par semaine, les femmes déclarant dans leur plus grand nombre exercer 4 jours par semaine, les hommes 5 jours.

Graphique 28 : Nombre de jours d'exercice libéral déclaré par les répondants à l'enquête (en % du nombre de répondants)



Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

Le lien entre âge et nombre de jours d'exercice se constate aussi avec 39 % des 35-49 ans ayant déclaré 4 jours pour 21 % des 50-64 ans et 41 % de ces derniers déclarant travailler 5 jours pour 24 % des 35-49 ans.

Le travail le week-end n'est néanmoins pas marginal selon les déclarations des médecins, 41 % d'entre eux déclarant en faire régulièrement, avec une différence entre femmes et hommes faible.

Tableau 15 : Travail le week-end des médecins spécialistes par sexe

Fréquence du travail le week-end	Femmes		Hommes		Total	
Jamais	164	25 %	51	17 %	215	22 %
Occasionnellement	229	35 %	120	39 %	349	36 %
Régulièrement	263	40 %	135	44 %	398	41 %

Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

S'agissant de la répartition de leur temps entre les différences activités :

- les médecins ont à 63 % déclaré avoir une part de leur temps de travail consacrée aux tâches administratives de moins de 15 %, 40 % d'entre eux y consacrant entre 5 et 10 % de leur temps (cf. annexe V) ;
- le temps consacré à la formation représente quant à lui entre 5 et 10 % avec 63 % des médecins qui déclarent y consacrer ce laps de temps.

Par ailleurs, 79 % des médecins déclarent consacrer entre 66 et 95 % de leur temps à leur activité clinique.

La durée des consultations déclarée est plus élevée que celle du panel des médecins généralistes avec un temps de consultation moyen de 22,5 minutes déclarés. Ce temps varie cependant significativement entre les spécialités. Pour la gynécologie, la pédiatrie et l'ophtalmologie, seules spécialités ayant un nombre suffisant de réponses pour pouvoir être exploité, les temps moyens de consultation sont en effet de :

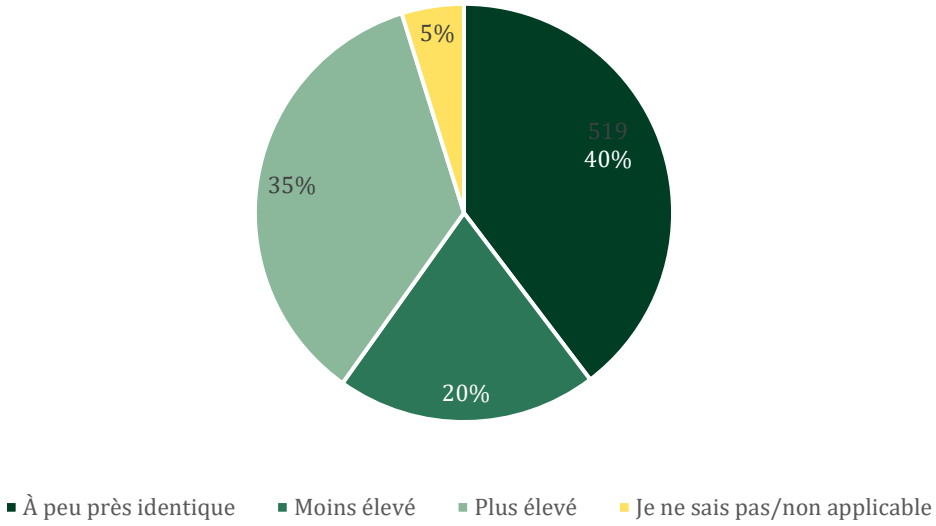
- 26,3 minutes pour la pédiatrie ;
- 21,3 minutes pour la gynécologie ;
- 14,4 minutes pour l'ophtalmologie.

5.2. 48 % des médecins spécialistes déclarent vouloir réduire leur temps de travail dans les prochaines années

Les perceptions des évolutions de leur temps de travail par les médecins spécialistes libéraux qui ont répondu à l'enquête ne sont pas en concordance avec ce que montrent les statistiques quant à l'activité des médecins libéraux.

Interrogés sur la perception qu'ils avaient sur l'évolution de leurs temps de travail depuis les cinq dernières années, 35 % d'entre eux ont effet répondu que leur temps de travail était plus élevé et 40 % à peu près identique, aucune différence significative n'apparaissant entre les femmes et les hommes. Seuls les plus de 65 ans ont majoritairement estimé que leur temps de travail avait baissé (50 % d'entre eux).

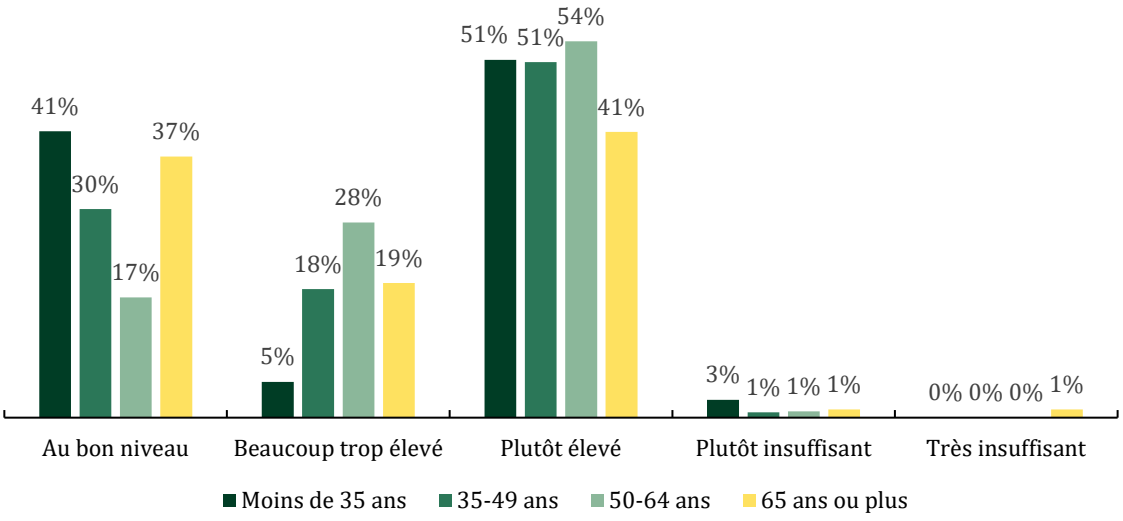
Graphique 29 : Estimation de l'évolution du temps de travail depuis les 5 dernières années



Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

53 % des médecins estiment qu'ils maitrisent plutôt ou tout à fait leur temps de travail. Mais, 51 % des médecins ayant répondu estiment par ailleurs que leur temps de travail est plutôt élevé et 21 % qu'il est beaucoup trop élevé. 27 % estiment qu'il est au bon niveau. Ces estimations, sensiblement identiques entre femmes et hommes, varient en revanche en fonction de l'âge, les plus jeunes estimant majoritairement que leur temps de travail est au bon niveau quand les répondant appartenant aux tranches de 36 à 65 ans estiment majoritairement qu'il est plutôt élevé.

Graphique 30 : Estimations du niveau du temps de travail par âge

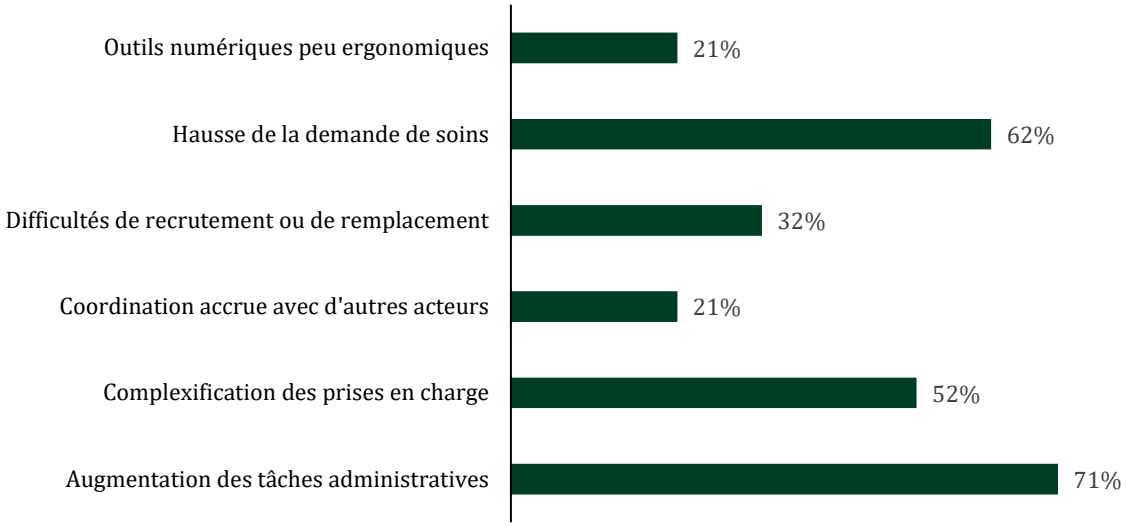


Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

Les motifs qui conduisent le plus à l'augmentation de leur charge de travail sont majoritairement de deux ordres :

- l'augmentation des tâches administratives pour 71 % des répondants ;
- les soins eux-mêmes qui sont plus complexes (52 %) avec une attente accrue de la patientèle (62 %).

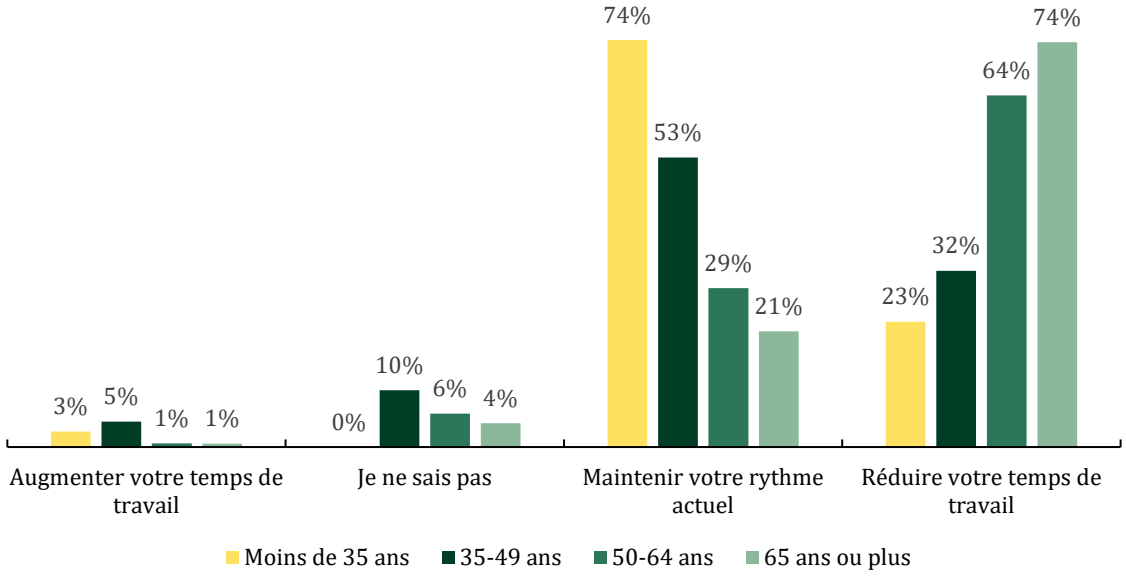
Graphique 31 : motifs d'augmentation de la charge de travail des médecins



Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

48 % des médecins ont déclarés qu'ils souhaitaient réduire leur temps de travail dans les prochaines années et 41 % qu'ils souhaitaient maintenir leur rythme actuel. L'effet de l'âge sur les perspectives envisagées est très sensible, la volonté de réduire s'accroissant avec la tranche d'âge. Plus de 20 % des médecins de moins de 35 ans déclarent néanmoins vouloir réduire leur temps de travail. La proportion d'hommes souhaitant réduire leur temps de travail (56 %) est par ailleurs plus élevée que celle des femmes (46 %).

Graphique 32 : perspective d'évolution du temps de travail en fonction de l'âge



Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

S'agissant des motifs pour lesquels les médecins déclarent qu'ils pourraient faire évoluer leur temps de travail, la fatigue professionnelle apparait au premier plan avec 71 % des médecins la mettant en avant ainsi que la conciliation vie professionnelle et vie personnelle qui regroupe 54 % des répondants.

Tableau 16 : Motifs pouvant faire évoluer le temps de travail des médecins

Réponse	Nombre de répondants	Part de répondants
La fatigue professionnelle	899	71 %
L'arrivée ou le départ d'un médecin de la même spécialité sur votre zone d'exercice	171	14 %
Une meilleure conciliation de votre vie professionnelle et personnelle	676	54 %
Votre rémunération	470	37 %
Autre	93	7 %
Total	**1 258**	**100 %**

Source : Mission, à partir des résultats de l'enquête auprès des médecins libéraux de sept spécialités.

Annexe IV

Temps d'activité libérale pour sept spécialités médicales

SOMMAIRE

1. LA MISSION A ÉTUDIÉ LES ÉVOLUTIONS DU TEMPS DE TRAVAIL ALLOUÉ À L'ACTIVITÉ LIBÉRALE POUR LES MÉDECINS DE SEPT SPÉCIALITÉS SUR LA BASE DES DONNÉES DE REMBOURSEMENT ET D'UNE ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES SPÉCIALISTES 1

1.1. La mission a sélectionné sept spécialités, représentant 41 % des médecins spécialistes libéraux, dont elle a analysé le temps de travail *via* les données d'activité 1

1.1.1. Choix des spécialités et structure des développements 1

1.1.2. Présentation méthodologique de la méthode de regroupement 3

1.2. L'enquête adressée aux médecins libéraux a permis de renforcer les constats pour trois des sept spécialités ciblées : la gynécologie, l'ophtalmologie et la pédiatrie 5

2. ANESTHÉSIE-RÉANIMATION 6

2.1. Caractéristiques de la spécialité 6

2.1.1. Démographie de la spécialité 6

2.1.2. Spécificités d'exercice 7

2.2. Les anesthésistes-réanimateurs libéraux exercent en 2025 en moyenne 4,1 jours par semaine et dix jours de moins par an qu'en 2021 9

2.3. L'activité par jour des anesthésistes-réanimateurs s'intensifie, du fait de la baisse continue depuis 2021 du nombre de jours d'exercice libéral et de la hausse de l'activité entre 2021 et 2023, tandis que le volume d'honoraires par praticien a repris sa croissance entre 2024 et 2025 11

2.4. 29 % des anesthésistes-réanimateurs libéraux, qui se caractérisent plutôt par un exercice plus mixte, une plus grande participation à la permanence des soins et un conventionnement en secteur 1, ont diminué leur nombre de jours d'exercice libéral et leur activité libérale de près de 20 % entre 2021 et 2025 12

3. CARDIOLOGIE 14

3.1. Caractéristiques de la spécialité 14

3.1.1. Démographie des cardiologues 14

3.1.2. Les spécificités de la spécialité 15

3.2. Les cardiologues libéraux exercent en 2025 4,2 jours par semaine en moyenne et 6 jours de moins par an qu'en 2021 17

3.3. Malgré une baisse de 3 % du nombre de jour d'exercice libéral entre 2021 et 2025, les données de remboursement montrent une augmentation de l'activité et du volume d'honoraires par praticien de plus de 7 % sur la période 19

3.4. 35 % des cardiologues libéraux, plus souvent en exercice mixte ou hospitalier, connaissent une forte contraction de leur activité libérale entre 2021 et 2025 20

4. DERMATOLOGIE 23

4.1. Caractéristiques de la spécialité 23

4.1.1. Démographie de la spécialité 23

4.1.2. Les spécificités de la spécialité 24

4.2. Les dermatologues libéraux sont les spécialistes exerçant le moins en activité libérale par semaine parmi les spécialités étudiées, avec 3,7 jours par semaine en 2025 et 10 jours de moins par an qu'en 2021 26
4.3. La baisse des jours d'exercice des dermatologues s'accompagne d'un recul des actes mais pas des contacts, tandis que les honoraires progressent de 19 % 28
4.4. 34 % des dermatologues libéraux, plus âgés et moins exclusivement libéraux, concentrent la baisse d'activité observée, tandis que 11 % des effectifs tirent les volumes et les honoraires à la hausse 28

5. GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET OBSTÉTRIQUE 31

5.1. Caractéristiques de la spécialité 31
5.1.1. Démographie de la spécialité 31
5.1.2. Caractéristiques de la spécialité 32
5.2. Les gynécologues libéraux exercent en 2025 en moyenne 3,9 jours par semaine et 9 jours de moins par an qu'en 2021, dans un contexte de recul des effectifs libéraux 34
5.3. En gynécologie, la baisse des jours d'exercice s'accompagne d'un léger recul de l'activité, sans intensification importante de l'activité par jour, tandis que le volume moyen d'honoraires progresse de 9 % 36
5.4. 38 % des gynécologues libéraux, plus âgés et plus souvent en exercice mixte, présentent une forte contraction de l'activité libérale 36
5.5. Exploitation de l'enquête pour les gynécologues 39
5.5.1. Organisation du travail des gynécologues ayant répondu 39
5.5.2. Le temps de travail et son évolution 40

6. OPHTALMOLOGIE 43

6.1. Caractéristiques de la spécialité 43
6.1.1. Démographie de la spécialité 43
6.1.2. Caractéristiques de la spécialité 44
6.2. Les ophtalmologues libéraux exercent en 2025 en moyenne 3,9 jours par semaine et 7 jours de moins par an qu'en 2021 46
6.3. La baisse des jours d'exercice des ophtalmologues s'accompagne d'une forte intensification de l'activité par jour, probablement portée par le recours accru aux orthoptistes 47
6.4. 6 % des ophtalmologues libéraux concentrent des niveaux d'activité et d'honoraires très élevés, avec près de 72 patients vus par jour d'exercice en moyenne 48
6.5. Exploitation de l'enquête pour l'ophtalmologie 51
6.5.1. Organisation du travail 51
6.5.2. Le temps de travail et son évolution 52

7. PÉDIATRIE 55

7.1. Caractéristiques de la spécialité 55
7.1.1. Démographie de la spécialité 55
7.1.2. Spécificités de la spécialité 57

7.2. Les pédiatres libéraux exercent en 2025 en moyenne 4,0 jours par semaine et 17 jours de moins par an qu'en 2021 59
7.3. En pédiatrie, l'activité recule moins vite que le nombre de jours d'exercice libéral, tandis que la revalorisation tarifaire de fin 2024 a conduit à une hausse des honoraires de 27 % depuis 2021 60
7.4. 46 % des pédiatres libéraux relèvent d'un groupe dont l'activité a baissé de 20 % depuis 2021 61
7.5. Exploitation de l'enquête en pédiatrie 64
7.5.1. Organisation du travail 64
7.5.2. Le temps de travail et son évolution 65

8. PSYCHIATRIE 68

8.1. Caractéristiques de la spécialité 68
8.1.1. Démographie de la spécialité 68
8.1.2. Spécificités de la spécialité 69
8.2. Les psychiatres libéraux exercent en 2025 en moyenne 3,9 jours par semaine et 10 jours de moins par an qu'en 2021 70
8.3. Malgré une baisse des jours d'exercice libéral, l'activité des psychiatres reste stable et la file active progresse de 11 %, tandis que les honoraires augmentent de 22 % 72
8.4. La psychiatrie se distingue par un groupe majoritaire de praticiens à faible activité, plus âgés et plus féminisés, qui porte l'essentiel de la baisse d'activité libérale 73

En complément des analyses menées sur les médecins généralistes et l'ensemble des médecins spécialistes, la mission a étudié plus spécifiquement le temps de travail au titre de l'activité libérale pour les médecins de sept spécialités. Cette analyse repose d'une part sur l'exploitation des données de remboursement pour les années 2021 à 2025, extraites du système national des données de santé (SNDS – cf. annexe I) et d'autre part sur une enquête adressée par la mission aux médecins libéraux des spécialités concernées (cf. pièce jointe n°3).

1. La mission a étudié les évolutions du temps de travail alloué à l'activité libérale pour les médecins de sept spécialités sur la base des données de remboursement et d'une enquête menée auprès des spécialistes

1.1. La mission a sélectionné sept spécialités, représentant 41 % des médecins spécialistes libéraux, dont elle a analysé le temps de travail *via* les données d'activité

1.1.1. Choix des spécialités et structure des développements

La mission a sélectionné sept spécialités dans le cadre de ses analyses du temps de travail des médecins lié à l'exercice libéral :

- l'anesthésie-réanimation ;
- la dermatologie ;
- la gynécologie médicale et obstétrique[1] ;
- la cardiologie ;
- l'ophtalmologie ;
- la pédiatrie ;
- la psychiatrie.

Les effectifs de ces spécialités représentent 41,3 % du nombre total de médecins spécialistes exerçant une activité libérale au 1er janvier 2025 (cf. tableau 1). Les sept spécialités retenues par la mission ont pour objectif de pouvoir examiner :

- des spécialités pour lesquelles la répartition entre femmes et hommes est sensiblement différente de la répartition moyenne chez les médecins spécialistes hors médecins généralistes ;
- des spécialités dont la moyenne d'âge diffère de la moyenne d'âge des médecins spécialistes hors médecins généralistes ;
- des spécialités avec un exercice clinique avec une faible part d'actes techniques et des spécialités pour lesquelles l'exercice clinique repose sur l'utilisation d'un plateau technique ;
- des spécialités pour lesquelles l'exercice libéral exclusif est très élevé de celles pour lesquels d'autres modalités d'exercice représentent une proportion significative ;
- des spécialités pour lesquelles la pratique de dépassement des taux des honoraires conventionnés est répandue ou pour lesquels elle s'est significativement accrue ces dernières années ;

[1] Les variables relatives à la spécialité ne permettant pas de séparer les deux spécialités de la gynécologie elles ont par conséquent été traitées indistinctement.

- des spécialités pour lesquelles le partage de tâches à des auxiliaires médicaux s'est développée ces dernières années ;
- des spécialités présentant une sensibilité particulière au regard des enjeux de santé publique : vieillissement de la population, santé mentale.

Tableau 1 : Spécialités sélectionnées par la mission

Spécialité	Proportion de médecins spécialistes	Taux de dépassement des praticiens de secteur 2[2]
Anesthésie-réanimation	9,9 %	58 %
Dermatologie	2,7 %	56 %
Gynécologie	5,7 %	59 %
Cardiologie	3,9 %	22 %
Ophtalmologie	4,4 %	56 %
Pédiatrie	6,9 %	44 %
Psychiatrie	11,7 %	58 %

Source : Mission, à partir du RPPS pour les données démographiques (au 1er janvier 2025) et du rapport du HCAAM d'octobre 2025 sur les dépassements d'honoraires (données 2024).

Chacune de ces spécialités fait l'objet d'un développement au sein de cette annexe. Chaque développement se structure de la façon suivante :

- une analyse de la démographie des effectifs sur la période 2017-2025, à partir des données RPPS ;
- une analyse des données d'activité (données de remboursement carte Vitale – cf. annexe I) sur la période 2021-2025 ;
- une présentation des résultats de l'enquête adressée aux médecins libéraux de la spécialité, dans les cas où le nombre de réponses exploitables reçues par la mission en permet l'exploitation, soit pour trois spécialités (gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie).

Concernant l'analyse des données d'activité, la mission présente pour chacune des spécialités :

- l'évolution de la distribution du nombre de jours d'exercice libéral (JEL), indicateur utilisé par la mission comme proxy pour analyser les évolutions en matière de temps de travail alloué à l'activité libérale ;
- l'évolution comparée de divers indicateurs annualisés liés à l'activité des médecins, à savoir le nombre d'actes effectués, le nombre de contacts avec des patients, le nombre de patients dans la file active et le volume des honoraires reçus (hors compléments et majorations d'actes) ;
- les résultats de la méthode de segmentation des médecins en trois groupes (méthode de regroupement, ou *clustering*)[3], avec, pour chaque groupe, une présentation de différentes statistiques d'activité permettant de caractériser les médecins y appartenant et des caractéristiques signifiantes du groupe toutes choses égales par ailleurs.

[2] Défini comme le rapport entre les dépassements et les honoraires valorisés aux tarifs conventionnels.

[3] Le regroupement est une méthode d'analyse de données non supervisée visant à regrouper automatiquement des observations en sous-ensembles homogènes, appelés clusters, de sorte que les observations d'un même groupe se ressemblent davantage entre elles qu'avec celles des autres groupes.

1.1.2. Présentation méthodologique de la méthode de regroupement

La mission a établi un large ensemble d'indicateurs de l'activité des médecins à partir du système national des données de santé (SNDS). Pour caractériser ce qui différencie les médecins au regard de l'ensemble de ces métriques, les praticiens sont regroupés par groupes homogènes *via* un algorithme de regroupement.

La première étape consiste à partitionner la population des médecins au sein de chaque spécialité sélectionnée en trois groupes homogènes d'activité à l'aide d'un algorithme dit des « K-moyennes » (cf. encadré 1). Cet algorithme est appliqué aux données de l'année 2025 à partir de 50 variables, comprenant notamment les indicateurs suivants :

- le nombre total de jours d'exercice libéral, ainsi que le nombre de chaque jour de la semaine ;
- la file active ;
- le nombre de contacts, ainsi que le nombre de contacts pour chaque jour de la semaine ;
- le nombre d'actes total, ainsi que le nombre d'actes chaque jour de la semaine ;
- le nombre d'actes cliniques[4], ainsi que le nombre d'actes cliniques chaque jour de la semaine ;
- le nombre d'actes techniques, ainsi que le nombre d'actes cliniques chaque jour de la semaine ;
- les honoraires hors compléments et majorations d'actes, ainsi que les honoraires par jours de la semaine.

Le nombre de groupes déterminé *a priori* par la mission est de trois pour chaque spécialité, ce qui est apparu suffisant pour former de premiers constats. Dans des études ultérieures, si la méthode devait être reproduite, ce paramètre pourrait être ajusté, notamment à la hausse pour affiner l'analyse.

[4] Regroupant les actes identifiés dans les données comme des consultations, des visites, ou des actes de téléconsultation.

Encadré 1 : Algorithme des K-moyennes

L'algorithme des *k-moyennes* consiste à définir k points qui représentent les positions centrales des groupes, dits groupes. Les observations sont ainsi catégorisées en k groupes, réalisant une partition de l'ensemble de la population des médecins retenue, k étant un paramètre du modèle renseigné par l'utilisateur.

Formellement, l'algorithme des *k-moyennes* cherche à partitionner un ensemble de points $(x_1, x_2, \dots, x_n)$ en k ensembles $S_1, \dots, S_k$, minimisant la distance totale entre les points et le barycentre du groupe auquel chacun de ces points a été affecté. Le but est donc de trouver les valeurs de $S_1, \dots, S_k$ minimisant la quantité suivante :

$$\sum_{i=1}^{k} \sum_{x_j \in S_i} \|x_j - \mu_i\|^2$$

Où μ_i est le barycentre de S_i.

L'algorithme répondant à ce problème de minimisation est alors le suivant :

1). Choisir de k points représentant les positions moyennes $\mu_1^{(1)}, \mu_2^{(1)}, \dots, \mu_k^{(1)}$ initiales de chacune des groupes initiaux $S_1^{(1)}, S_2^{(1)}, \dots, S_k^{(1)}$.

2). Répéter jusqu'à convergence :

1). Affecter chaque observation au groupe dont le barycentre est le plus proche :

$$S_i^{(t)} = \left\{ x_j : \|x_j - \mu_i^{(t)}\| \leq \|x_j - \mu_l^{(t)}\| \; l \in \{1, \dots, k\} \right\}$$

2). Mettre à jour le barycentre de chaque groupe : $\mu_i^{(t+1)} = \frac{1}{|S_i^{(t)}|} \sum_{x_j \in S_i^{(t)}} x_j$

Source : IGF pôle science des données

Dans un second temps, la caractérisation de chaque groupe, ou cas-type, de médecins, est effectuée à partir d'une analyse factorielle de données mixtes (AFDM), afin d'intégrer à la fois les variables continues et catégorielles dans l'analyse (cf. encadré 2)**.**

Outre les variables utilisées pour constituer les groupes et les variables socio-démographiques des médecins, la mission a calculé des indicateurs de recours à des dispositifs relatif au temps de travail et à l'activité (permanence des soins, types d'actes particuliers comme la téléexpertise ou les soins d'urgences, activité de coordination etc.). La réduction de la dimension effectuée permet de synthétiser l'information de ces nombreuses variables et de conserver les composantes principales qui permettent d'expliquer au moins 50 % de la variance de l'échantillon.

Enfin, les composantes principales sont utilisées dans une régression multinomiale afin de caractériser les cas-types construits avec l'algorithme des K-moyennes. Cette méthode permet d'identifier l'effet, toutes choses égales par ailleurs, de ces composantes sur la probabilité pour une médecin d'appartenir à l'un des cas-types, relativement au cas-type de référence (cf. encadré 2).

Encadré 2 : Analyse factorielle de données mixtes

L'analyse factorielle de données mixtes (AFDM) est une méthode statistique qui permet de synthétiser les informations présentes dans les différentes variables quantitatives et qualitatives d'une base de données. Les données sont standardisées (centrées-réduites) et les différentes modalités des variables qualitatives sont normalisées pour que leur poids total dans l'analyse soit le même que celui des variables continues.

La première étape consiste à calculer la matrice de variance-covariance, notée S. Cette matrice est ensuite exprimée ainsi

$$S = V\,D\,V^T$$

Avec V la matrice des vecteurs propres, qui indiquent la direction de chaque composante principale dans l'espace vectoriel des variables, et D la matrice diagonale des valeurs propres, qui représentent la quantité de variance expliquée par chaque composante. Chaque composante *i* est donc associée à une valeur propre (λ_i) et à un vecteur propre u_i, qui contient une valeur par variable. Une valeur élevée, en valeur absolue, associée à une variable signifie que cette variable est déterminante dans la définition de la composante considérée (autrement dit, est corrélée à la composante).

Dans la suite de l'analyse, les composantes permettant d'expliquer au moins 50 % de la variance totale (soit le nombre de composantes qui permettent d'obtenir une somme des valeurs propres de 0,5 *a minima*) des données sont retenues pour caractériser les données. Pour chacune des composantes, les variables avec les valeurs les plus élevées dans chaque vecteur propre sont utilisées pour définir les composantes en termes d'activité et de caractéristiques des médecins.

Source : IGF pôle science des données

1.2. L'enquête adressée aux médecins libéraux a permis de renforcer les constats pour trois des sept spécialités ciblées : la gynécologie, l'ophtalmologie et la pédiatrie

Une enquête a été adressée aux médecins libéraux de ces sept spécialités par la voie des conseils nationaux professionnels (CNP) et d'organisations syndicales. L'enquête, élaborée par la mission, a été conduite du 8 avril au 4 juin 2026. La mission a pu exploiter 1 560 questionnaires de réponses (cf. pièce jointe n°3).

Le panel des répondants n'est pas représentatif des sept spécialités retenues. Seuls les médecins de trois spécialités ont en effet répondu en nombre suffisant pour pouvoir faire une exploitation spécifique des réponses de cette spécialité : la gynécologie, la pédiatrie et l'ophtalmologie. Il convient néanmoins de souligner que même pour ces spécialités, le nombre de médecins ayant répondu est faible au regard des effectifs et l'échantillon de réponses ne peut être considéré comme représentatif. Les femmes y sont par ailleurs surreprésentées, 2/3 environ des répondants appartenant à ce genre. Les constats issus de l'exploitation des réponses à ce questionnaire sont à considérer comme des éléments qualitatifs, à intégrer en complément des analyses statistiques menées par la mission sur la base des données de remboursement.

Tableau 2 : nombre de répondants à l'enquête de la mission par spécialité

Spécialité	Femmes	Hommes	Total
Anesthésie-réanimation	37	49	86
Cardiologie	5	14	19
Dermatologie	6	0	6
Gynécologie-obstétrique	461	208	669
Ophtalmologie	76	104	180
Pédiatrie	362	69	431
Psychiatrie	8	12	20
Autre	93	56	149
Total général	**1048**	**512**	**1560**

Source : enquête nationale auprès des médecins spécialistes libéraux – traitement mission

2. Anesthésie-réanimation

2.1. Caractéristiques de la spécialité

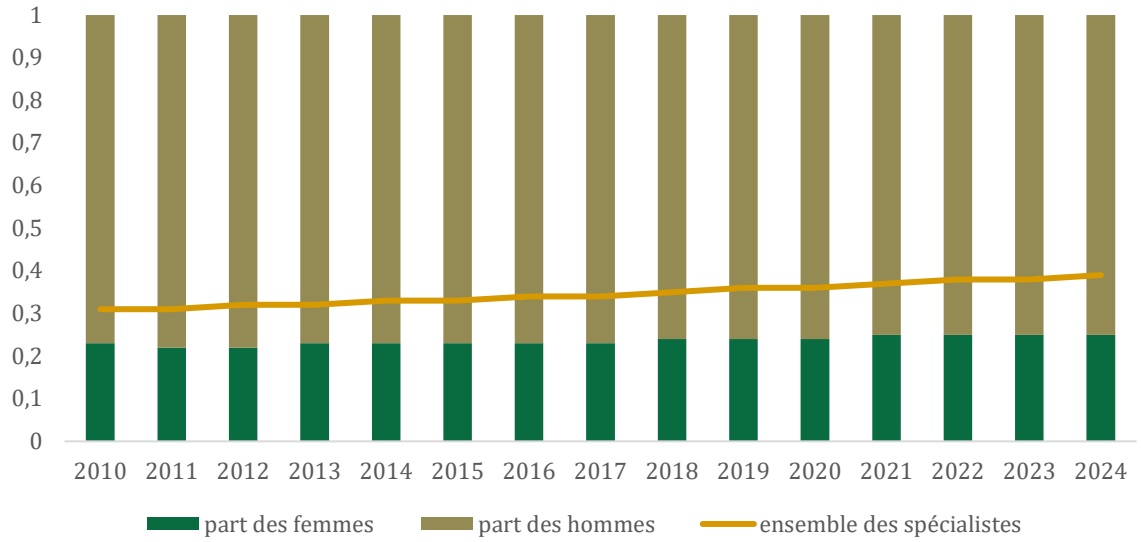
2.1.1. Démographie de la spécialité

Les anesthésistes réanimateurs sont 13 273[5]en 2024. Ils sont minoritairement libéraux, 32 % des médecins exerçant dans cette spécialité étant en exercice libéral exclusif ou mixte. Il s'agit ainsi d'une spécialité s'exerçant majoritairement dans les établissements de santé publics dans le cadre du salariat. Le nombre de médecins en exercice libéral est en hausse avec une progression de +12 % entre 2010 et 2024.

La spécialité est plus masculinisée que chez les autres spécialistes, les hommes représentant en 2024 75 % des anesthésistes-réanimateurs libéraux, cette proportion n'ayant que peu évolué sur les 14 dernières années.

[5] Source : RPPS retraitées par la Drees.

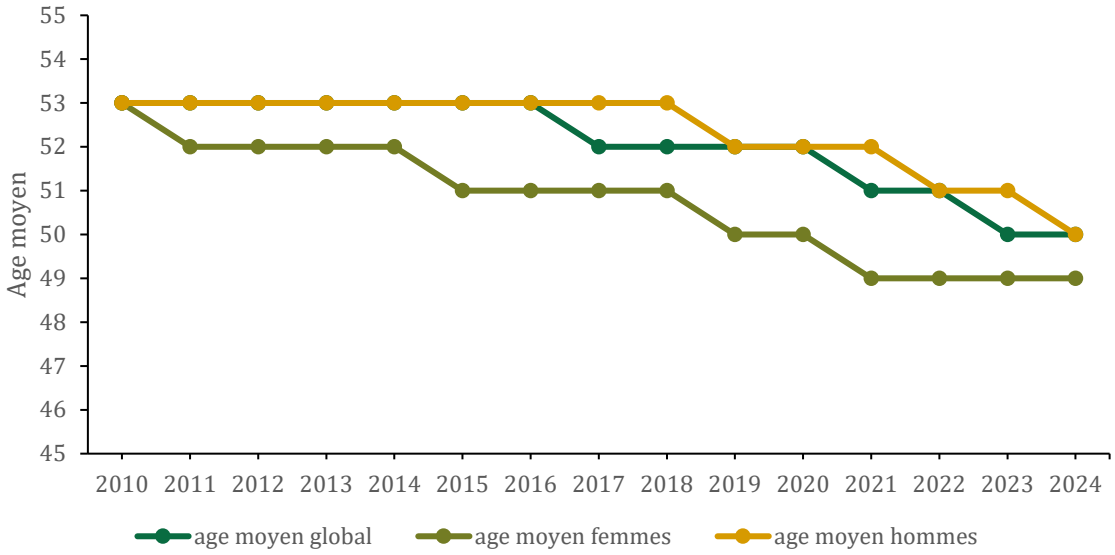
Graphique 3 : Proportion d'hommes et de femmes chez les anesthésistes-réanimateurs de 2010 à 2024



Source : –Mission, à partir de données Cnam.

Avec une part des plus de 60 ans à 21 % et un âge moyen des anesthésistes-réanimateurs de 50 ans, la profession est un peu plus jeune que la moyenne des spécialistes libéraux hors médecins généralistes dont la moyenne d'âge est de 53 ans et la part des plus de 60 ans de 35 %.

Graphique 1 : Âge moyen des anesthésistes-réanimateurs libéraux de 2010 à 2024

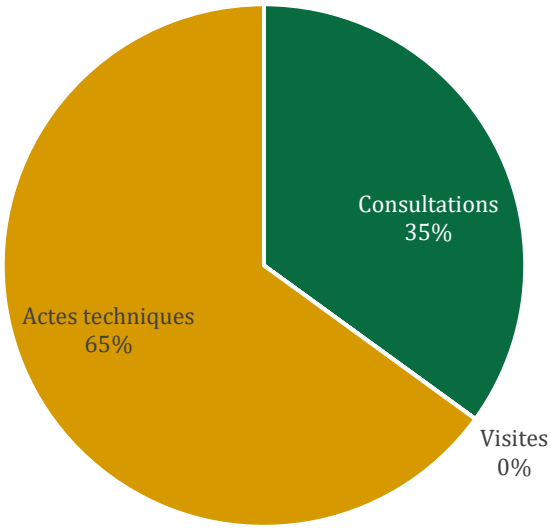


Source : Mission, à partir de données Cnam.

2.1.2. Spécificités d'exercice

L'anesthésie et la réanimation sont des spécialités dites de bloc qui impliquent majoritairement des actes techniques mais également une composante de consultation et de surveillance.

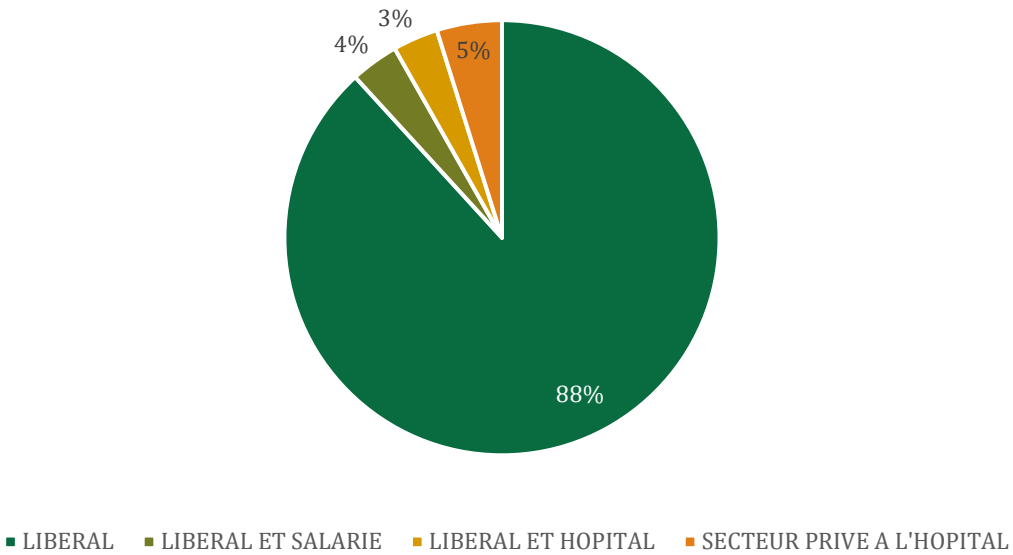
Graphique 2 : Répartition des actes des anesthésistes réanimateurs libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

La profession se caractérise par une part plus importante de médecins ayant une activité libérale exclusive, celle-ci s'élevant à 88 % des anesthésistes-réanimateurs libéraux alors que l'exercice libéral exclusif représente une part de 72 % pour l'ensemble des médecins spécialistes libéraux, hors médecine générale. La progression de l'exercice libéral exclusif est même un peu plus forte que celle de l'ensemble des anesthésistes-réanimateurs libéraux avec une hausse de 13 % entre 2010 et 2024.

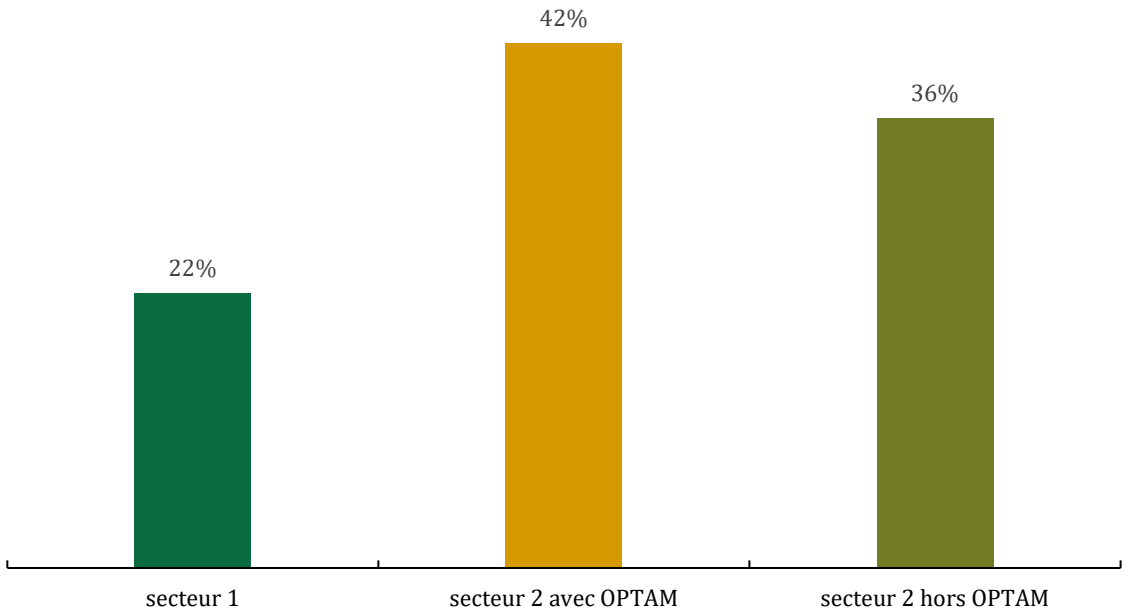
Graphique 3 : Modes d'exercice des anesthésistes-réanimateurs libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

S'agissant du conventionnement, les anesthésistes-réanimateurs libéraux se répartissent de façon quasi-identique en trois groupes : le secteur 1 (33 %), le secteur 2 avec OPTAM (33 %) et le secteur 2 non adhérent à l'OPTAM (34 %).

Graphique 4 : secteurs conventionnels des anesthésistes libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

2.2. Les anesthésistes-réanimateurs libéraux exercent en 2025 en moyenne 4,1 jours par semaine et dix jours de moins par an qu'en 2021

Entre 2021 et 2025, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs exerçant une activité libérale (anesthésistes-réanimateurs libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie a progressé de 7,7 %, passant de 3 402 à 3 665 praticiens (cf. tableau 4). Sur la même période, le nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 201 à 191 jours par an, soit une baisse de 10 jours. **En 2025, les anesthésistes-réanimateurs libéraux exerçaient ainsi en moyenne 4,1 jours par semaine en activité libérale, en prenant pour référence 52 semaines dans l'année dont 5 semaines de congés.**

Le nombre de praticiens ayant une faible activité libérale a augmenté sur la période 2021-2025. En 2025, 317 anesthésistes-réanimateurs, soit 8,6 % des effectifs libéraux, ont moins de 100 jours d'exercice libéral dans l'année, correspondant approximativement à une activité inférieure à deux jours par semaine en moyenne. En 2021, cette part s'élevait à 6,7 % des effectifs libéraux.

À l'inverse, le nombre de praticiens ayant plus de 280 jours d'exercice libéral en 2025, soit approximativement plus de 6 jours par semaine en moyenne, a connu une diminution, passant de 5,5 % à 4,2 % des effectifs libéraux. Le volume d'activité très élevé de certains médecins peut être lié à des situations de remplacement non-identifiables dans les données du SNDS. Le RPPS indique ainsi qu'en 2025, 1 395 anesthésistes-réanimateurs libéraux entrent dans la catégorie « remplaçants, activité non renseignée ».

Tableau 4 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral des anesthésistes-réanimateurs

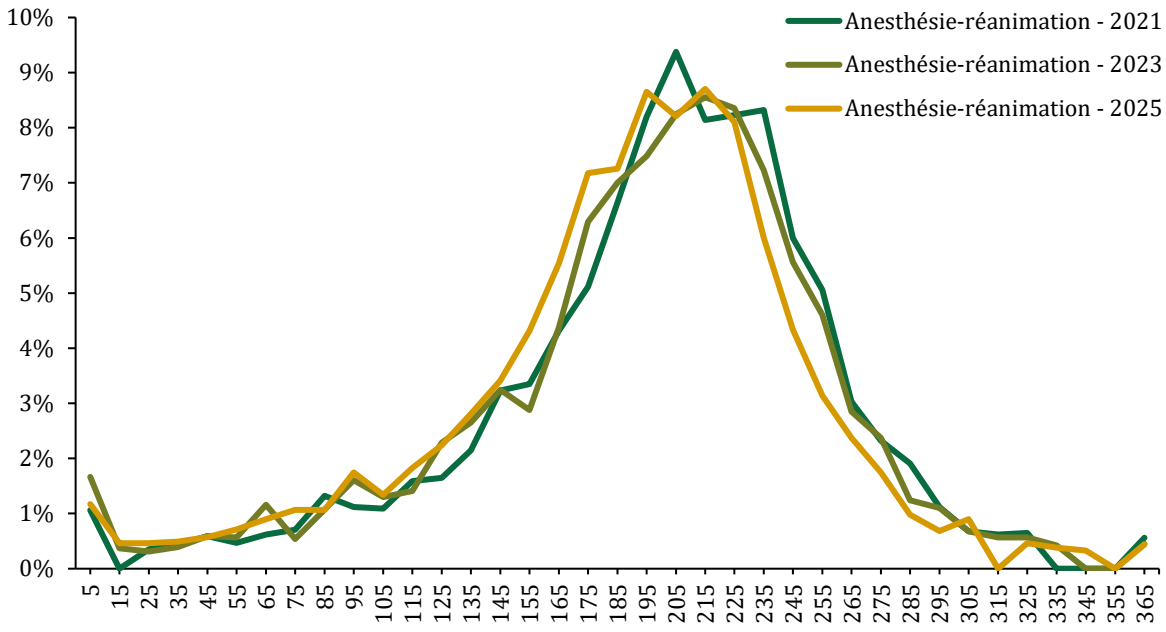
Anesthésie-réanimation	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	3 402	3 542	3 665
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	201	196	191
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par semaine par praticien	4,3	4,2	4,1
Nombre de praticiens ayant en moyenne plus de six jours par semaine d'exercice libéral	188	178	153
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	227	293	317

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecins anesthésistes-réanimateurs libéraux pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 5). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une stabilité dans la dispersion des situations individuelles, avec notamment une concentration de praticiens exerçant autour de 200 jours par an. La comparaison des courbes laisse par ailleurs apparaitre un déplacement vers un nombre plus faible de jours d'exercice libéral, en lien avec la diminution de 10 jours en moyenne par praticien sur la période 2021-2025.

Par ailleurs, les trois courbes présentent un pic situé autour de 80 à 100 jours d'exercice libéral par an, indiquant une concentration de praticiens exerçant approximativement 2 jours par semaine, ce que la part de praticiens en exercice mixte explique en partie (cf. 2.4).

Graphique 5 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecin anesthésiste-réanimateur



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

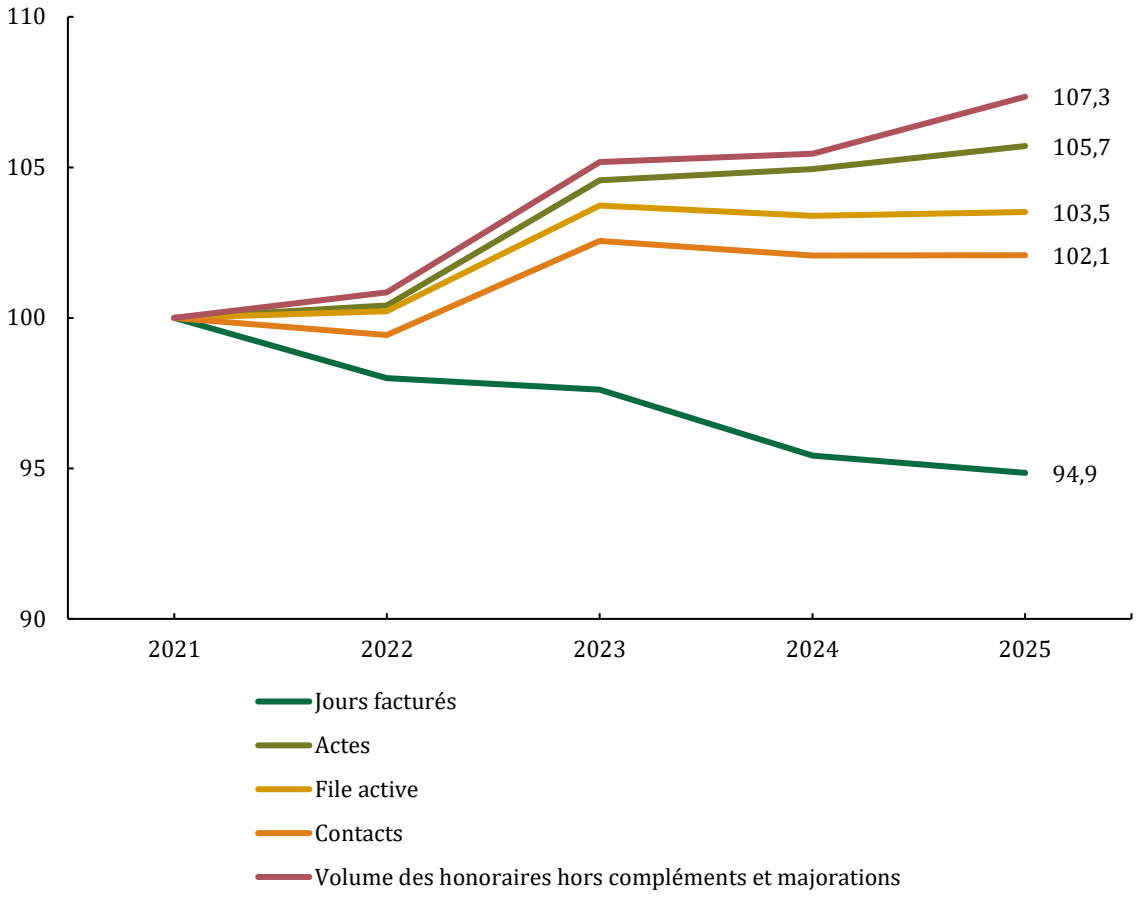
2.3. L'activité par jour des anesthésistes-réanimateurs s'intensifie, du fait de la baisse continue depuis 2021 du nombre de jours d'exercice libéral et de la hausse de l'activité entre 2021 et 2023, tandis que le volume d'honoraires par praticien a repris sa croissance entre 2024 et 2025

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des anesthésistes réanimateurs libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de 5,1 % sur cinq ans (cf. graphique 6).

Cependant, cette diminution du nombre de jours d'exercice libéral **n'est pas accompagnée d'une baisse de l'activité des anesthésistes-réanimateurs.** En effet, le nombre d'actes réalisés progresse de +5,7 % sur cinq ans, avec une augmentation marquée sur la période 2021-2023 suivie d'une relative stabilité sur la période 2023-2025. Le nombre de contacts ainsi que la file active suivent la même dynamique. Par ailleurs, sur la période, le nombre moyen de contacts par jour augmente, de 14,5 en 2021 à 15,6 en 2025. **Ces évolutions suggèrent une intensification de l'activité des praticiens par jour d'exercice libéral, qui devrait se poursuivre.**

Par ailleurs, le volume des honoraires hors majorations et compléments d'actes est l'indicateur le plus dynamique, avec une hausse soutenue de +7,3 % sur la période, particulièrement marqué entre 2022 et 2023 et entre 2024 et 2025**.**

Graphique 6 : Évolution d'indicateurs relatifs aux anesthésistes-réanimateurs libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

2.4. 29 % des anesthésistes-réanimateurs libéraux, qui se caractérisent plutôt par un exercice plus mixte, une plus grande participation à la permanence des soins et un conventionnement en secteur 1, ont diminué leur nombre de jours d'exercice libéral et leur activité libérale de près de 20 % entre 2021 et 2025

La méthode de regroupement appliquée aux données des médecins anesthésistes (cf. tableau 5) met en évidence trois groupes de praticiens dont la différenciation repose principalement sur le niveau d'activité. Le premier groupe, qui regroupe près de 58 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 209,4 jours en moyenne en 2025, soit l'équivalent de quatre jours par semaine. L'activité de ce groupe est restée relativement stable sur la période 2021-2025 en comparaison des deux autres groupes : le nombre moyen de jours d'exercice libéral a connu une baisse de 4 %, tandis que la file active a augmenté de + 4 %, le nombre de contacts de +1 %, et les honoraires moyens de +6 %, pour atteindre 344 786 € en 2025.

Le deuxième groupe, qui regroupe 29 % des praticiens, se distingue par une activité significativement plus faible, à 130,5 jours d'exercice libéral en 2025, soit environ deux jours et demi par semaine. Ce groupe se caractérise par une diminution significative de son activité sur la période 2021-2025 : -20 % pour la file active, -21 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral, -23 % pour le nombre moyen de contacts et -19 % pour les honoraires moyens, qui s'élevaient à 150 535 € en 2025. Ce groupe est également le plus féminisé, les femmes représentant un peu plus d'un tiers des praticiens du groupe, et le plus âgé, avec une moyenne d'âge de 52,4 ans. Il comprend de plus une part plus importante de praticiens conventionnés en secteur 1 : 42,7 % des praticiens du groupe contre respectivement 25,6 % et 26,0 % des praticiens des premier et troisième groupes.

Le troisième groupe rassemble une minorité de praticiens (12 %), moins féminisée (12,3 % de femmes) et qui concentre les niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ces niveaux sont par ailleurs orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : si le nombre de jours exercés dans l'année est resté stable, à 251,1 jours (soit 4,8 jours par semaine en moyenne) en 2025, la file active a augmenté de +10 %, le nombre moyen de contacts de +12 % et les honoraires moyens de +19 %, pour atteindre 560 010 € en 2025.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 6) :

- la participation à la permanence des soins, la réalisation de gardes et astreintes (les praticiens du groupe 2 réalisent plus de gardes et moins d'astreintes comparativement, alors que c'est l'inverse pour les praticiens du groupe 3) ;
- la réalisation de prestations coordonnées (les praticiens du groupe 2 en réalisent plus comparativement) ;
- le volume d'actes pour avis (les praticiens du groupe 3 en réalisent plus comparativement).

Par ailleurs, la nature de l'exercice libéral ressort comme une dimension structurante de la composition des groupes. Alors que les praticiens des premier et troisième groupes sont respectivement 94,7 % et 91,9 % à exercer une activité libérale exclusive, ils sont 72,4 % dans le second groupe. En particulier, 18 % des praticiens du deuxième groupe sont des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital public, où un plafond de deux demi-journées hebdomadaires est prévu par le code de la santé publique.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des anesthésistes-réanimateurs à les inclure dans leurs travaux.

Tableau 5 : Caractéristiques des trois groupes d'anesthésistes-réanimateurs libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	2 138	1 078	454
Part de femmes	24,2 %	34,2 %	12,3 %
Moyenne d'âge	49,4 ans	52,4 ans	49,2 ans
Moyenne d'APL	4,6	4,5	4,4
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	209,4	130,5	251,1
Nombre moyen de contacts	3 334	1 339	5 285
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	344 786 €	150 535 €	560 010 €
Honoraires moyens par contact	103,43 €	112,44 €	105,96 €
Nombre moyen de contacts par jour	15,9	10,3	21,0
Évolution de la file active (2021-2025)	+4 %	-20 %	+10 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-4 %	-21 %	+0 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	+1 %	-23 %	+12 %
Évolution des honoraires moyens (2021-2025)	+6 %	-19 %	+19 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	3 %	5 %	1 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	45 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	1 550	716	2 547
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	0,3 %	0,5 %	0,1 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	25,4	10,5	36,1
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	-	-	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	25,7	10,6	36,9
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	9,6	5,6	12,9
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	18,2	6,6	27,4
Part des actes pour avis	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Part des actes complexes	-	0,0	-
Part des demandes de téléexpertise	0,0 %	0,9 %	0,1 %
Part des actes de téléexpertise	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nombre de prestations de coordination	548	308	857
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	82,4 %	57,0 %	82,5 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	0,6 %	0,3 %	1,4 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	58,6 %	36,0 %	55,7 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	-	-	-
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	25,6 %	42,7 %	26,0 %
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	74,4 %	57,3 %	74,0 %

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	3,0 %	5,0 %	3,3 %
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	94,7 %	72,4 %	91,9 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	2,0 %	4,2 %	4,8 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	0,5 %	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0,3 %	18,0 %	0,0 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 6 : Caractérisation des groupes en anesthésie-réanimation, toutes choses égales par ailleurs

Groupe	Effectif	JEL	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	2 138	209,4	Groupe de référence
2	1 078	130,5	▪ plus jeunes ▪ volumes de contacts, d'honoraires, d'actes plus faibles ▪ nombres de nuits, de gardes et de prestations hors jours ouvrés plus élevés mais nombre d'astreintes plus faible ▪ plus de prestations coordonnées ▪ davantage de praticiens en secteur 1
3	454	251,1	▪ plus âgés ▪ volumes de contacts, d'honoraires, d'actes plus élevés ▪ nombres de nuits, de gardes et de prestations hors jours ouvrés plus faibles mais nombre d'astreintes plus élevé ▪ moins de prestations coordonnées ▪ davantage d'actes pour avis

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR. Note de lecture : la caractérisation des groupes se fait « toutes choses égales par ailleurs ». Les anesthésistes-réanimateurs du groupe 2 ont par exemple un nombre de prestations réalisées hors jours ouvrés plus faible que les anesthésistes-réanimateurs des deux autres groupes. Néanmoins, lorsque l'on raisonne toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en contrôle du fait que ce groupe a également un niveau d'activité (volume de contacts, d'actes etc.) plus faible, le nombre de prestations réalisées hors jours ouvrés par les anesthésistes-réanimateurs dans ce groupe est relativement plus fort que pour les deux autres groupes.

3. Cardiologie

3.1. Caractéristiques de la spécialité

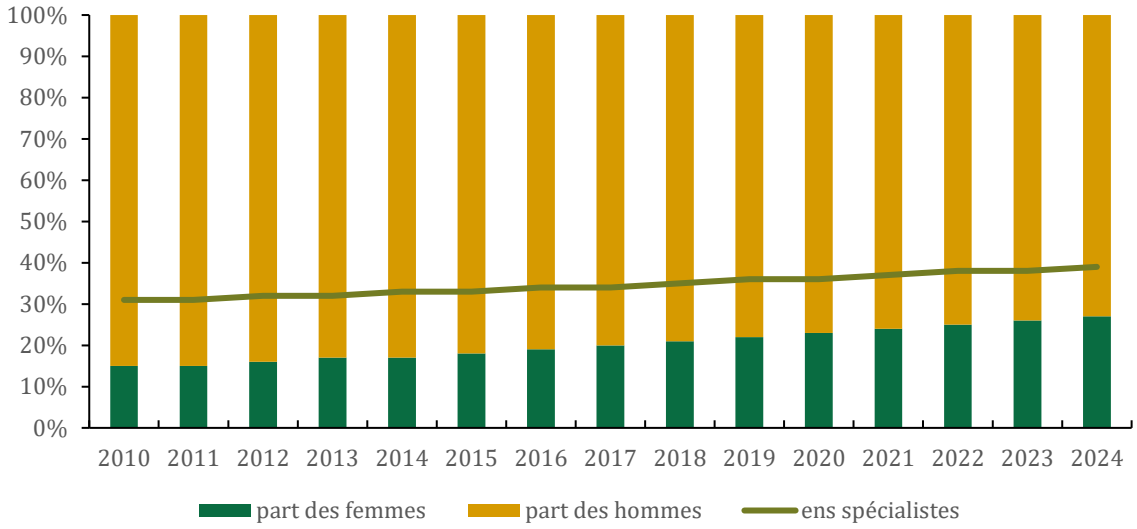
3.1.1. Démographie des cardiologues

Les cardiologues et spécialistes des maladies vasculaires sont au nombre de 7 437 en 2024[6] quel que soit leur mode d'exercice. Ils exercent principalement en secteur libéral, 71 % d'entre eux ayant un exercice libéral exclusif ou mixte. Le nombre de cardiologues libéraux est en légère diminution avec une baisse de 3 % des effectifs entre 2017 et 2024.

Les cardiologues libéraux sont une population majoritairement masculine et ce en proportion plus importante que la moyenne des médecins spécialistes libéraux même si la part des femmes a quasiment doublé entre 2010 et 2024 en passant de 15 % à 27 %.

[6] Source : RPPS retraité par la Drees.

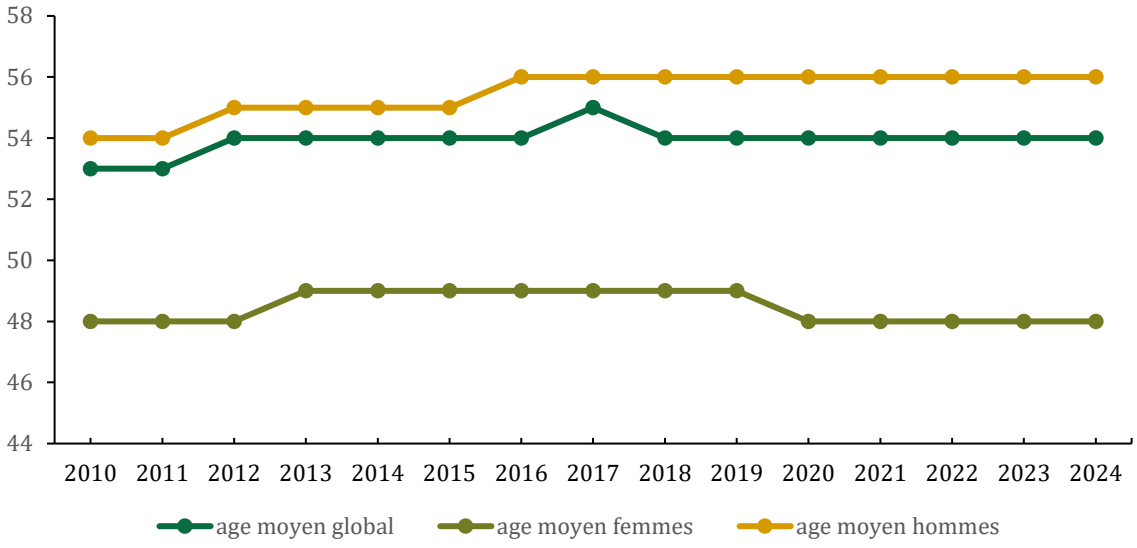
Graphique 7 : Proportion d'hommes et de femmes chez les cardiologues libéraux de 2010 à 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

L'âge moyen des cardiologues libéraux est de 54 ans, légèrement au-dessus de la moyenne des spécialistes (53 ans) avec une différence entre hommes (56 ans) et femmes (48 ans). Les plus de 60 ans représentent 37 % des cardiologues libéraux.

Graphique 8 : Âges moyens des femmes et des hommes cardiologues libéraux de 2010 à 2024



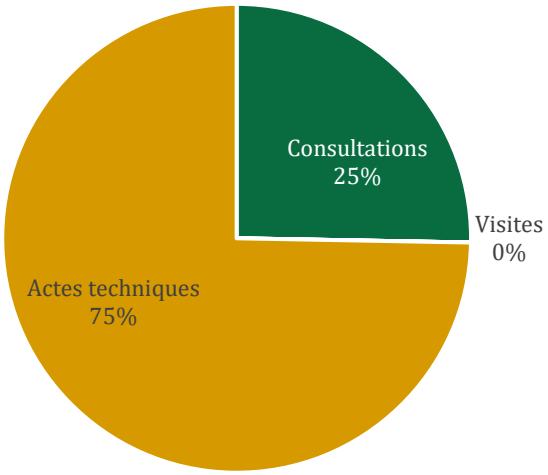
Source : Mission, à partir de données Cnam.

3.1.2. Les spécificités de la spécialité

La cardiologie est une spécialité à composante technique élevée car elle requiert pour l'établissement d'un diagnostic le recours à plusieurs actes nécessitant un équipement technique. L'exercice de la cardiologie englobe différents types de spécialisations parmi lesquelles la rythmologie, dédiée aux troubles du rythme cardiaque, la coronarographie ou encore la cardiologie interventionnelle, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des soins intensifs dans les situations d'urgence (infarctus par exemple).

Les actes techniques représentent ainsi 75 % de l'activité des cardiologues libéraux en 2024.

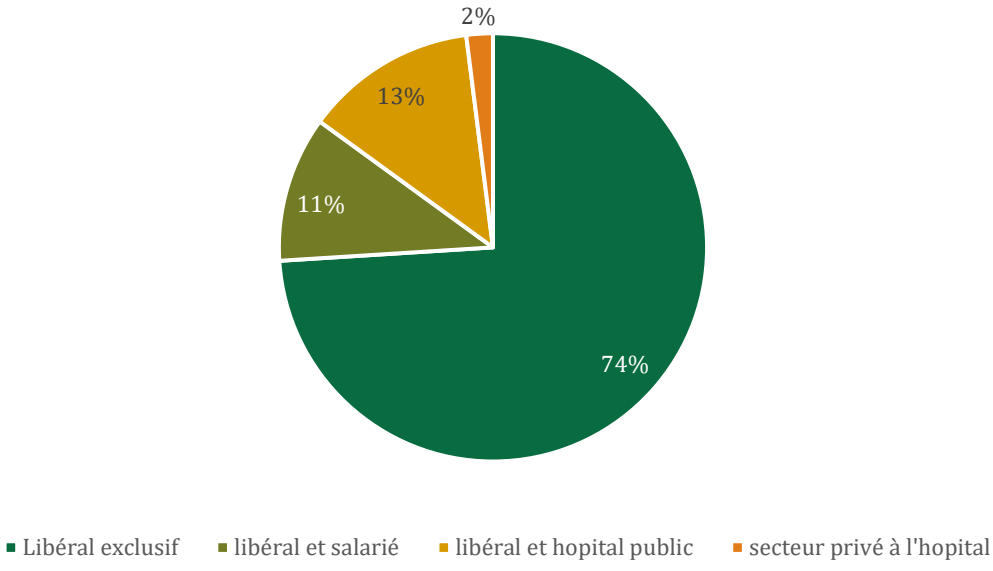
Graphique 9 : Répartition des actes des cardiologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

Les cardiologues sont majoritairement en exercice libéral exclusif (67 %) mais dans une proportion moindre que la moyenne des spécialistes libéraux (72 %). La part des cardiologues qui ont une activité dans le secteur hospitalier privé est plus importante que pour d'autres spécialités.

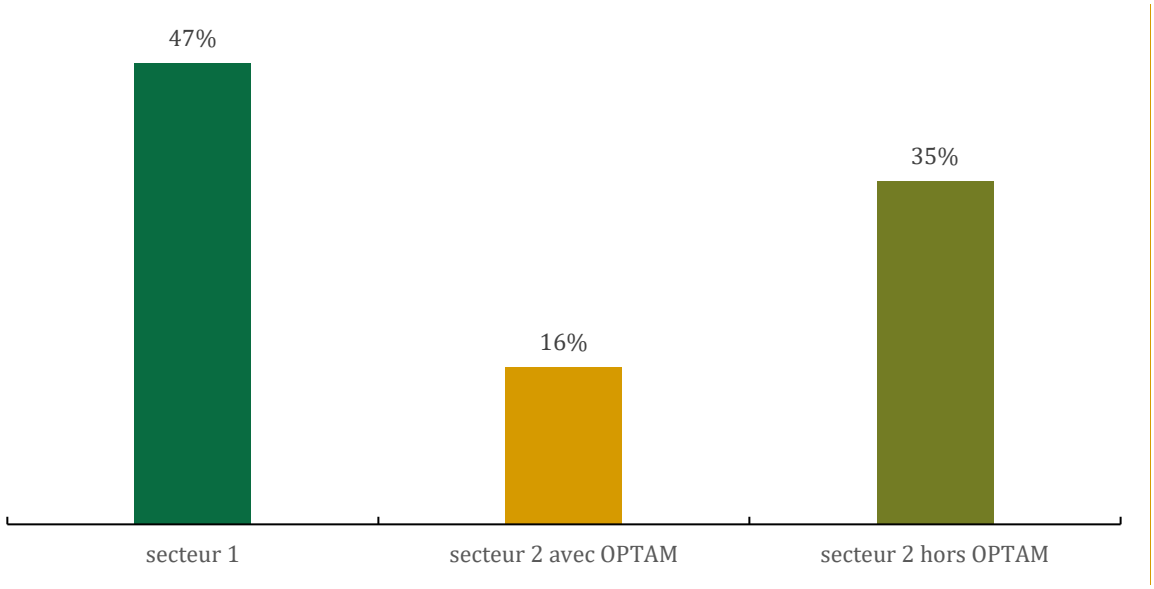
Graphique 10 : Activités des cardiologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

La part des cardiologues en secteur 1 est élevée avec 69 % des cardiologues libéraux ayant choisi ce secteur

Graphique 11 : Secteurs conventionnels des cardiologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

3.2. Les cardiologues libéraux exercent en 2025 4,2 jours par semaine en moyenne et 6 jours de moins par an qu'en 2021

Entre 2021 et 2025, le nombre de cardiologues exerçant une activité libérale (cardiologues libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie, a progressé de 3, 0 %, passant de 4 617 à 4 755 praticiens (cf. tableau 7). Sur la même période, **le nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 204 à 198 jours par an, soit une baisse de 6 jours en moyenne sur quatre ans. En 2025, les cardiologues libéraux exercent en moyenne 4,2 jours par semaine.**

Le nombre de praticiens ayant exercé en libéral sur un faible nombre de jours a augmenté sur la période 2021-2025. En 2025, 690 cardiologues, soit 14,5 % des effectifs libéraux, ont moins de 100 jours dans l'année d'exercice libéral, correspondant à une activité inférieure à deux jours par semaine en moyenne. En 2021, cette part s'élevait à 12,4 % des effectifs libéraux. Une part des praticiens comptabilisant un faible nombre de jours d'exercice libéral peut être expliquée par la pratique d'une activité mixte, à la fois libérale et salariée (cf. *supra*).

Le nombre de praticiens ayant plus de 280 jours d'exercice libéral, soit plus de 6 jours par semaine en moyenne, en 2025, a également augmenté, passant de 489 (4,4 % des effectifs) à 521 praticiens (5,6 %). Le volume d'activité très élevé de certains médecins peut être lié à des situations de remplacement non identifiables dans les données du SNDS. Le RPPS indique ainsi qu'en 2025, 678 cardiologues libéraux entrent dans la catégorie « remplaçants, activité non renseignée ».

Tableau 7 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral des cardiologues

Cardiologues	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	4 617	4 687	4 755
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	204	201	198
Nombre moyen de jours de d'exercice libéral par semaine par praticien	4,3	4,3	4,2
Nombre de praticiens ayant en moyenne plus de six jours d'exercice libéral par semaine	489	472	521
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	574	614	690

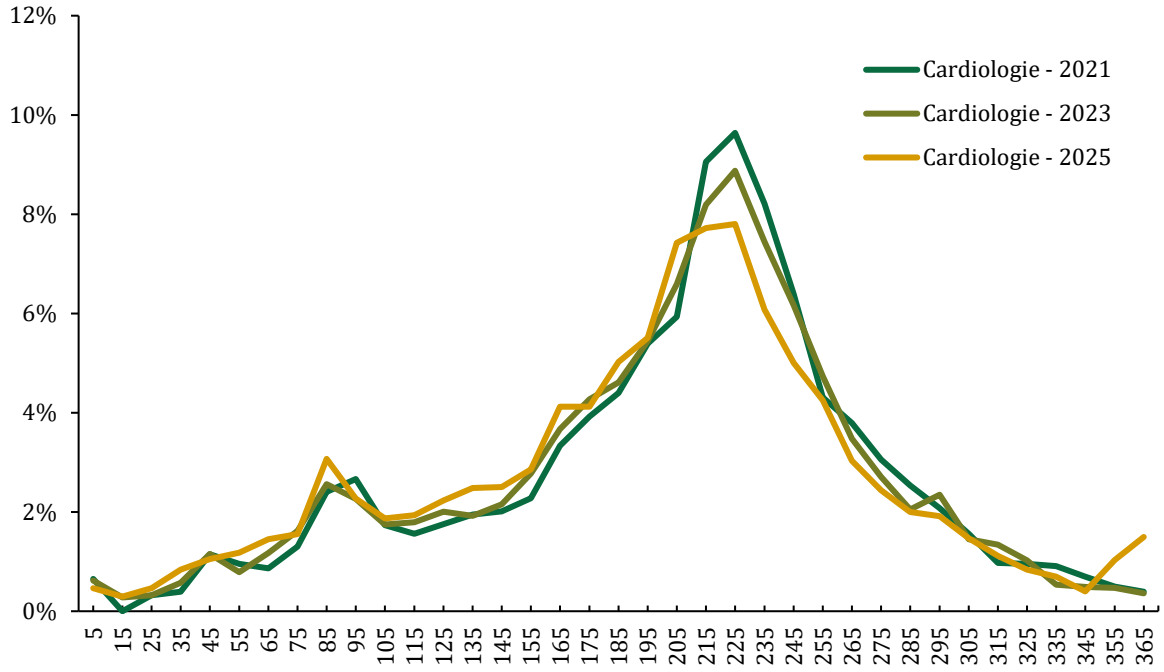
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecins cardiologues libéraux pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 12). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une relative stabilité dans la dispersion des situations individuelles. Leur comparaison laisse cependant apparaitre un déplacement vers la gauche de la courbe pour l'année 2025, traduisant une diminution du nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien. La courbe pour l'année 2025 se situe au-dessous de celles de 2021 et 2023 pour les niveaux d'activité les plus élevés et au-dessus des deux autres courbes pour les niveaux d'activité les plus faibles.

La comparaison des trois courbes laisse ainsi apparaitre une augmentation du nombre de praticiens exerçant moins de 4 jours par semaine (soit approximativement moins de 190 jours) : ils étaient 40 % en 2025, contre 34 % en 2021.

Par ailleurs, les trois courbes présentent un pic de moindre activité autour de 85 jours d'exercice libéral par an, indiquant une concentration de praticiens exerçant approximativement 2 jours par semaine.

Graphique 12 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par cardiologue



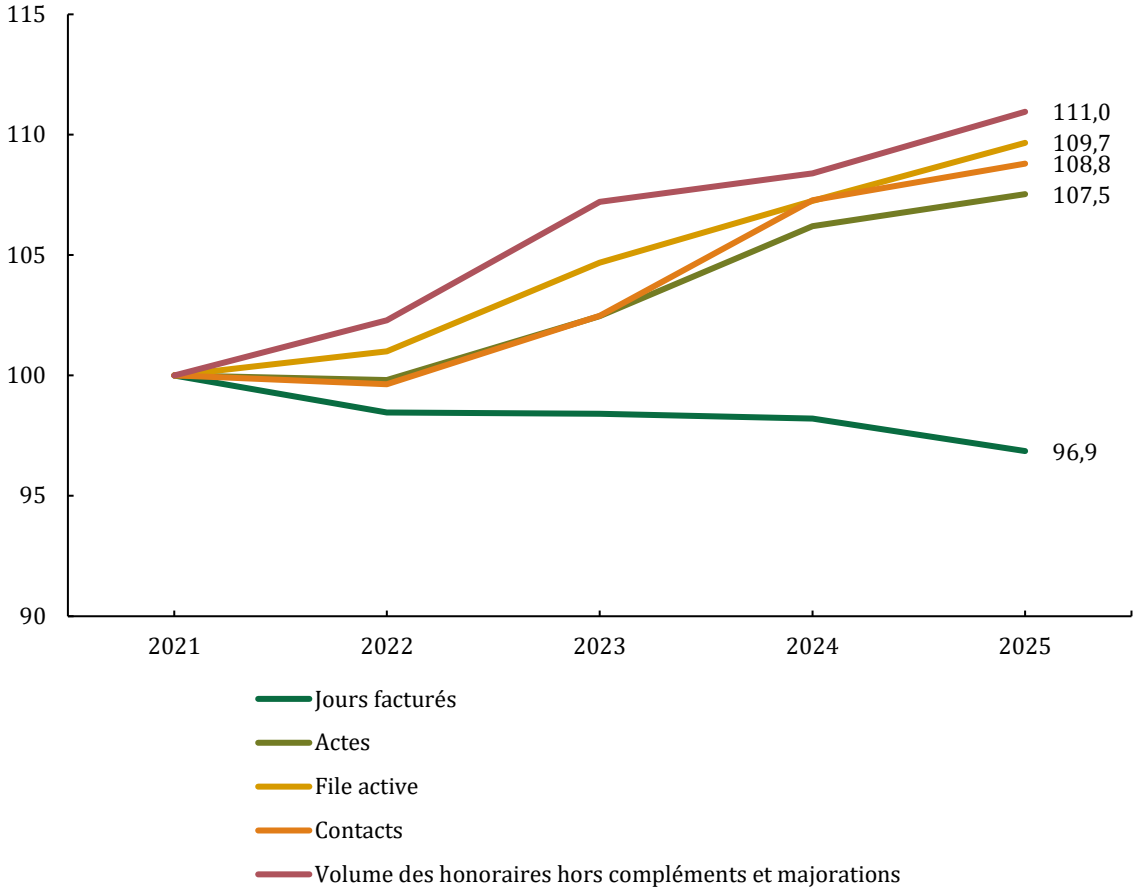
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

3.3. Malgré une baisse de 3 % du nombre de jour d'exercice libéral entre 2021 et 2025, les données de remboursement montrent une augmentation de l'activité et du volume d'honoraires par praticien de plus de 7 % sur la période

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des cardiologues libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de -3,1 % sur cinq ans (cf. graphique 13). **Cependant, cette diminution du nombre de jours** d'exercice libéral **n'est pas accompagnée d'une baisse de l'activité des cardiologues.** En effet, le nombre d'actes réalisés progresse de +7,5 % sur cinq ans. Le nombre de contacts ainsi que la file active progressent également de 8,8 % et 9,7 % respectivement. Sur la période, le nombre de contacts par jour d'exercice libéral augmente, de 13,0 contacts par jour en 2021 à 14,6 en 2025. **Ces évolutions suggèrent une intensification de l'activité des praticiens par jour d'exercice libéral.**

Par ailleurs, le volume des honoraires hors majorations et compléments d'actes est l'indicateur le plus dynamique, avec une hausse soutenue de +11,0 % sur la période.

Graphique 13 : Évolution d'indicateurs relatifs aux cardiologues libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

3.4. 35 % des cardiologues libéraux, plus souvent en exercice mixte ou hospitalier, connaissent une forte contraction de leur activité libérale entre 2021 et 2025

La méthode de regroupement appliquée aux médecins cardiologues libéraux met en évidence trois groupes de praticiens dont la différenciation repose principalement sur le niveau variable d'activité.

Le premier groupe, qui regroupe 52 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 226,8 jours en moyenne en 2025, soit l'équivalent de 4,4 jours par semaine (4,8 sur la base de 5 semaines de congés). L'activité de ce groupe est restée relativement stable sur la période 2021-2025 en comparaison des deux autres groupes : le nombre moyen de jours d'exercice libéral a connu une baisse de -2 %, tandis que le nombre moyen de contacts a augmenté de +2 %. La file active a augmenté de +7 % et les honoraires moyens de +7 %, pour atteindre 325 337 € en 2025.

Le deuxième groupe, qui regroupe près de 35 % des praticiens, se distingue par une activité significativement plus faible, à 125,4 jours d'exercice libéral en moyenne en 2025, soit un peu moins de 2,5 jours par semaine (2,7 avec 5 semaines de congés). Ce groupe se caractérise par une diminution significative de son activité sur la période 2021-2025 : -15 % pour la file active, -17 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral, -22 % pour le nombre moyen de contacts. La baisse des honoraires de ce groupe est moins importante que le reste des indicateurs, à -4 %, pour s'élever à 147 760 €. Ce groupe regroupe des praticiens plus âgés (+1,7 ans par rapport au premier groupe et +2,9 ans par rapport au troisième groupe), qui travaillent moins la nuit et hors jours ouvrés que les deux autres groupes.

Le troisième groupe rassemble une minorité de praticiens (13 %), moins féminisée (15,5 % de femmes) et qui concentre les niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ces niveaux sont par ailleurs orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : si le nombre de jours exercés dans l'année est resté stable, à 270,6 jours (soit 5,2 jours par semaine en moyenne, ou 5,8 jours sur la base de 5 semaines de congés) en 2025, la file active a augmenté de +21 %, le nombre moyen de contacts de +23 %. Les honoraires de ce groupe ont également augmenté, de manière légèrement moins dynamique que l'activité, pour s'établir à 626 389 € par praticien en 2025. Le recours à des remplacements ne peut être exclu pour expliquer le caractère particulièrement intense de l'activité de ce groupe, avec des semaines moyenne supérieures à cinq jours. Par ailleurs, le nombre élevé de contacts par jour peut être expliqué par la présence au sein du groupe de praticiens exerçant dans certaines sous-spécialités de la cardiologie caractérisées par des modalités de prise en charge différentes de celles observées dans le reste de la profession.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 9) :

- le volume de nuits et d'astreintes réalisées ;
- la participation à des prestations coordonnées ;
- la taille de la file active ;
- le volume d'actes techniques ;
- le volume d'acte pour avis.

Deux autres facteurs ressortent de l'analyse descriptive de la composition des groupes :

- la nature de l'exercice libéral : seuls 42,5 % des praticiens du deuxième groupe exercent exclusivement une activité libérale, alors que les praticiens des premier et troisième groupes sont respectivement 80,3 % et 83,9 % à exercer une activité libérale exclusive. En particulier, 38,3 % des praticiens du deuxième groupe sont des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital, où un plafond de deux demi-journées hebdomadaires d'activité libérale est prévu par le code de la santé publique ;
- l'emploi d'un assistant médical : 29 % des médecins du troisième groupe ont reçu en 2025 une aide pour l'emploi d'un assistant médical, tandis qu'ils ne sont que 1 % au sein du deuxième groupe et 11 % au sein du premier groupe.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des cardiologues à évaluer précisément l'impact de ces variables dans leurs futurs travaux.

Annexe IV

Tableau 8 : Synthèse des résultats du regroupement pour les cardiologues libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	2 430	1 629	601
Part de femmes	30,1 %	27,9 %	15,5 %
Moyenne d'âge	53,7 ans	55,4 ans	52,5 ans
Moyenne d'APL	4,5	4,4	4,2
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	226,8	125,4	270,6
Nombre moyen de contacts	3 170	993	6 394
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	325 337 €	147 760 €	626 389 €
Honoraires moyens par contact	102,62 €	148,86 €	97,96 €
Nombre moyen de contacts par jour	14,0	7,9	23,6
Évolution de la file active (2021-2025)	+7 %	-15 %	+21 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-2 %	-17 %	+1 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	+2 %	-22 %	+23 %
Évolution des honoraires moyens	+7 %	-4 %	+17 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	1 %	2 %	1 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	5 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	995	394	1 924
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	3,2 %	0,6 %	1,2 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	10,0	1,1	21,2
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	-	-	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	10,2	1,1	21,1
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	5,0	0,9	12,3
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	5,0	0,3	8,9
Part des actes pour avis	0,1 %	0,2 %	0,1 %
Part des demandes de téléexpertise	0,2 %	1,7 %	0,2 %
Part des actes de téléexpertise	2,6 %	4,1 %	3,2 %
Nombre de prestations de coordination	394	174	687
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	85,0 %	51,6 %	85,6 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	1,7 %	0,5 %	3,1 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	78,8 %	48,1 %	80,2 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	11,0 %	1,4 %	28,5 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	68,7 %	67,6 %	73,2 %
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	31,2 %	31,9 %	26,8 %

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	8,6 %	8,8 %	9,8 %
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	80,3 %	42,5 %	83,9 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	-	10,1 %	6,3 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	0,2 %	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	1,1 %	38,3 %	0,0 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 9 : Caractérisation des groupes en cardiologie, toutes choses égales par ailleurs

Cluster	Effectif	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	2 430	Groupe de référence, avec une moyenne de 227 jours annuels d'exercice libéral et une file active de 2 000 patients
2	1 629	▪ moins de jours d'exercice libéral, d'actes et de contacts ▪ relativement plus de nuits facturées et de jours d'astreinte ▪ plus d'activités de coordination et plus âgés ▪ plus de femmes, moins d'actes techniques et des files actives plus élevées ▪ moins d'actes pour avis
3	601	▪ moins de jours d'exercice libéral, d'actes et de contacts ▪ relativement moins de nuits facturées et de jours d'astreinte ▪ moins de prestations coordonnées et moins âgés ▪ moins de femmes, plus d'actes techniques et des files actives moins élevées ▪ plus d'actes pour avis

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR. Note de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les cardiologues du groupe 3 présentent moins de jours d'exercice libéral que ceux du groupe 1. C'est-à-dire que, compte tenu des autres caractéristiques du groupe 3, par exemple un taux de féminisation plus faible ou une plus grande part d'actes techniques, il serait attendu que le niveau du nombre de jours d'exercice libéral soit plus élevé.

4. Dermatologie

4.1. Caractéristiques de la spécialité

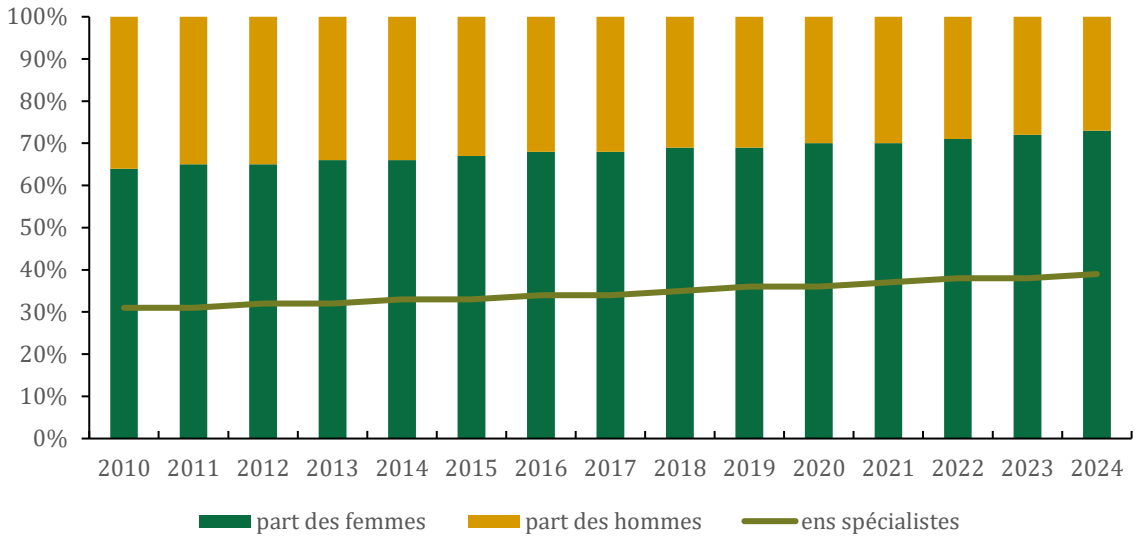
4.1.1. Démographie de la spécialité

En 2024, 3 714 dermatologues étaient en exercice. Ils exerçaient principalement en secteur libéral, seuls 16 % d'entre eux ayant une activité salariée[7]. Le nombre de dermatologues libéraux est en diminution avec une baisse de 30 % entre 2017 et 2024.

La spécialité de dermatologie-vénérologie est une spécialité beaucoup plus féminisée que la moyenne des spécialistes libéraux (39 % de femmes), les femmes représentant 73 % des dermatologues libéraux avec une progression de 9 points entre 2010 et 2024.

[7] Source : données RPPS retraitées par la Drees

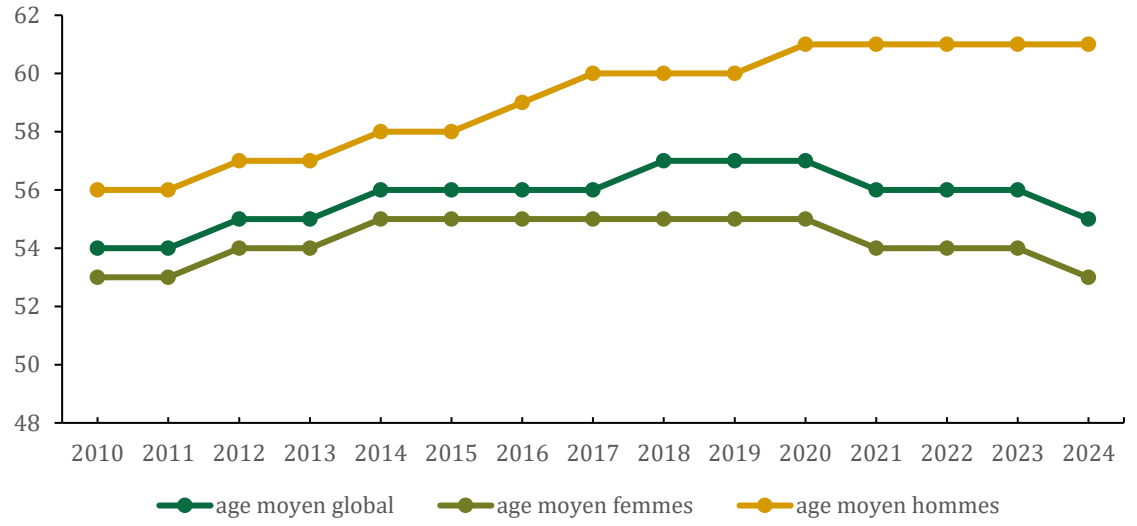
Graphique 14 : Proportion de femmes et d'hommes chez les dermatologues libéraux



Source : Mission, à partir de données Cnam.

L'âge moyen des dermatologues libéraux est légèrement supérieur à celui des médecins spécialistes avec une moyenne à 55 ans due à l'âge moyen plus élevé des hommes (61 ans).

Graphique 15 : Ages moyens des dermatologues libéraux de 2010 à 2024

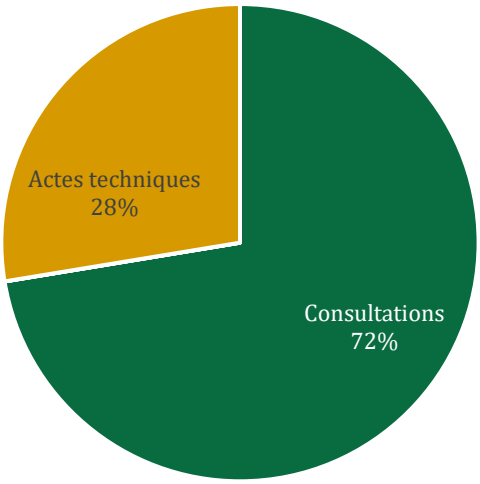


Source : Mission, à partir de données Cnam.

4.1.2. Les spécificités de la spécialité

La dermatologie-vénérologie est une spécialité médicale qui repose sur l'examen clinique et la prescription de traitements mais peut aussi comprendre des actes chirurgicaux y compris au cabinet du médecin. La consultation est par conséquent l'acte le plus fréquent dans cette spécialité.

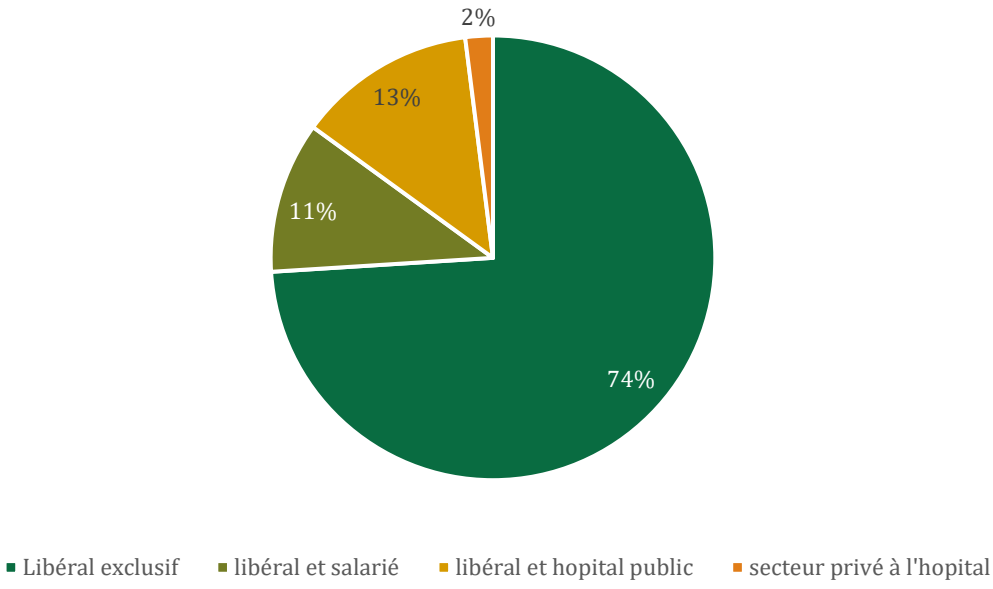
Graphique 16 : Répartition des actes des dermatologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

Les dermatologues sont principalement en exercice libéral exclusif : 74 % d'entre eux exercent selon cette modalité en 2024.

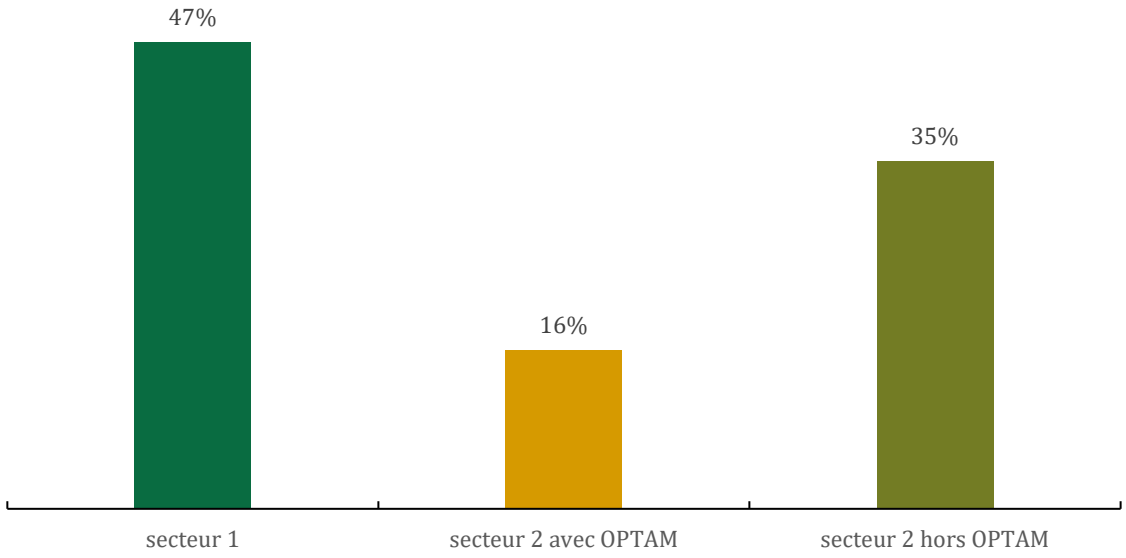
Graphique 17 : Modes d'exercice des dermatologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

S'agissant du secteur conventionnel dans lequel exerce les dermatologues, si le secteur 1 est le plus important, il n'est néanmoins pas majoritaire et le secteur 2 sans OPTAM représente plus du tiers des dermatologues libéraux.

Graphique 18 : secteur conventionnel des dermatologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

4.2. Les dermatologues libéraux sont les spécialistes exerçant le moins en activité libérale par semaine parmi les spécialités étudiées, avec 3,7 jours par semaine en 2025 et 10 jours de moins par an qu'en 2021

Entre 2021 et 2025, le nombre de dermatologues exerçant une activité libérale (dermatologues libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie a diminué de 10,1 %, passant de 2 450 à 2 202 praticiens (cf. tableau 10). Sur la même période, **le nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 185 à 175 jours par an, soit une baisse de 10 jours en moyenne sur quatre ans. En 2025, les dermatologues libéraux exerçaient ainsi en moyenne 3,7 jours par semaine.**

Le nombre de praticiens exerçant en libéral en moyenne deux jours par semaine ou moins a augmenté sur la période 2021-2025, passant de 172 à 235 praticiens. Très peu de dermatologues exercent en moyenne plus de six jours par semaine en 2025 en activité libérale : leur proportion s'élevait à 0,6 % en 2025, contre 0,9 % en 2021.

Parmi les spécialités retenues par la mission, les dermatologues libéraux sont ceux qui présentent le nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année le plus faible. Le fait que les actes à visée esthétique non pris en charge par l'assurance maladie ne figurent pas dans les données de remboursement pourrait expliquer en partie cet écart.

Tableau 10 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral des dermatologues

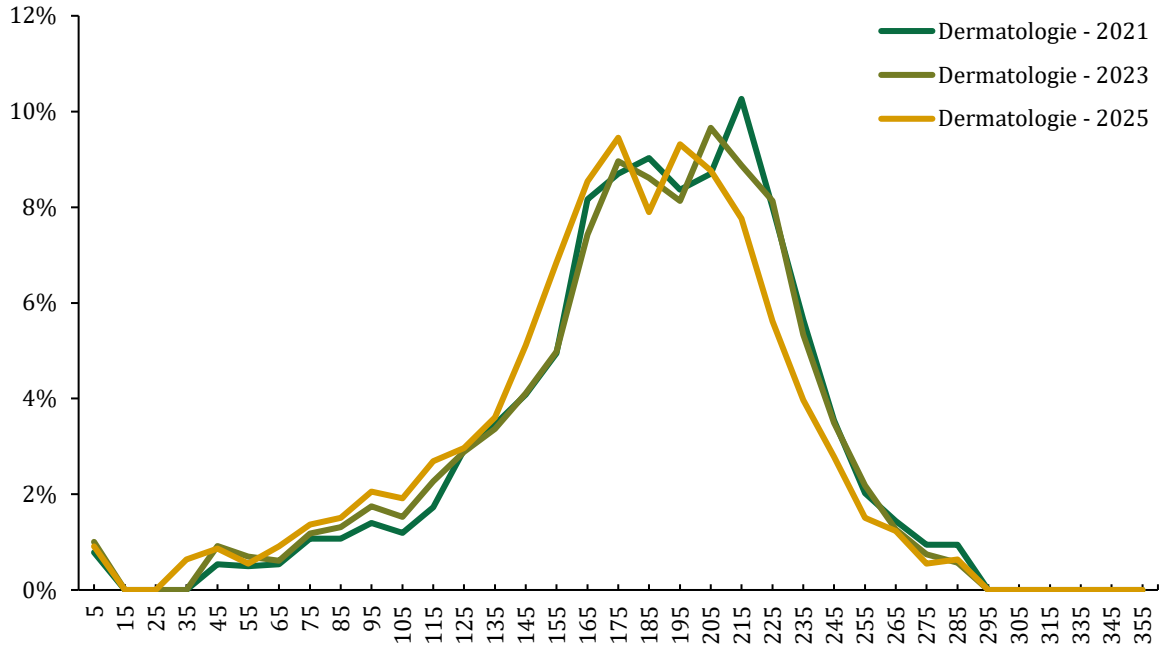
Dermatologues	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	2 450	2 306	2 202
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	185	182	175
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par semaine par praticien	3,9	3,9	3,7
Nombre de praticiens ayant en moyenne plus de six jours d'exercice libéral par semaine	23	13	14
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	143	171	193

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecins dermatologues libéraux pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 19). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une stabilité dans la dispersion des situations individuelles. Leur comparaison laisse apparaitre un déplacement vers un nombre plus faible de jours d'exercice libéral, en lien avec la diminution de 10 jours en moyenne par praticien sur la période 2021-2025.

En 2025, 58 % des dermatologues ont moins de 190 jours d'exercice libéral dans l'année, soit en moyenne moins de 4 jours par semaine. En 2021, cette proportion s'élevait à 50 %.

Graphique 19 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par dermatologue



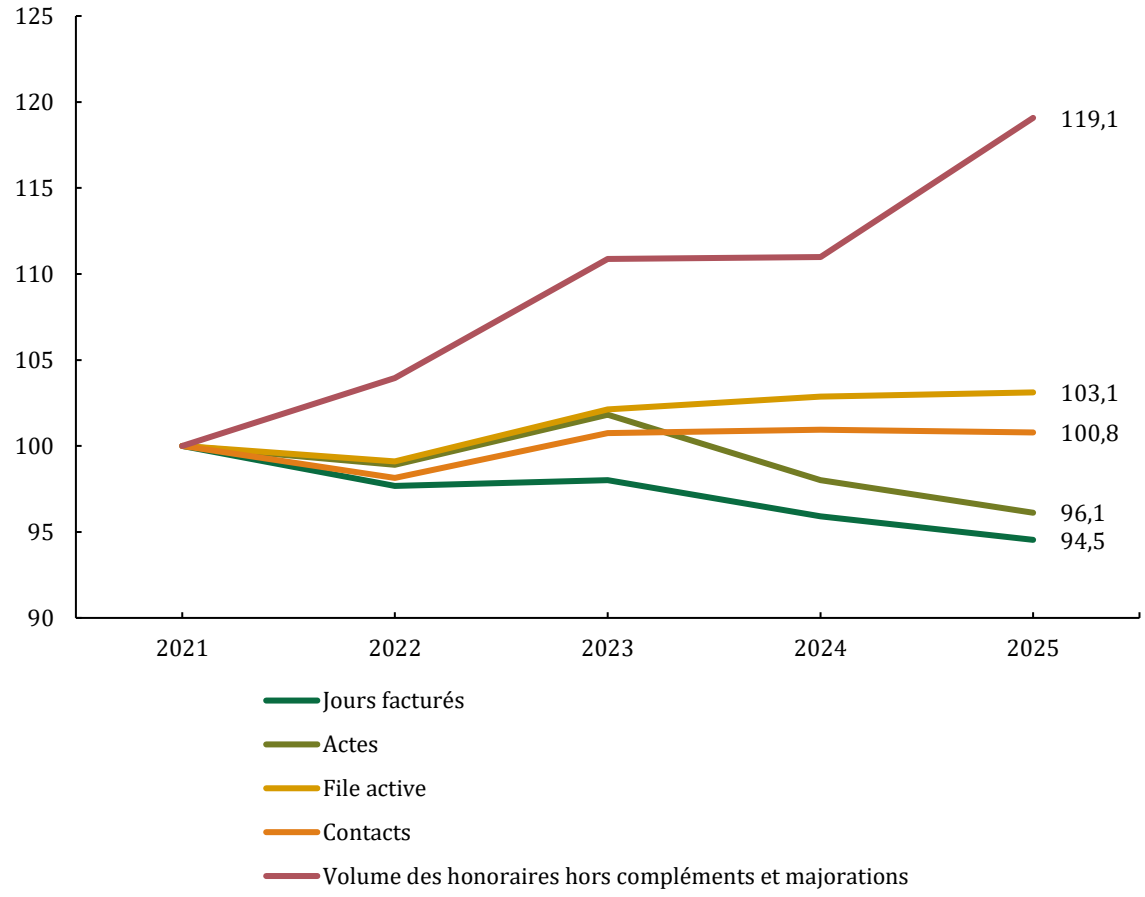
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

4.3. La baisse des jours d'exercice des dermatologues s'accompagne d'un recul des actes mais pas des contacts, tandis que les honoraires progressent de 19 %

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des dermatologues libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de -5,5 % sur cinq ans (cf. graphique 20). **Cette diminution du nombre de jours d'exercice libéral s'accompagne d'une baisse du nombre d'actes moyen des dermatologues, de -3,9 % sur cinq ans, tandis que le nombre de contacts reste stable et que la file active augmente de +3,1 %.**

Par ailleurs, le volume des honoraires hors majorations et compléments est en forte hausse relativement à l'évolution de l'activité globale des dermatologues, avec une augmentation de +19,1 % sur cinq ans.

Graphique 20 : Évolution d'indicateurs relatifs aux dermatologues libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

4.4. 34 % des dermatologues libéraux, plus âgés et moins exclusivement libéraux, concentrent la baisse d'activité observée, tandis que 11 % des effectifs tirent les volumes et les honoraires à la hausse

La méthode de regroupement appliquée aux dermatologues (cf. tableau 11) met en évidence trois groupes de praticiens dont la différenciation repose principalement sur le niveau variable d'activité.

Le premier groupe, qui regroupe 55 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 195,1 jours en moyenne en 2025, soit 4,2 jours par semaine en moyenne. L'activité de ce groupe est restée relativement stable sur la période 2021-2025 en comparaison des deux autres groupes : le nombre moyen de jours d'exercice libéral a connu une baisse de -4 %, tandis que la file active a augmenté de +1 %, et que le nombre de contacts a diminué de -1 %. Malgré la stabilité de l'activité des praticiens de ce groupe, le montant moyen des honoraires a augmenté de +16 %.

Le deuxième groupe, qui regroupe 34 % des dermatologues libéraux, se distingue par une activité plus faible, à 131,2 jours d'exercice libéral en 2025 (2,8 jours par semaine). Ce groupe se caractérise par une diminution significative de son activité sur la période 2021-2025 : -21 % pour la file active, -21 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral et -24 % pour le nombre moyen de contacts. Les honoraires du groupe ont également diminué de -11 %, pour atteindre 74 112 € en 2025. Ce groupe est le plus âgé, avec un âge moyen à 60,3 ans, soit 7,5 ans de plus que le premier groupe et 7,7 ans de plus que le troisième groupe.

Le troisième groupe rassemble une minorité de praticiens (11 % des effectifs), moins féminisée (53,4 % de femmes contre 52,8 % et 60,3 % respectivement dans les deux autres groupes) et qui concentre les niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ces niveaux sont par ailleurs orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : si le nombre de jours exercés dans l'année est resté stable, à 229,5 jours (4,9 jours par semaine en moyenne) en 2025, la file active a augmenté de +10 %, le nombre moyen de contacts de +6 % et les honoraires moyens de +24 %, pour atteindre 313 924 € en 2025.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 12) :

- le volume de contacts, d'actes et d'honoraires ;
- l'âge du praticien ;
- la participation à des prestations coordonnées ;
- la réception d'aides pour l'équipement numérique et l'emploi d'un assistant médical ;
- la part d'activité de téléexpertise ;
- l'accessibilité potentielle localisée ;
- le volume de visites.

La nature de l'exercice libéral constitue un autre facteur qui ressort de la composition descriptive des différents groupes : alors que les praticiens des premier et troisième groupes sont respectivement 79,0 % et 75,1 % à exercer une activité libérale exclusive, ils sont 66,3 % dans le second groupe.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des dermatologues à les inclure dans leurs travaux.

Tableau 11 : Synthèse des résultats du regroupement pour les dermatologues libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	1 221	742	249
Part de femmes	78,0 %	75,3 %	53,4 %
Moyenne d'âge	52,8 ans	60,3 ans	52,6 ans
Moyenne d'APL	4,6	4,5	4,4

Annexe IV

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	195,1	131,2	229,5
Nombre moyen de contacts	3 717	1 565	6 604
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	173 180 €	74 112 €	313 924 €
Honoraires moyens par contact	46,59 €	47,36 €	47,54 €
Nombre moyen de contacts par jour	19,0	11,9	28,8
Évolution de la file active (2021-2025)	+1 %	-21 %	+10 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-4 %	-21 %	-1 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	-1 %	-24 %	+6 %
Évolution des honoraires moyens	+16 %	-11 %	+24 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	2 %	4 %	2 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	0 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	2 888	1 266	4 870
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	0,4 %	0,8 %	0,0 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	0,0	0,0	0,0
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	-	-	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	0,0	0,0	-
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	-	-	-
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	-	-	-
Part des actes pour avis	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Part des demandes de téléexpertise	0,3 %	0,3 %	0,2 %
Part des actes de téléexpertise	6,5 %	7,0 %	8,3 %
Nombre de prestations de coordination	878	442	1 555
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	91,9 %	69,0 %	94,0 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	0,3 %	0,1 %	0,8 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	76,6 %	49,7 %	77,1 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	8,4 %	0,7 %	16,5 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	46,8 %	44,1 %	45,0 %
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	53,2 %	55,0 %	55,0 %
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	9,7 %	12,3 %	10,0 %
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	79,0 %	66,3 %	75,1 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	11,2 %	16,2 %	14,9 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	-	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0,0 %	5,3 %	0,0 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 12 : Caractérisation des groupes en dermatologie, toutes choses égales par ailleurs

Groupe	Effectif	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	1 221	Groupe de référence, avec une moyenne de 195 jours annuels d'exercice libéral
2	742	▪ nombre de contacts, d'actes et d'honoraires réalisés significativement plus faible ▪ plus âgés, plus de prestations coordonnées, moins d'aides numériques et relativement moins d'actes pour avis ▪ davantage d'activité de téléexpertise et de dimanches exercés, relativement moins de visites
3	249	▪ nombre de contacts, d'actes et d'honoraires non majorés réalisés significativement plus élevé ▪ moins âgés, moins de prestations coordonnées, plus d'aides numériques et relativement moins d'actes pour avis ▪ exerçant dans des zones avec une accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes plus faible ▪ davantage d'aides reçues pour l'emploi d'un assistant médical

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

5. Gynécologie médicale et obstétrique

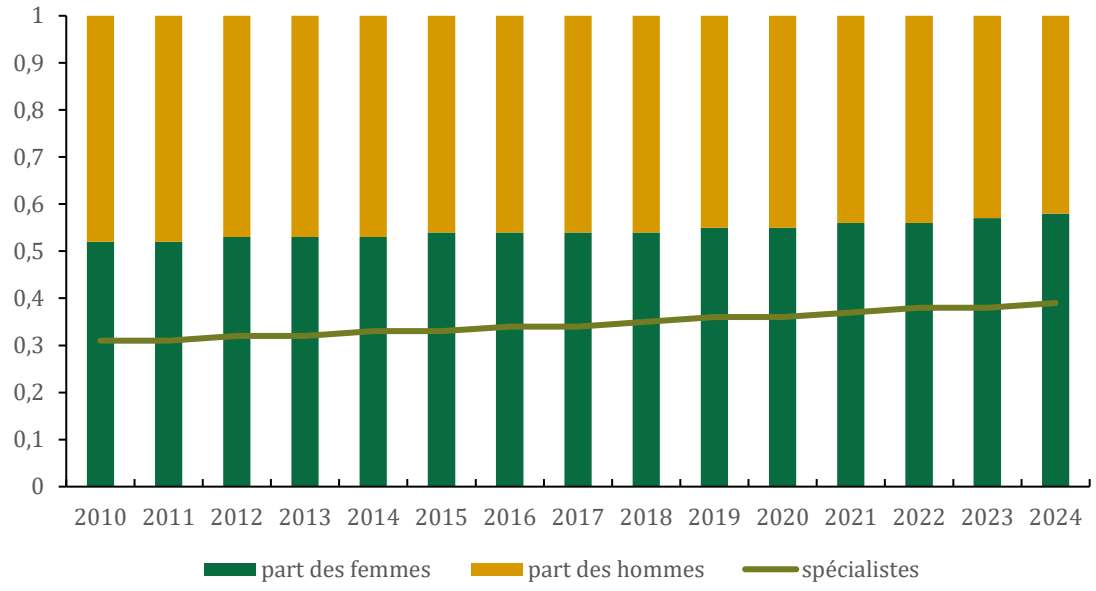
5.1. Caractéristiques de la spécialité

5.1.1. Démographie de la spécialité

Les gynécologues (gynécologie médicale et gynécologie obstétrique) étaient au nombre de 7 735 en 2024 avec une très grande majorité d'entre eux, 71 %, ayant un exercice libéral exclusif ou mixte. Le nombre de gynécologues libéraux est en diminution avec une baisse de 19 % entre 2019 et 2024

La spécialité se caractérise par sa féminisation avec une part des femmes à 58 % pour le secteur libéral, significativement au-dessus de la moyenne des spécialistes libéraux

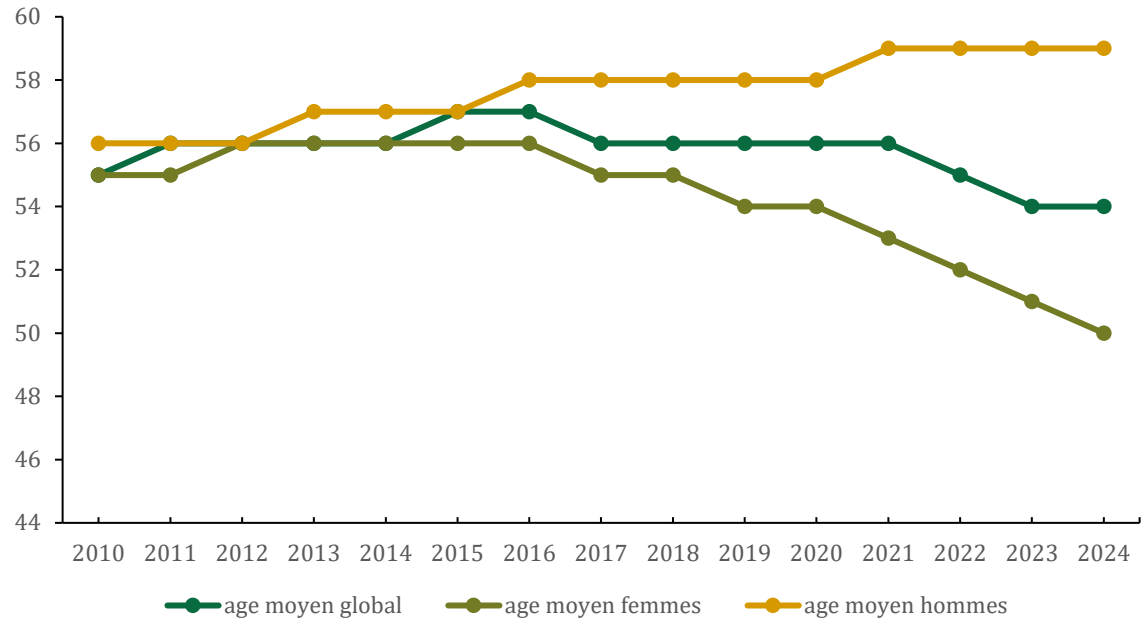
Graphique 21 : Part des femmes et des hommes chez les gynécologues libéraux de 2010 à 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

Les gynécologues sont en moyenne légèrement plus âgés que la moyenne des spécialistes (54 ans pour une moyenne 53 ans) avec une part des plus de 60 ans légèrement plus élevée (37 % pour une part de 35 % en moyenne chez les spécialistes). L'âge moyen des hommes est également au-dessus de l'âge moyen des spécialistes (53 ans) et en hausse, contrairement à l'âge moyen des femmes dont la baisse est sensible (-4 ans sur les 4 dernières années).

Graphique 22 : Ages moyens des femmes et des hommes gynécologues libéraux de 2010 à 2024

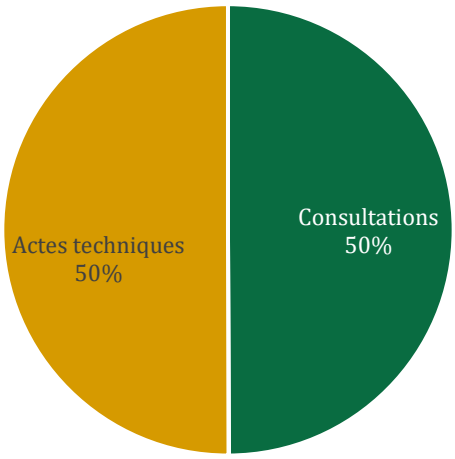


Source : Missions, à partir de données Cnam.

5.1.2. Caractéristiques de la spécialité

La gynécologie comprend deux spécialités de nature très différentes. Alors que la gynécologie obstétrique est une spécialité qui concerne le suivi prénatal, l'accouchement et le suivi post-natal de la femme pour une part de la spécialité mais aussi une spécialité chirurgicale et donc repose majoritairement sur des actes techniques, la gynécologie médicale quant à elle va d'abord reposer sur de la consultation et du suivi de traitement mais aussi sur la prévention. Le regroupement de ces deux spécialités, pour des raisons statistiques, conduit donc à une répartition des actes atypique.

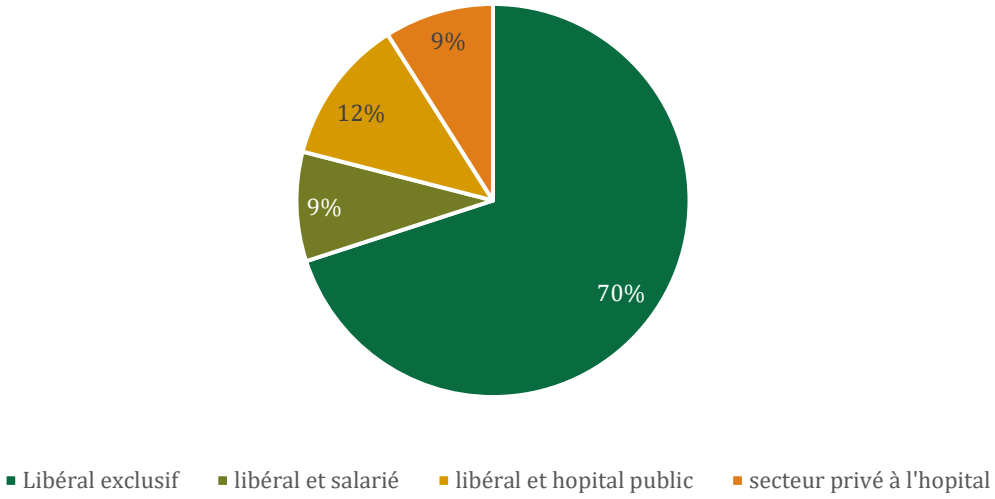
Graphique 23 : Répartition des actes des gynécologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

Les gynécologues ont majoritairement une exercice libéral exclusif. Il est néanmoins légèrement inférieur à celui de la moyenne des spécialistes et l'exercice à l'hôpital public ou privé concerne 1/5ème des gynécologues libéraux.

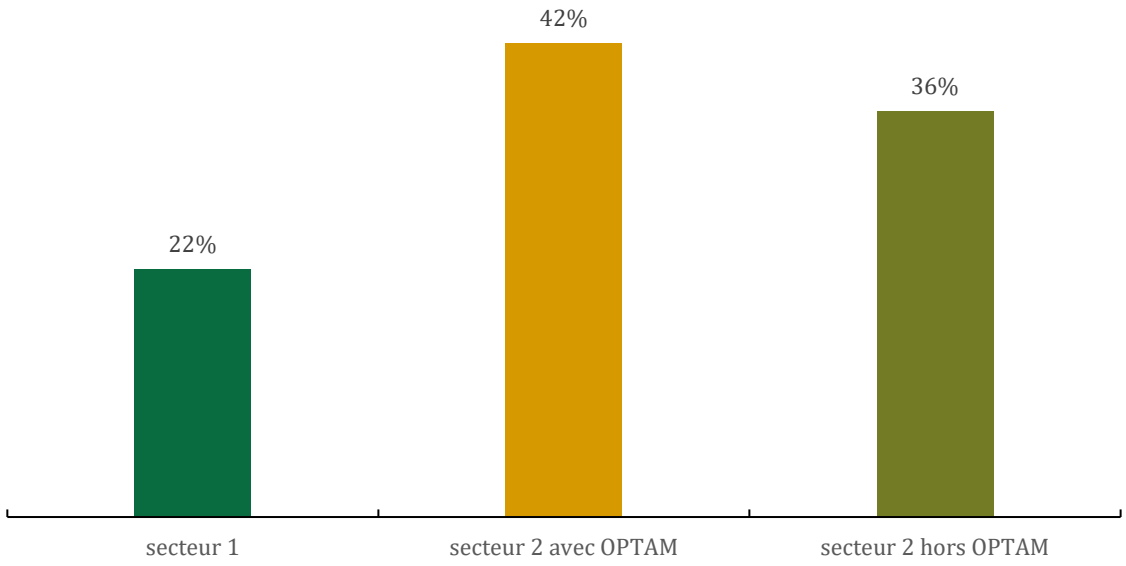
Graphique 24 : Modalités d'exercice des gynécologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir des fiches zooms éditées par la Cnam.

Les gynécologues libéraux sont par ailleurs à plus des ¾ en secteur 2 s'agissant de leur conventionnement, plus d'un tiers étant hors OPTAM.

Graphique 25 : Secteurs conventionnels des gynécologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir des fiches zoom éditées par la Cnam.

5.2. Les gynécologues libéraux exercent en 2025 en moyenne 3,9 jours par semaine et 9 jours de moins par an qu'en 2021, dans un contexte de recul des effectifs libéraux

Entre 2021 et 2025, le nombre de gynécologues exerçant une activité libérale (gynécologues libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie a diminué de -5,4 %, passant de 4 257 à 4 026 praticiens (cf. tableau 13). **Sur la même période, le nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 192 à 183 jours par an, soit une baisse de 9 jours en moyenne sur quatre ans. En 2025, les gynécologues libéraux exerçaient ainsi en moyenne 3,9 jours par semaine.**

Le nombre de praticiens exerçant en libéral en moyenne deux jours par semaine ou moins est resté relativement stable, passant de 9,2 % à 9,4 % des gynécologues libéraux.

Par ailleurs, le nombre de praticiens ayant plus de 280 jours d'exercice libéral en 2025, soit plus de 6 jours par semaine en moyenne, a diminué, passant de 230 (5,4 % des effectifs) à 133 praticiens (3,3 % des effectifs). Le nombre de jours d'exercice libéral élevé de certains médecins peut être lié à des situations de remplacement non identifiables dans les données du SNDS. Le RPPS indique ainsi qu'en 2025, 750 gynécologues libéraux entrent dans la catégorie « remplaçants, activité non renseignée ».

Tableau 13 : Évolution du nombre moyen de jours en exercice libéral des gynécologues

Gynécologues	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	4 257	4 070	4 026
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	192	187	183
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par semaine par praticien	4,1	4,0	3,9
Nombre de praticiens ayant en moyenne plus de six jours d'exercice libéral par semaine	230	162	133
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	393	413	384

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecins pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 26). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une stabilité dans la dispersion des situations individuelles. Leur comparaison laisse apparaitre un déplacement vers un nombre plus faible de jours d'exercice libéral, en lien avec la diminution de 9 jours en moyenne par praticien sur la période 2021-2025.

En 2025, 52 % des gynécologues ont exercé moins de 190 jours dans l'année au titre de leur activité libérale, soit moins de 4 jours par semaine en moyenne, alors qu'ils étaient 45 % en 2021.

Par ailleurs, les trois courbes présentent un pic secondaire autour de 80 et 100 jours, indiquant une concentration de praticiens exerçant approximativement 2 jours par semaine.

Graphique 26 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par gynécologue



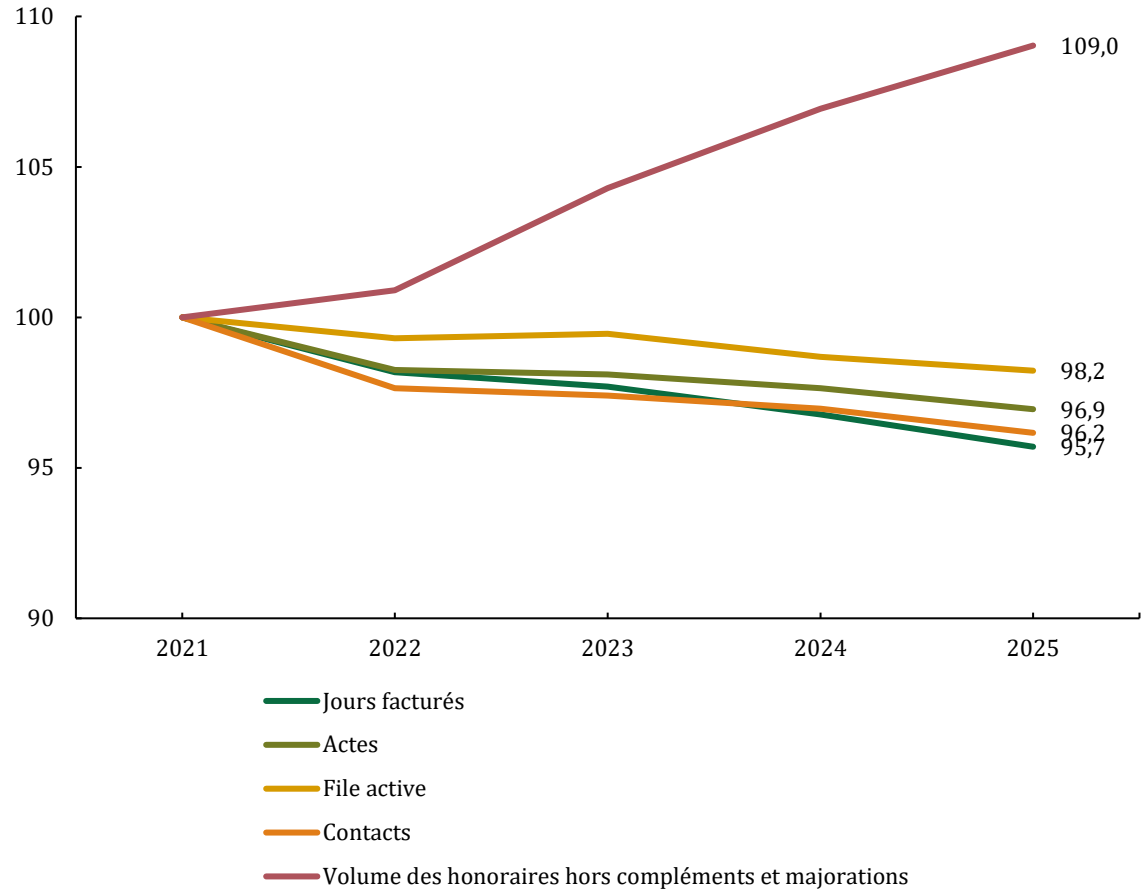
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

5.3. En gynécologie, la baisse des jours d'exercice s'accompagne d'un léger recul de l'activité, sans intensification importante de l'activité par jour, tandis que le volume moyen d'honoraires progresse de 9 %

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des gynécologues libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de 4,3 % sur cinq ans (cf. graphique 27). **Cette diminution du nombre de jours d'exercice libéral est accompagnée d'une diminution de l'activité des praticiens d'une moindre ampleur.** En effet, le nombre d'actes réalisés diminue de -3,1 % sur cinq ans, le nombre de contacts de -3,8 %, et la file active de -1,8 %. Sur la période, le nombre de contacts moyen par jour d'exercice libéral est resté globalement stable, de 15,5 en 2021 à 15,6 en 2025.

Par ailleurs, le volume des honoraires hors majorations et compléments d'actes apparait décorrélé de l'évolution de l'activité, avec une augmentation de +9 % au cours de la même période.

Graphique 27 : Évolution d'indicateurs relatifs aux gynécologues libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

5.4. 38 % des gynécologues libéraux, plus âgés et plus souvent en exercice mixte, présentent une forte contraction de l'activité libérale

La méthode de regroupement appliquée aux données des gynécologues (cf. tableau 14) met en évidence trois groupes de praticiens dont la différenciation repose principalement sur le niveau variable d'activité.

Le premier groupe, qui regroupe 52 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 207,3 jours en moyenne en 2025, soit 4,4 jours par semaine. L'activité de ce groupe connait une baisse sur la période 2021-2025 : le nombre moyen de jours d'exercice libéral a diminué de -4 %, la file active de -1 %, et le nombre de contacts de -7 %, tandis que les honoraires moyens sont restés stables, et s'élevaient à 199 952 € en 2025.

Le deuxième groupe, qui regroupe 38 % des praticiens, se distingue par une activité significativement plus faible, à 135,3 jours d'exercice libéral en 2025, soit 2,9 jours par semaine. Ce groupe se caractérise également par une diminution significative de son activité sur la période 2021-2025 : -19 % pour la file active, -18 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral, -25 % pour le nombre moyen de contacts et -13 % pour les honoraires moyens, qui s'élevaient à 80 498 € en 2025. Ce groupe est le plus âgé, avec un âge moyen à 56,9 ans, soit 6,8 ans de plus que le premier groupe et 4,1 ans de plus que le troisième groupe.

Le troisième groupe rassemble une minorité de praticiens (12 %), moins féminisée (39,4 % de femmes) et qui concentre les niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ces niveaux sont par ailleurs orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : si le nombre de jours exercés dans l'année est resté stable, à 252,2 jours (5,4 jours par semaine en moyenne) en 2025, la file active a augmenté de +7 %, le nombre moyen de contacts de +4 % et les honoraires moyens de +15 %, pour atteindre 402 527 € en 2025.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 15) :

- le volume d'acte réalisés au titre de la permanence des soins ;
- la recours aux aides pour l'emploi d'assistants médicaux, pour l'équipement numérique et pour l'installation territoriale ;
- le nombre de lundi exercés ;
- le volume de prestations de coordination ;
- les actes réalisés au titre des activités d'aviseur et les actes d'urgence.

Deux autres facteurs ressortent de l'analyse descriptive de la composition des groupes :

- la nature de l'exercice libéral : alors que les praticiens des premier et troisième groupes sont respectivement 82,3 % et 78,0 % à exercer une activité libérale exclusive, ils sont 56,6 % dans le second groupe. En particulier, 21,7 % des praticiens du deuxième groupe sont des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital, où un plafond de deux demi-journées hebdomadaires est prévu par le code de la santé publique ;
- l'emploi d'un assistant médical : 11,6 % des médecins du troisième groupe ont reçu en 2025 une aide pour l'emploi d'un assistant médical, tandis qu'ils ne sont que 0,5 % au sein du deuxième groupe et 3,4 % au sein du premier groupe.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des gynécologues à les inclure dans leurs travaux.

Tableau 14 : Synthèse des résultats du regroupement pour les gynécologues libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	2 093	1 518	431
Part de femmes	64,8 %	56,9 %	39,4 %
Moyenne d'âge	51,0 ans	57,8 ans	53,7 ans
Moyenne d'APL	4,6	4,4	4,2

Annexe IV

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	207,3	135,3	252,2
Nombre moyen de contacts	3 329	1 396	5 726
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	199 952 €	80 498 €	402 527 €
Honoraires moyens par contact	60,07 €	57,67 €	70,30 €
Nombre moyen de contacts par jour	16,1	10,3	22,7
Évolution de la file active (2021-2025)	-1 %	-19 %	+7 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-4 %	-18 %	+0 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	-7 %	-25 %	+4 %
Évolution des honoraires moyens	+0 %	-13 %	+15 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	2 %	3 %	1 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	0 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	2 098	941	3 389
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	0,3 %	1,3 %	1,4 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	7,5	0,6	19,4
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	-	-	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	7,5	0,6	19,2
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	4,7	0,4	12,2
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	4,6	0,5	11,1
Part des actes pour avis	0,1 %	0,2 %	0,1 %
Part des actes complexes	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Part des demandes de téléexpertise	0,2 %	0,3 %	0,1 %
Part des actes de téléexpertise	0,6 %	0,8 %	0,2 %
Nombre de prestations de coordination	1 225	554	2 226
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	87,1 %	66,9 %	90,0 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	0,6 %	0,3 %	3,0 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	80,7 %	52,1 %	78,2 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	3,4 %	0,5 %	11,6 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	17,6 %	23,5 %	26,2 %
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	82,4 %	76,3 %	73,8 %
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	7,4 %	10,8 %	10,2 %
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	82,3 %	52,6 %	78,0 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	9,6 %	14,8 %	11,1 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	0,2 %	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0,7 %	21,7 %	0,7 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 15 : Caractérisation des groupes en gynécologie, toutes choses égales par ailleurs

Cluster	Effectif	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	2 093	Groupe de référence, avec une moyenne de 207 jours annuels d'exercice libérale
2	1 518	▪ volumes de contacts, d'actes et d'honoraires hors majoration plus faibles ▪ relativement plus d'actes effectués au titre de la PDS ▪ plus âgé ▪ moins d'aides numériques ▪ des activités de coordinations relativement plus fréquentes ▪ recours plus faible aux aides pour l'emploi d'assistants médicaux et l'usage d'outils numériques, et relativement plus de lundis exercés ▪ moins d'actes d'avis et moins d'actes d'urgences ▪ plus d'aides à l'installation territoriale et moins de jours d'astreintes
3	431	▪ volumes de contacts, d'actes et d'honoraires hors majoration plus élevés ▪ relativement moins d'actes effectués au titre de la PDS ▪ plus âgé, moins d'aides numériques ▪ des activités de coordinations relativement plus faibles ▪ plus d'aides pour l'emploi d'assistants médicaux et l'usage d'outils numériques, et relativement moins de lundis exercés ▪ plus d'actes d'avis, plus d'actes d'urgences ▪ moins d'aides à l'installation territoriale et plus de jours d'astreinte

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

5.5. Exploitation de l'enquête pour les gynécologues

L'enquête conduite par la mission n'a reçu qu'un petit nombre de réponse et n'est pas nécessairement représentative de chacune des spécialités concernées. Les résultats développés ci-dessous n'ont donc pas la rigueur d'une enquête statistique et doivent être pris avec la plus grande prudence. Ils ne permettent que de donner des impressions qu'il est cependant intéressant de comparer avec les tendances que vont ressortir l'analyse des données SNDS.

669 gynécologues ont complété le questionnaire. Ce sont à 69 % des femmes, ce qui conduit à une surreprésentation féminine dans le panel des répondants. De même, 57 % appartiennent au secteur 2 hors OPTAM, 30 % au secteur 2 avec OPTAM et 13 % au secteur 1. Le secteur 2 hors OPTAM est là aussi surreprésenté. Enfin, 83 % appartiennent à la tranche d'âge située entre 35 et 64 ans, le panel ne présente par conséquent pas de spécificité particulière de ce point de vue.

5.5.1. Organisation du travail des gynécologues ayant répondu

Les gynécologues ayant répondu sont majoritairement dans un exercice au sein d'un cabinet regroupant des professionnels de santé, principalement d'autres gynécologues (33 %). 15 % exercent cependant seuls.

75 % sont en exercice libéral exclusif. Pour les médecins ayant déclaré une autre activité en plus de leur activité libérale, ils sont 67 % à avoir une activité au sein de l'hôpital public (vacations, gardes…).

- Appui à l'exercice par d'autres professionnels

Seuls 5 % d'entre eux déclarent n'avoir aucun secrétariat pour les appuyer, les autres ayant majoritairement un secrétariat au sein de leur cabinet auquel peut s'ajouter un secrétariat à distance et un système de prise de rendez-vous en ligne.

En revanche, seuls 10 % d'entre eux déclarent disposer en plus d'un assistant médical et 77 % d'entre eux déclarent ne procéder à aucune délégation ou partage de tâche avec un professionnel de santé qu'ils s'agissent d'un professionnel médical (sage-femme, pharmacien) ou d'un professionnel paramédical (IPA, IDE…).

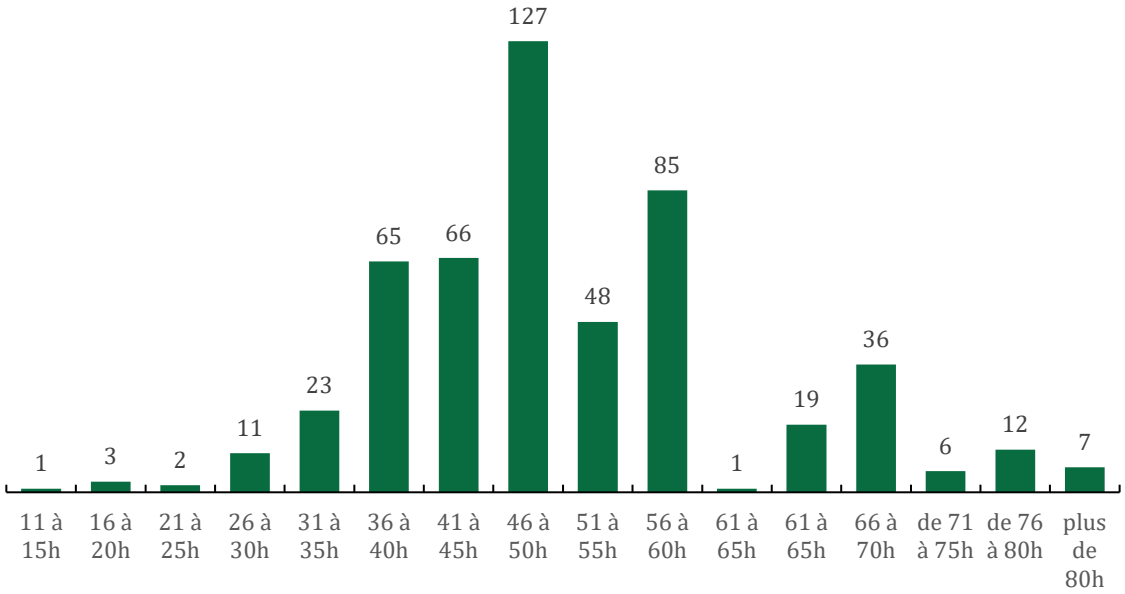
- Outils numériques

Quasiment l'ensemble des répondants utilisent au moins un outil numérique dans leur exercice quotidien. L'outil le plus répandu concerne les prises de rendez-vous et gestion des plannings que possèdent 84 % des gynécologues qui ont répondu. La tenue d'un dossier patient numérique permettant le partage d'information avec d'autres professionnels est également répandue avec 64 % des répondants déclarant en disposez. Les outils de dictée vocale ou encore d'aides à la prescription sont plus marginaux avec respectivement 30 % et 11 % des gynécologues déclarant les utiliser.

5.5.2. Le temps de travail et son évolution

Le plus grand nombre de gynécologues déclarent travailler lors d'une semaine ordinaire et en tenant compte de l'ensemble de leurs activités entre 46 et 50 heures par semaine. Près des deux tiers ont un cycle hebdomadaire compris entre 41 et 60 heures.

Graphique 28 : Cycles hebdomadaires déclarés lors d'une semaine ordinaire toutes activités confondues

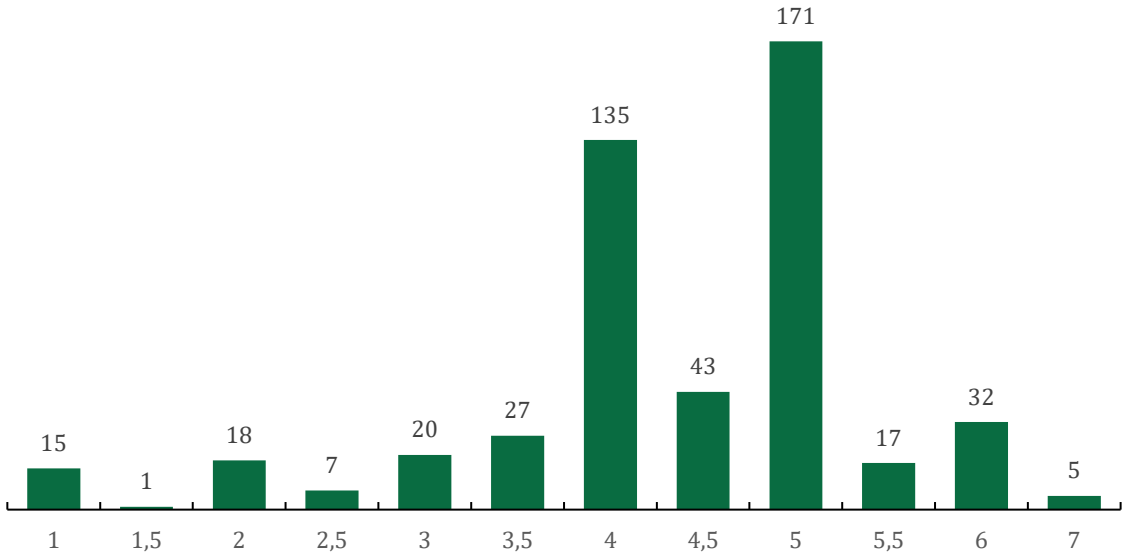


Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Pour 93 % des gynécologues ayant répondu, l'activité clinique représentent entre 75 et 90 % de leur temps de travail.

Le plus grand nombre d'entre eux déclarent consacrer à leur activité libérale entre 4 et 5 journées par semaine, 35 % travaillant 5 jours, 9 % 4,5 jours et 27 % 4 jours, ce qui confirment les données du SNDS développées *supra*.

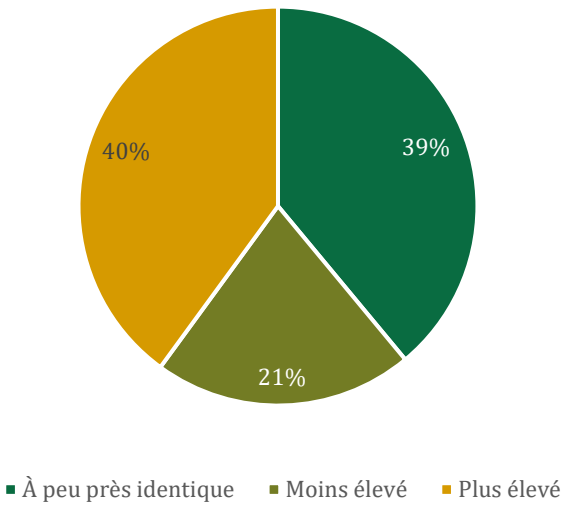
Graphique 29 : Nombre de jours consacrés par semaine à l'activité libérale



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

40 % des gynécologues considèrent que leur temps de travail est plus élevé qu'il y a 5 ans et quasiment autant qu'il est identique. Il existe par conséquent un décalage entre ce que démontre les statistiques d'activité et le ressenti des médecins.

Graphique 30 : Réponses à la question « A votre avis, comment a évolué votre temps de travail depuis 5 ans ? »

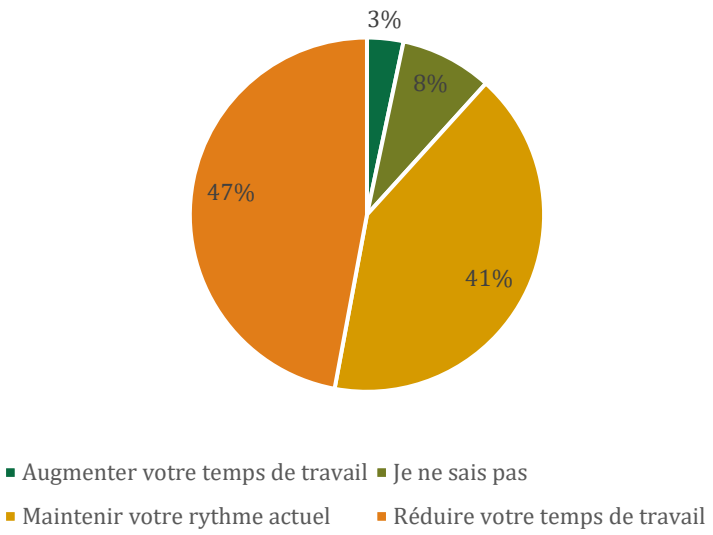


Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Seulement 53 % des gynécologues déclarent maitriser ou plutôt maitriser leur temps de travail. Ils sont 23 % à considérer que leur temps de travail est beaucoup trop élevé et 26 % qu'il est plutôt élevé.

47 % déclarent qu'ils pensent réduire leur temps de travail dans les prochaines années, cette proportion atteignant logiquement un plus haut niveau, 66 %, chez les 50-64 ans. Néanmoins un tiers des 35-49 ans déclarent également qu'ils souhaitent réduire leur temps de travail.

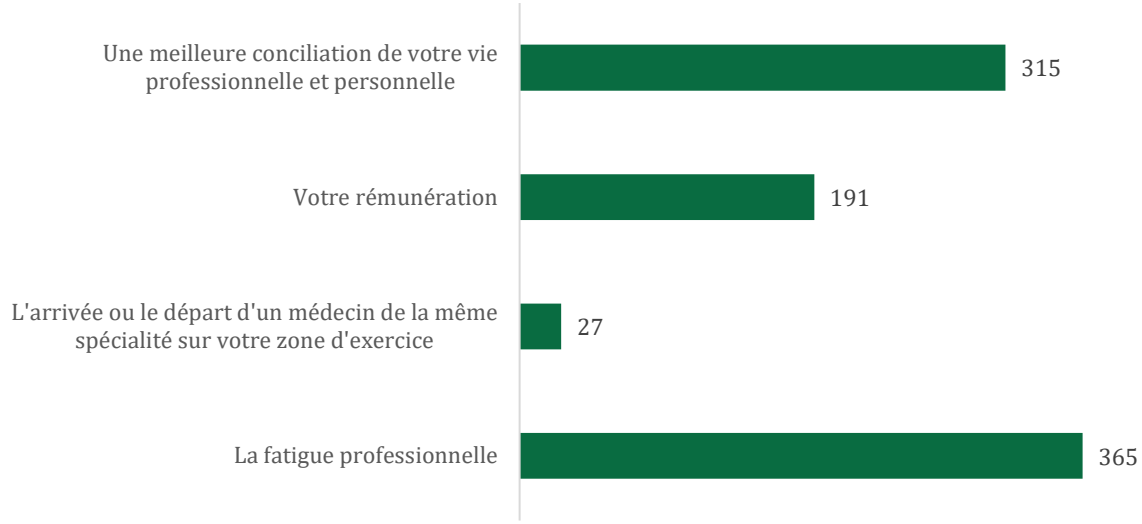
Graphique 31 : Réponses à la question sur l'évolution envisagée du temps de travail dans les prochaines années



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

La fatigue professionnelle est le premier motif invoqué pour faire évoluer le temps de travail des gynécologues, des expressions comme « burn out » apparaissant dans les réponses aux questions ouvertes. Le deuxième motif ayant une incidence sur le temps de travail évoqué est le souhait de pouvoir concilier vie personnelle et vie professionnelle. La rémunération n'intervient qu'en troisième place.

Graphique 32 : Réponses à la question du facteur susceptible de faire évoluer la quotité de temps de travail



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

6. Ophtalmologie

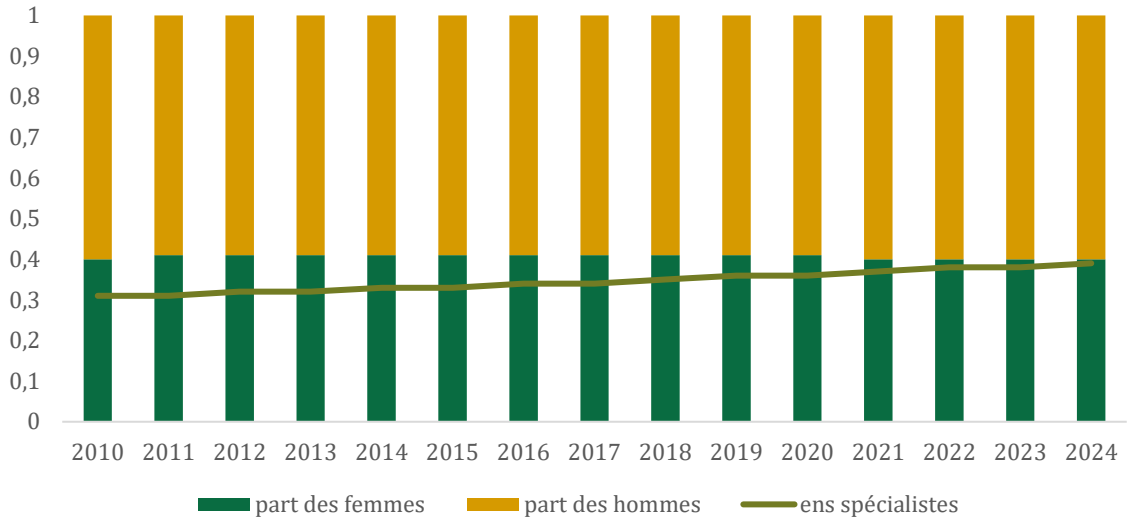
6.1. Caractéristiques de la spécialité

6.1.1. Démographie de la spécialité

Les ophtalmologues étaient en 2024 au nombre de 5 825 avec une très forte prééminence du secteur libéral, 87 % d'entre eux étant en exercice libéral exclusif ou exercice mixte. Le nombre d'ophtalmologues libéraux a baissé de 21 % entre 2017 et 2024.

Les femmes représentent 40 % de la spécialité soit une proportion identique à la moyenne des spécialistes libéraux.

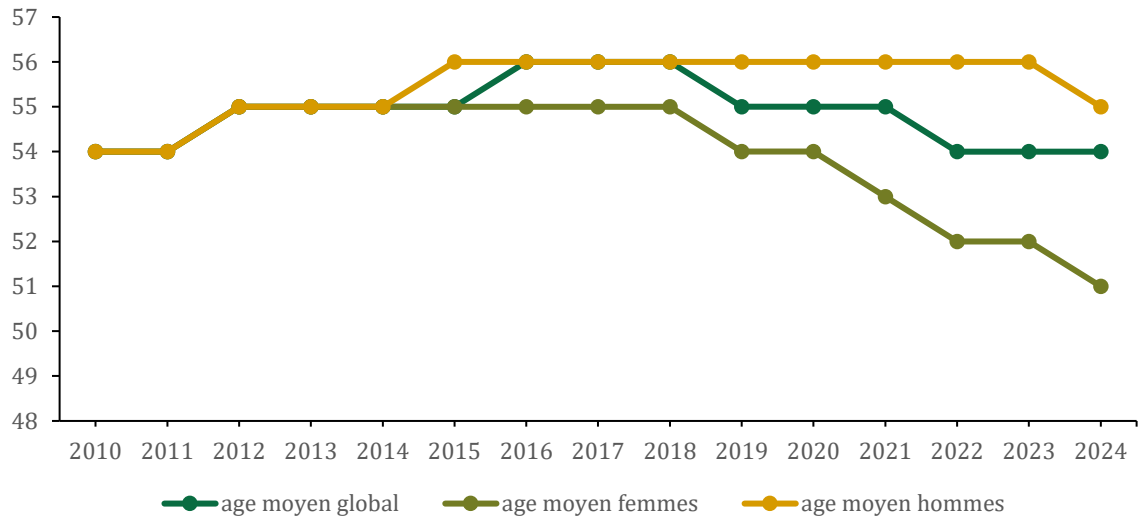
Graphique 33 : Part des femmes et des hommes ophtalmologues libéraux de 2010 à 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

L'âge moyen des ophtalmologues, de 54 ans, est proche de la moyenne des spécialistes (53 ans) avec une part des plus de 60 ans de 39 %, légèrement au-dessus de la moyenne des spécialistes.

Graphique 34 : âges moyens des femmes et des hommes chez les ophtalmologues de 2010 à 2024



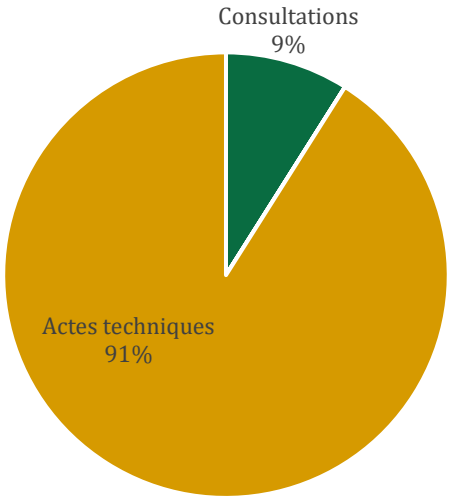
Source : Mission, à partir de données Cnam.

6.1.2. Caractéristiques de la spécialité

Les ophtalmologues appartiennent à une spécialité médico-technique dans laquelle les actes techniques nécessitant un appareillage spécifique sont nombreux.

Les actes techniques représentent par conséquent un poids extrêmement important dans l'activité des ophtalmologues notamment par rapport aux autres spécialités étudiées.

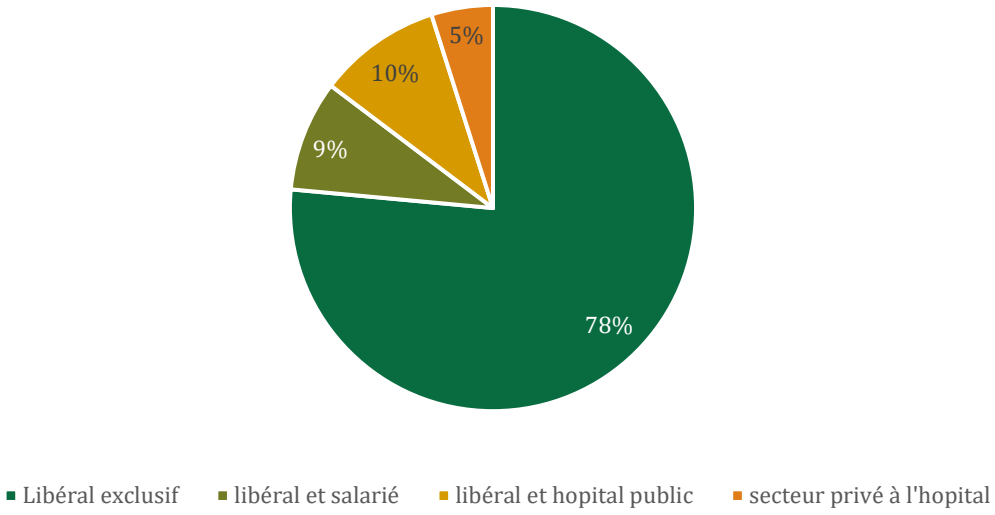
Graphique 35 : répartition des actes des ophtalmologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

L'exercice libéral exclusif est la pratique la plus répandue et concentre les trois-quarts des ophtalmologues libéraux.

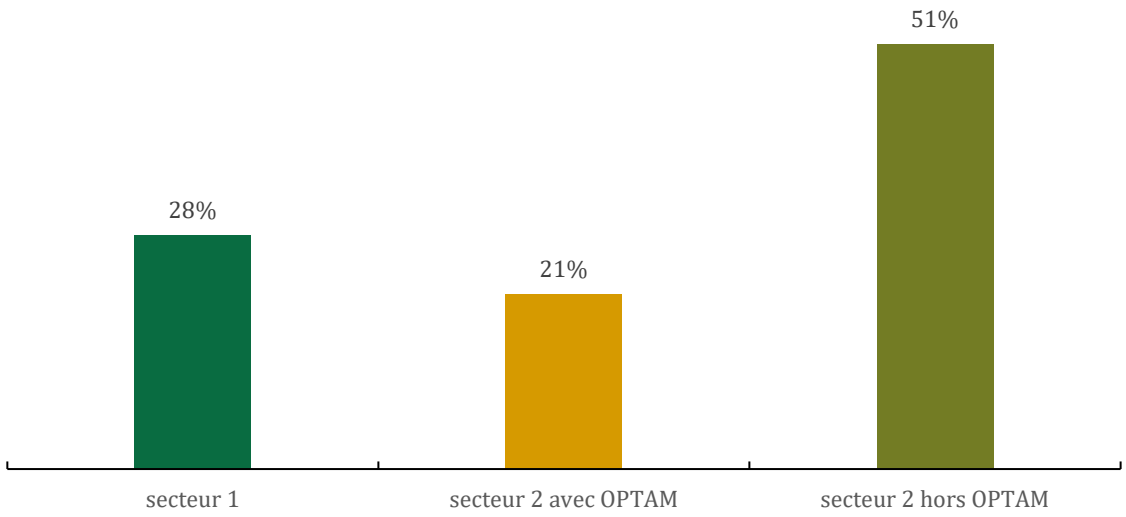
Graphique 36 : Activités des ophtalmologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

Enfin, les ophtalmologues se distinguent par le poids du secteur 2 hors OPTAM qui a été choisi par 51 % d'entre eux.

Graphique 37 : secteurs conventionnels des ophtalmologues libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

6.2. Les ophtalmologues libéraux exercent en 2025 en moyenne 3,9 jours par semaine et 7 jours de moins par an qu'en 2021

Entre 2021 et 2025, le nombre d'ophtalmologues exerçant une activité libérale (ophtalmologues libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie a diminué de -2,8 %, passant de 4 095 à 3 982 praticiens (cf. tableau 16). Sur la même période, **le nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 192 à 185 jours par an, soit une baisse de 7 jours en moyenne sur quatre ans. En 2025, les ophtalmologues libéraux exerçaient ainsi en moyenne 3,9 jours par semaine.**

Le nombre de praticiens exerçant en libéral en moyenne deux jours par semaine ou moins a augmenté sur la période 2021-2025. En 2025, 358 ophtalmologues, soit 9,0 % des effectifs libéraux, ont moins de 100 jours dans l'année d'exercice libéral, correspondant à une activité approximativement inférieure à deux jours par semaine en moyenne. En 2021, cette part s'élevait à 6,0 % des effectifs libéraux.

Par ailleurs, le nombre d'ophtalmologues exerçant plus de six jours par semaine en moyenne est resté stable sur la période 2021-2025, de 101 (2,5 % des effectifs) à 105 praticiens (2,6 % des effectifs).

Tableau 16 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral par les ophtalmologues

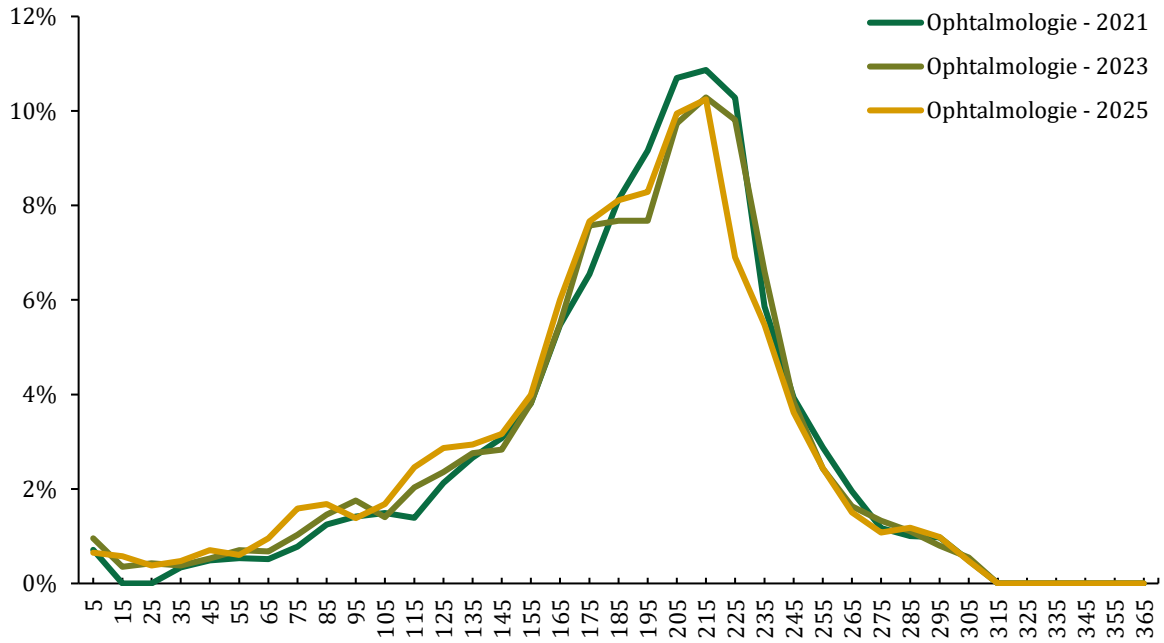
Ophtalmologues	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	4 095	3 986	3 982
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	192	188	185
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par semaine par praticien	4,1	4,0	3,9
Nombre de praticiens ayant en moyenne plus de six jours d'exercice libéral par semaine	101	98	105
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	247	329	358

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par ophtalmologues libéraux pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 38). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une stabilité dans la dispersion des situations individuelles. Leur comparaison laisse apparaitre un déplacement vers un nombre plus faible de jours d'exercice libéral, en lien avec la diminution de 7 jours en moyenne par praticien sur la période 2021-2025.

En 2025, 48 % des ophtalmologues ont exercé en libéral moins de 190 jours dans l'année, soit moins de 4 jours par semaine en moyenne, alors qu'ils étaient 41 % en 2021.

Graphique 38 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par ophtalmologue



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

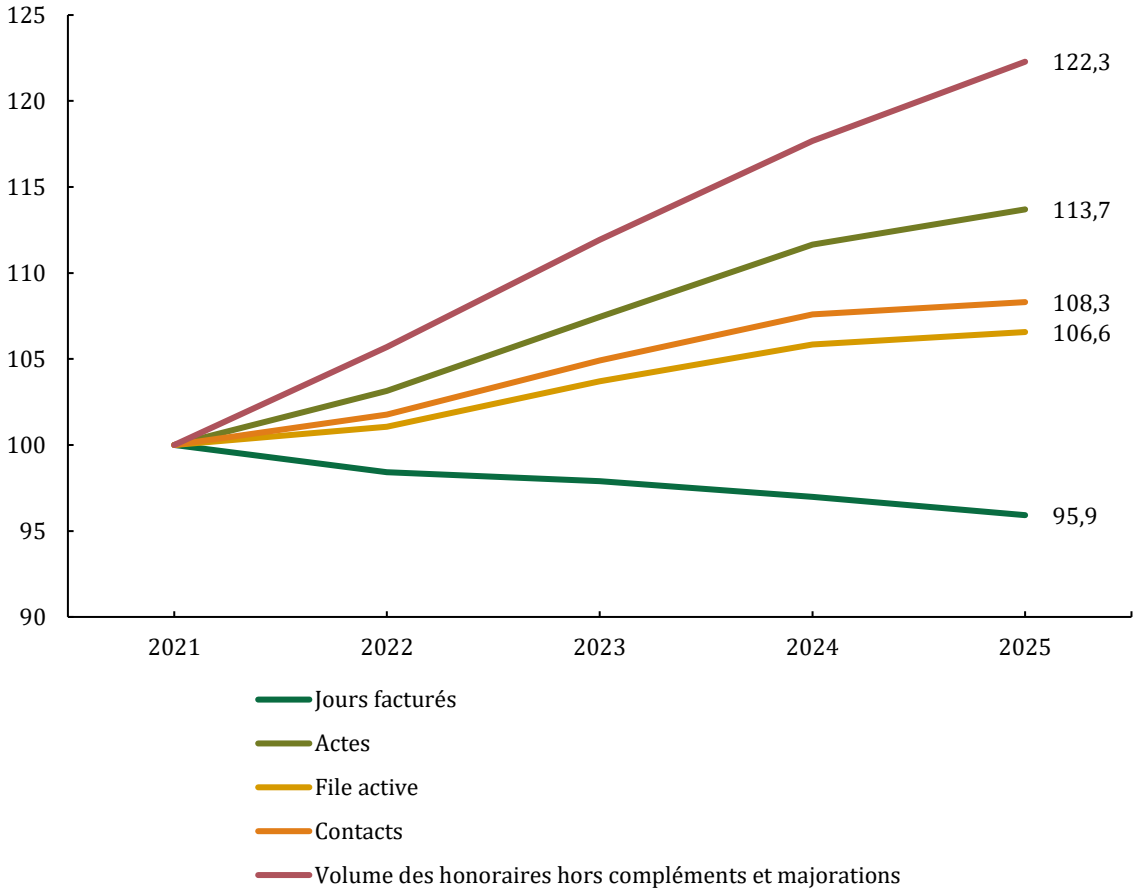
6.3. La baisse des jours d'exercice des ophtalmologues s'accompagne d'une forte intensification de l'activité par jour, probablement portée par le recours accru aux orthoptistes

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des ophtalmologues libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de 4,1 % sur cinq ans (cf. graphique 39). **En parallèle de cette diminution du nombre de jours d'exercice libéral, l'activité moyenne des ophtalmologues a augmenté selon tous les indicateurs considérés.** En effet, le nombre d'actes réalisés progresse de +13,7 % sur cinq ans, le nombre de contacts de +8,3 %, et la file active de +6,6 %. Le nombre de contacts par jour d'exercice libéral a également augmenté, de 30,3 en 2021 à 34,2 en 2025. **Ces évolutions suggèrent une intensification de l'activité des praticiens par jour d'exercice libéral.**

Dans le cas des ophtalmologues, l'hypothèse principale formée par la mission concernant l'intensification de l'activité est l'augmentation du recours aux services d'orthoptistes, qui peuvent réaliser des actes techniques à la place du praticien et permettent ainsi à celui-ci de réduire le temps passé avec chaque patient. Cette hypothèse serait toutefois à confronter avec l'activité des orthoptistes et les évolutions d'activité des ophtalmologues ne coopérant pas avec ces professionnels.

Par ailleurs, le volume des honoraires hors majorations et compléments d'actes est l'indicateur le plus dynamique, avec une hausse soutenue de +22,3 % sur la période.

Graphique 39 : Évolution d'indicateurs relatifs aux ophtalmologues libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

6.4. 6 % des ophtalmologues libéraux concentrent des niveaux d'activité et d'honoraires très élevés, avec près de 72 patients vus par jour d'exercice en moyenne

La méthode de regroupement appliquée aux données des ophtalmologues (cf. tableau 17) met en évidence deux groupes principaux, l'un présentant un niveau d'activité intermédiaire et l'autre un niveau relativement faible d'activité. Le troisième groupe ne concerne que 6 % des ophtalmologues libéraux qui se distinguent par un niveau d'activité très élevé, accompagné d'un volume d'honoraires importants et en hausse.

Le premier groupe, qui regroupe 49 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 211,0 jours en moyenne en 2025, soit 4,5 jours par semaine en moyenne. L'activité de ce groupe est restée relativement stable sur la période 2021-2025 en comparaison des deux autres groupes : le nombre moyen de jours d'exercice libéral a connu une baisse de -2 %, tandis que la file active a augmenté de +2 %, le nombre de contacts de +2 %. Les honoraires moyens de ce groupe ont augmenté +12 %, pour atteindre 561 150 € en 2025.

Le deuxième groupe, qui regroupe près de 45 % des praticiens, se distingue par une activité significativement plus faible, à 148,4 jours d'exercice libéral en 2025, soit 3,2 jours par semaine en moyenne. Ce groupe se caractérise par une diminution significative de son activité sur la période 2021-2025 : -19 % pour la file active, -17 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral, -19 % pour le nombre moyen de contacts et -8 % pour les honoraires moyens, qui s'élevaient à 191 404 € en 2025. Ce groupe est également le plus féminisé, les femmes représentant 46,2 % des effectifs du groupe, contre 36,1 % et 20,8 % respectivement dans les deux autres groupes. Il comprend de plus une part plus importante de praticiens conventionnés en secteur 1 : 31,5 % des praticiens du groupe contre respectivement 22,7 % et 13,0 % des praticiens des premier et troisième groupes.

Le troisième groupe rassemble seulement 6 % des praticiens, plus jeune (48,5 ans en moyenne contre 50,2 ans et 58,3 ans en moyenne dans les deux autres groupes) qui concentre des niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ainsi, le nombre moyen de contacts par jour des praticiens de ce groupe s'élevait à 72,6 contacts. Ces niveaux sont par ailleurs orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : le nombre de jours exercés dans l'année a augmenté de +4 %, la file active a augmenté de +11 %, le nombre moyen de contacts de +13 % et les honoraires moyens de +20 %, pour atteindre 1,3 M€ en 2025. Le niveau d'activité et le montant des honoraires perçus par les praticiens de ce groupe peuvent être expliqués par un recours plus fréquent à des orthoptistes.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 18) :

- le volume d'acte réalisés au titre de la permanence des soins ou d'actes d'urgence ;
- la réalisation de prestations coordonnées ;
- la réception d'aides à l'équipement numérique ;
- le nombre de lundi et de mercredi exercés ;
- le degré d'accessibilité potentielle (APL) en médecins généralistes (MG).

Deux autres facteurs ressortent de l'analyse descriptive de la composition des groupes :

- la nature de l'exercice libéral : Alors que les praticiens des premier et troisième groupes sont respectivement 85,4 % et 84,8 % à exercer une activité libérale exclusive, ils sont 64,3 % dans le second groupe. En particulier, 10,6 % des praticiens du deuxième groupe sont des médecins hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital, où un plafond de deux demi-journées hebdomadaires est prévu par le code de la santé publique ;
- l'emploi d'un assistant médical : 13,4 % des médecins du troisième groupe ont reçu en 2025 une aide pour l'emploi d'un assistant médical, tandis qu'ils ne sont que 0,6 % au sein du deuxième groupe et 7,3 % au sein du premier groupe.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des ophtalmologues à les inclure dans leurs travaux.

Annexe IV

Tableau 17 : Synthèse des résultats du regroupement pour les ophtalmologues libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	1 974	1 791	231
Part de femmes	36,1 %	46,2 %	20,8 %
Moyenne d'âge	50,2 ans	58,2 ans	48,5 ans
Moyenne d'APL	4,5	4,4	4,2
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	211,0	148,4	265,8
Nombre moyen de contacts	7 932	3 007	19 293
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	561 150 €	191 404 €	1 295 838 €
Honoraires moyens par contact	70,74 €	63,65 €	67,17 €
Nombre moyen de contacts par jour	37,6	20,3	72,6
Évolution de la file active (2021-2025)	+2 %	-19 %	+11 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-2 %	-17 %	+4 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	+2 %	-19 %	+13 %
Évolution des honoraires moyens	+12 %	-8 %	+20 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	2 %	3 %	1 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	0 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	1 360	865	1 555
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	0,1 %	0,7 %	0,4 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	0,8	0,1	2,0
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	-	-	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	0,8	0,1	2,0
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	-	-	-
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	0,8	0,0	2,0
Part des actes pour avis	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Part des actes complexes	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Part des demandes de téléexpertise	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Part des actes de téléexpertise	0,5 %	0,7 %	1,6 %
Nombre de prestations de coordination	764	548	771
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	72,6 %	57,1 %	74,9 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	0,7 %	0,3 %	0,4 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	50,6 %	28,9 %	42,9 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	7,3 %	0,6 %	13,4 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	22,7 %	31,5	13,0
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	77,2 %	68,3	87,0
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	7,0 %	11,4 %	10,0 %

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	85,4 %	64,3 %	84,8 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	7,4 %	13,7 %	5,2 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	0,1 %	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0,1 %	10,6 %	0,0 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 18 : Caractérisation des groupes en ophtalmologie, toutes choses égales par ailleurs

Groupe	Effectif	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	1 974	Groupe de référence, avec une moyenne de 207 jours annuels d'exercice libéral
2	1 791	▪ nombre de contacts, d'actes et d'honoraires non majorés réalisés significativement plus faible ▪ davantage d'actes réalisés au titre de la permanence des soins ▪ plus de prestations coordonnées ▪ plus jeunes, recevant moins d'aides numériques, travaillant moins le samedi avec moins de jours d'exercice libéral ▪ travaillent relativement plus le lundi et le mercredi ▪ davantage d'actes d'urgences et installés dans des zones avec accès potentielle aux médecins généralistes (APL) plus faible
3	231	▪ nombre de contacts, d'actes et d'honoraires non majorés réalisés significativement plus faible (distinction massive par rapport aux autres groupes) ▪ moins d'actes réalisés au titre de la permanence des soins ▪ moins de prestations coordonnées ▪ plus âgé, recevant plus d'aides numériques, travaillant plus le samedi avec plus de jours d'exercice libéral ▪ travaillent relativement plus le lundi et le mercredi

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

6.5. Exploitation de l'enquête pour l'ophtalmologie

Seuls 180 ophtalmologues ont répondu au questionnaire de la mission. Les résultats de l'enquête sont reproduits ci-dessous à titre qualitatif et ne peuvent être considérés comme représentatifs.

Le panel de répondants présente les caractéristiques suivantes, proches des caractéristiques de l'ensemble de la spécialité :

- 58 % d'hommes ;
- 35 % de personnes ayant entre 35 et 49 ans, 38 % entre 50 et 65 ans, 26 % ayant plus de 65 ans ;
- 53 % sont en secteur hors OPTAM, 22 % en secteur 2 avec OPTAM, 25 % en secteur 1.

6.5.1. Organisation du travail

80 % des répondants sont en exercice libéral exclusif. Ils travaillent majoritairement dans un cabinet regroupant d'autres ophtalmologues (52 %). Ils sont néanmoins 19 % à travailler seuls.

99 % d'entre eux disposent d'un secrétariat. Il ne se situe au sein du cabinet que pour 44 % d'entre eux le reste ayant un secrétariat à distance qui peut également s'accompagner d'un système de prise de rendez-vous en ligne.

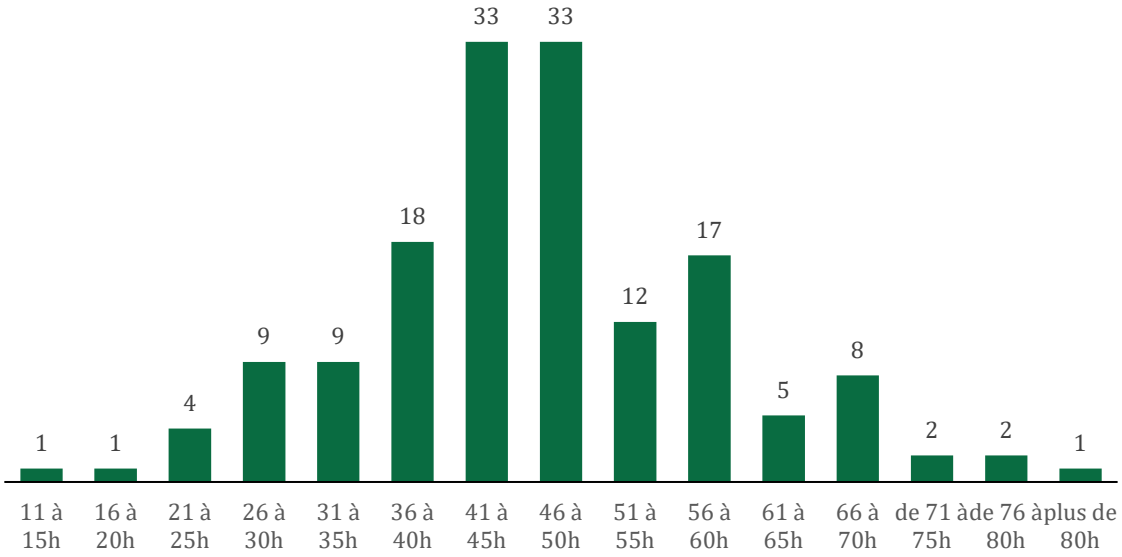
En revanche, 58 % disposent d'un assistant au sein du cabinet, ce qui confirme le fort déploiement des orthoptistes au sein de la profession. 23 % d'entre eux déclarent cependant ne procéder à aucune délégation ou partage de tâche avec un autre professionnel de santé, qu'il soit paramédical ou médical.

11 % des ophtalmologues ayant répondu n'emploient aucun outil numérique. Les autres répondants utilisent pour environ un tiers d'entre eux soit un système de gestion de planning soit un système de gestion des dossiers des patients.

6.5.2. Le temps de travail et son évolution

Le cycle hebdomadaire de travail pour une semaine normale, toutes activités comprises le plus fréquent se situe entre 41 et 50h.

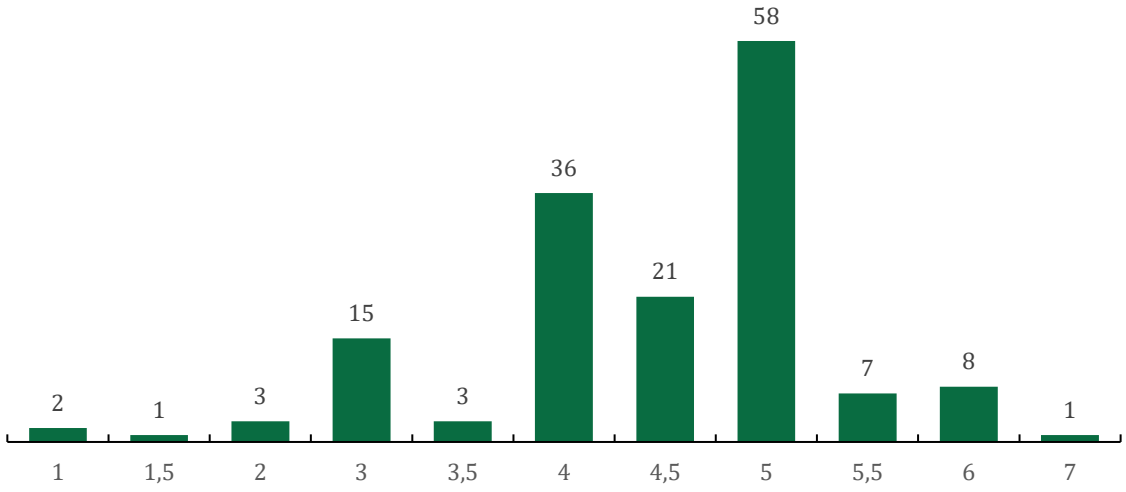
Graphique 40 : cycle hebdomadaire déclaré lors d'une semaine normale pour les ophtalmologues libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Le nombre de jours travaillés par semaine est entre 4 et 5 jours majoritairement mais les ophtalmologues sont plus nombreux à avoir déclaré une activité libérale sur 5 jours, ce qui les distinguent de la moyenne des répondants à l'enquête.

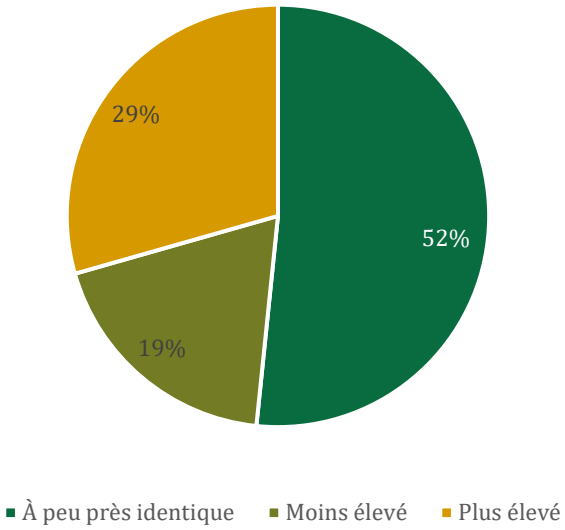
Graphique 41 : Nombre de jours consacrés à l'activité libérale par semaine déclarés par les ophtalmologues



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Les ophtalmologues se distinguent également par leurs réponses à la question sur l'évolution de leurs temps de travail sur les cinq dernières années avec une majorité déclarant que leur temps de travail est à peu près identique alors que l'ensemble des spécialistes ayant répondu au questionnaire ne sont que 40 % à avoir choisi cette réponse.

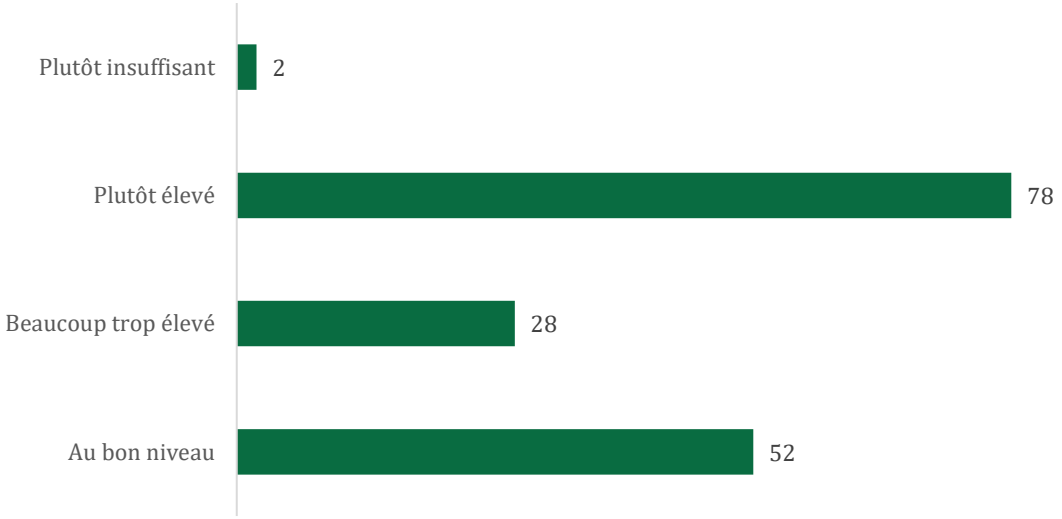
Graphique 42 : Réponses des ophtalmologues libéraux à la question sur l'évolution du temps de travail sur les 5 dernières années



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

En revanche, lorsqu'ils indiquent leur perception de leur temps de travail, ils ne se différencient que peu du reste des répondants avec 49 % d'entre eux qui estiment leur temps de travail trop élevé. 59 % estiment qu'ils maitrisent plutôt ou tout à fait leur temps de travail.

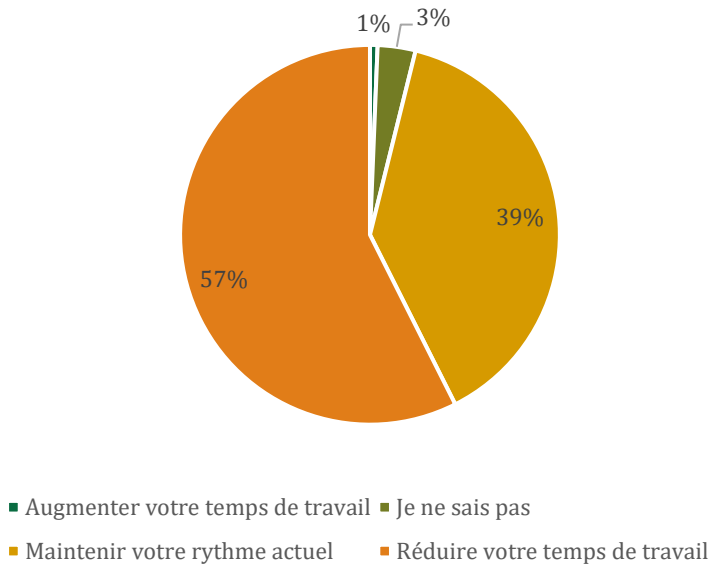
Graphique 43 : Réponses des ophtalmologues libéraux à la question sur la perception du temps de travail



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Les ophtalmologues ayant répondu aux questionnaires sont proportionnellement plus nombreux que les autres spécialistes à déclarer qu'ils souhaitent réduire leur activité les prochaines années avec 57 % d'entre eux qui font cette estimation (47 % pour l'ensemble des répondants au questionnaire).

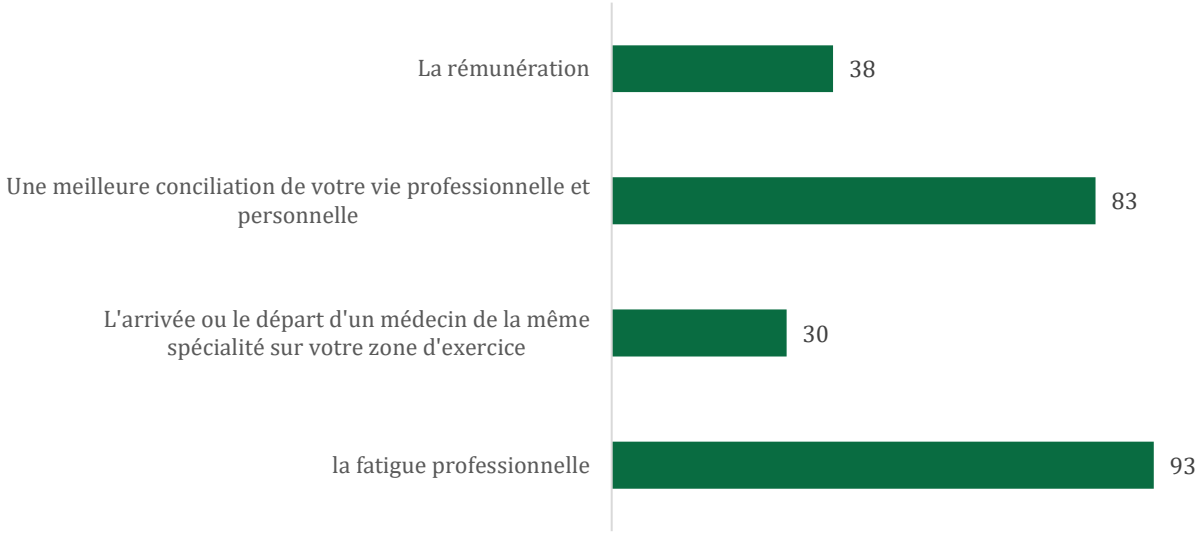
Graphique 44 : Réponse des ophtalmologues libéraux à la question sur l'évolution dans les prochaines années du temps de travail



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Parmi les motifs qui pourraient conduire les ophtalmologues ayant répondu à faire évoluer leur temps de travail, la fatigue professionnelle apparait, comme pour les autres spécialistes ayant participé à l'enquête, comme premier motif devant la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. Elle est proportionnellement cependant moins citée (60 % pour 71 % dans le panel global). De la même façon la proportion d'ophtalmologues qui indiquent que leur rémunération pourrait faire évoluer leur activité est moins importante que dans le reste du panel (respectivement 25 % et 37 %).

Graphique 45 : Motifs pouvant faire évoluer le temps de travail des ophtalmologues libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

7. Pédiatrie

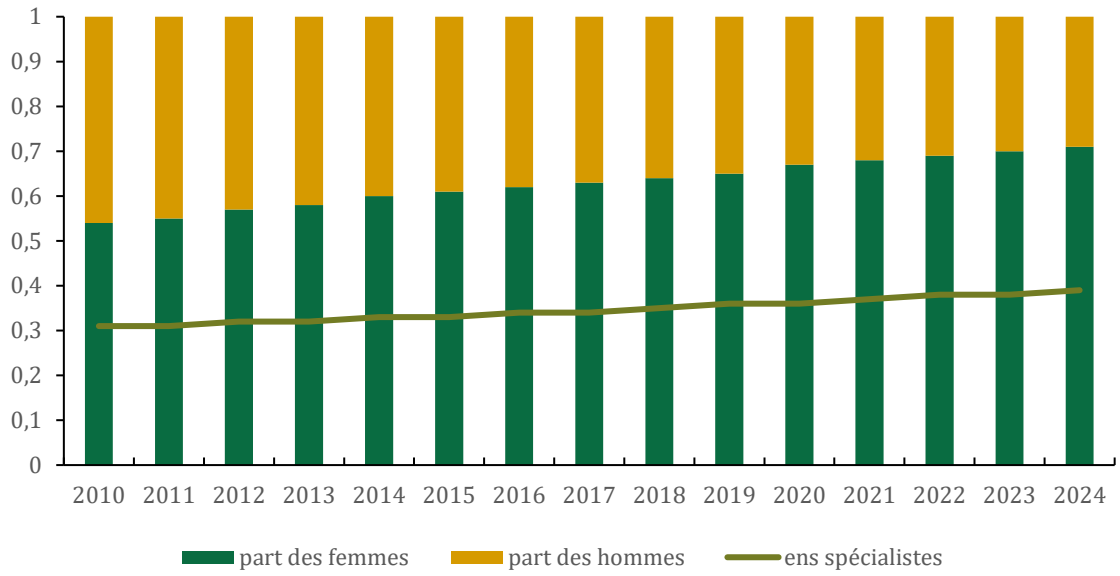
7.1. Caractéristiques de la spécialité

7.1.1. Démographie de la spécialité

9 284 pédiatres étaient en exercice en 2024avec une composante libérale beaucoup moins importante que pour les autres spécialités examinées, seuls 37 % d'entre eux ayant un exercice libéral exclusif ou un exercice mixte. Le nombre de pédiatres libéraux est resté stable entre 2017 et 2024.

Les pédiatres libéraux sont une population fortement féminisée avec une part des femmes atteignant 71 %, très significativement au-dessus de celles des spécialistes libéraux (39 %).

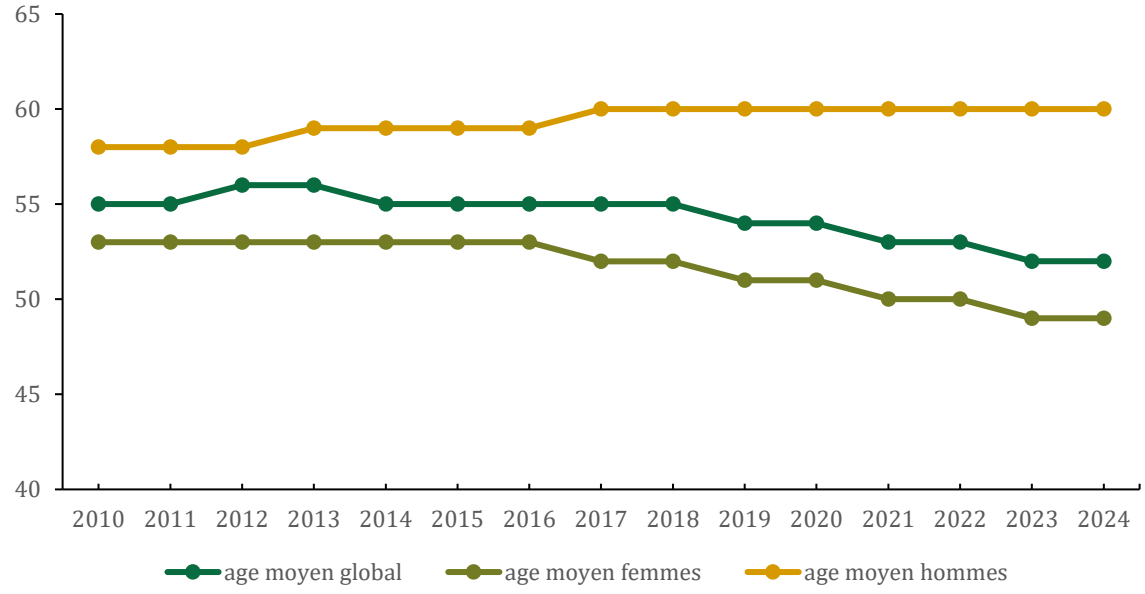
Graphique 46 : Part des femmes et des hommes chez les pédiatres libéraux de 2010 à 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

L'âge moyen des pédiatres libéraux est de 52 ans, soit légèrement en dessous de la moyenne des spécialistes libéraux, avec une part des plus de 60 ans de 31 %, là aussi légèrement inférieure à la moyenne. La moyenne d'âge entre les femmes et les hommes est assez peu différente, contrairement aux autres spécialités, sans doute du fait d'une féminisation ancienne de la profession.

Graphique 47 : Âges moyens des femmes et des hommes pédiatres libéraux de 2010 à 2024



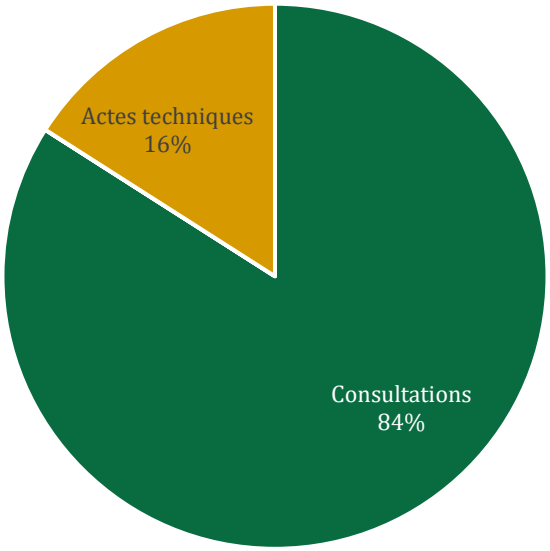
Source : Mission, à partir de données Cnam.

7.1.2. Spécificités de la spécialité

La pédiatrie est une spécialité médicale qui se caractérise à la fois par son caractère généraliste, le pédiatre suivant les patients dans leur globalité, y compris dans une dimension de prévention, avec un rôle de médecin traitant et par sa spécialisation sur une patientèle particulière qui nécessite des compétences spécifiques.

La consultation est de ce fait le mode privilégié d'intervention du pédiatre. Elle représente 84 % des actes des pédiatres

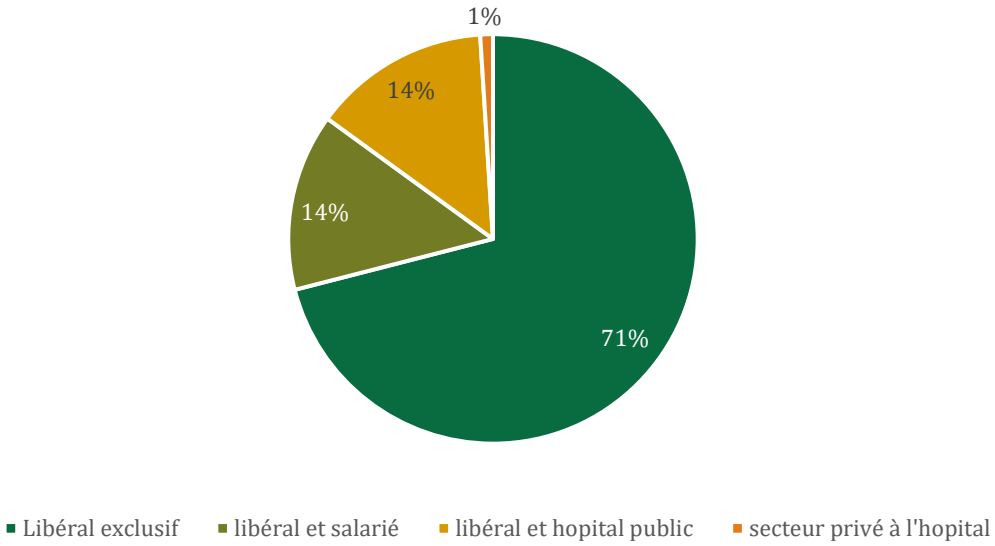
Graphique 48 : Répartition des actes des pédiatres libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

L'exercice libéral exclusif représente le mode d'exercice le plus fréquent avec 71 % des pédiatres libéraux qui exercent selon cette modalité. Ils se situent dans la moyenne des spécialistes libéraux.

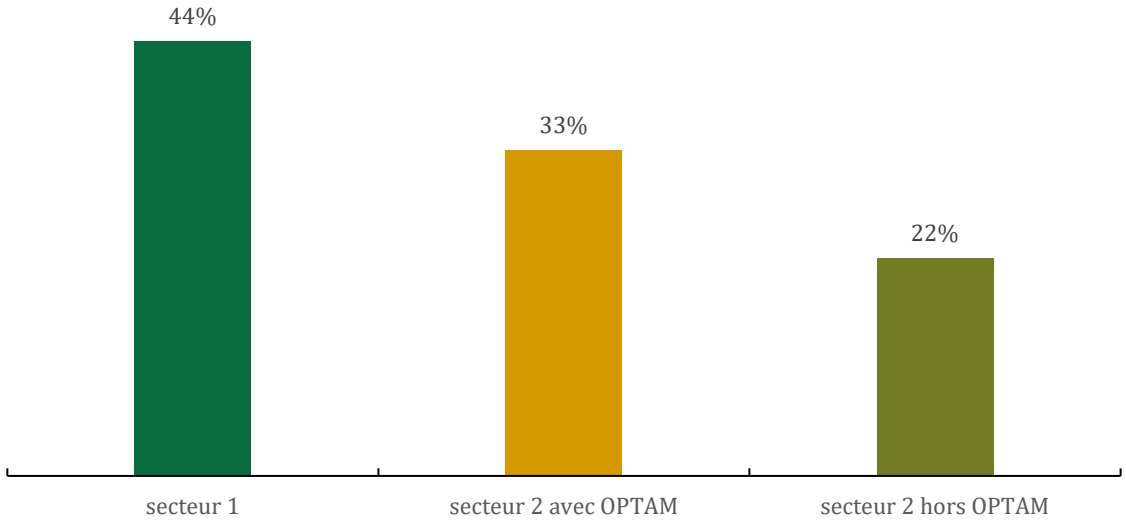
Graphique 49 : Activités des pédiatres libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

S'agissant du secteur de conventionnement, les pédiatres libéraux se distinguent par le poids du secteur 1 qui regroupe 44 % de la spécialité.

Graphique 50 : Secteurs conventionnels des pédiatres libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

7.2. Les pédiatres libéraux exercent en 2025 en moyenne 4,0 jours par semaine et 17 jours de moins par an qu'en 2021

Entre 2021 et 2025, le nombre de pédiatres exerçant une activité libérale (pédiatres libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie est resté relativement stable, passant de 2 445 à 2 494 praticiens (cf. tableau 19). Sur la même période, le **nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 206 à 189 jours par an, soit une baisse de 17 jours en moyenne sur cinq ans. En 2025, les pédiatres libéraux exerçaient ainsi en moyenne 4,0 jours par semaine en activité libérale.**

Le nombre de praticiens ayant une faible activité libérale, inférieure à 100 jours par an, soit moins de 2 jours par semaine approximativement a augmenté sur la période 2021-2025, passant de 107 à 132 praticiens.

Le nombre de praticiens ayant plus de 280 jours d'exercice libéral, soit plus de 6 jours par semaine, a diminué de moitié, de 121 praticiens en 2021 à 62 en 2025.

Tableau 19 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral des pédiatres

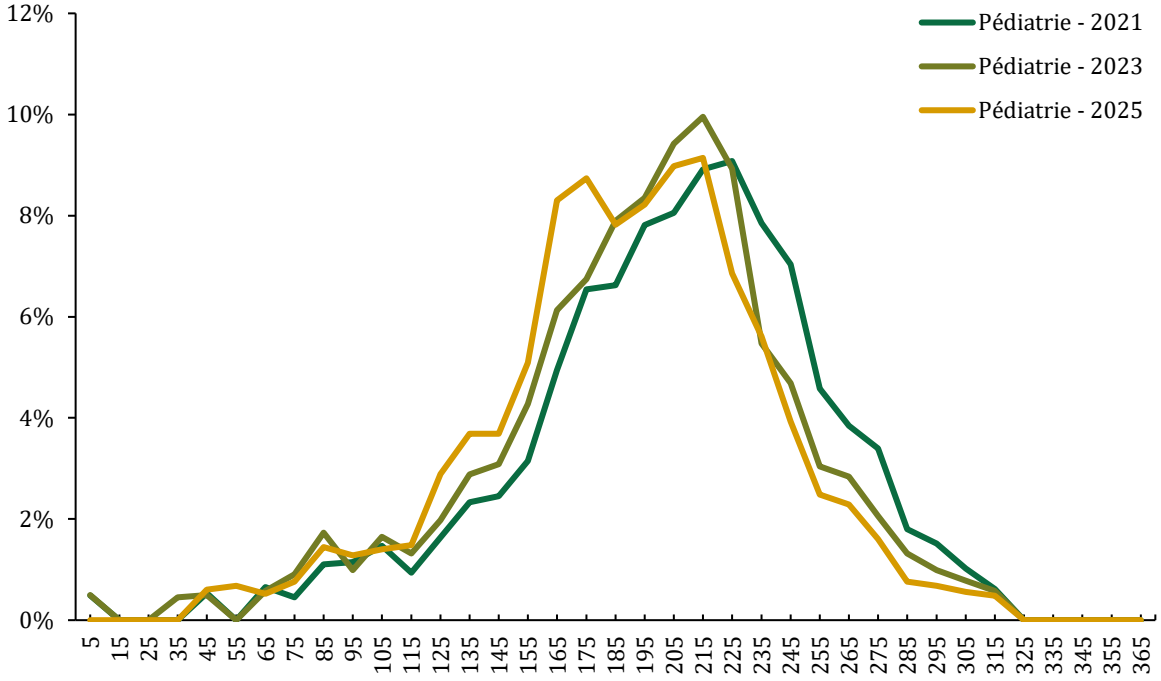
Pédiatres	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	2 445	2 431	2 494
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	206	196	189
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par semaine par praticien	4,4	4,2	4,0
Nombre de praticiens ayant en moyenne plus de six jours d'exercice libéral par semaine	121	89	62
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	107	137	132

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecins pédiatres libéraux pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 51). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une stabilité dans la dispersion des situations individuelles. Leur comparaison laisse apparaitre un déplacement vers un nombre plus faible de jours d'exercice libéral, en lien avec la diminution de 17 jours en moyenne par praticien sur la période 2021-2025.

En 2025, 48 % des pédiatres ont moins de 190 jours d'exercice libéral, soit moins de 4 jours par semaine en moyenne sur la base de 5 semaines de congés, alors qu'ils étaient 34 % en 2021.

Graphique 51 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par pédiatre



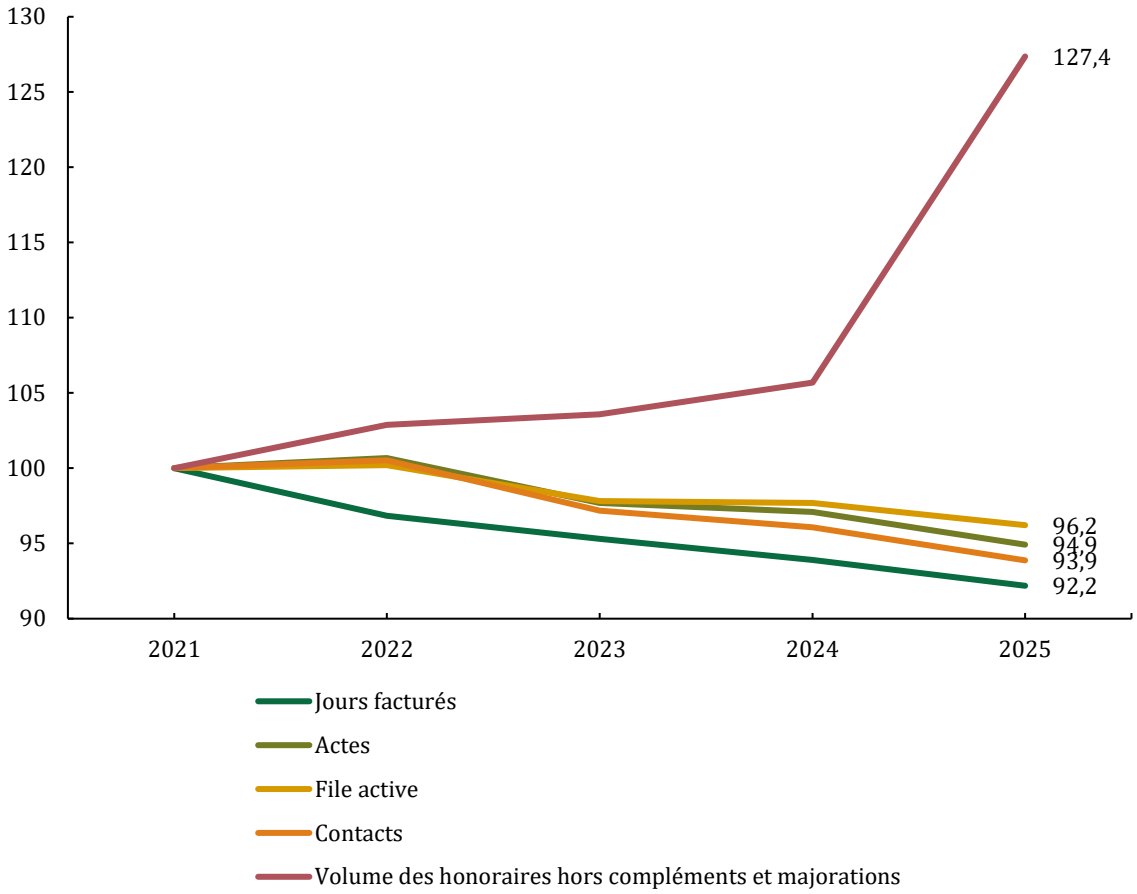
Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

7.3. En pédiatrie, l'activité recule moins vite que le nombre de jours d'exercice libéral, tandis que la revalorisation tarifaire de fin 2024 a conduit à une hausse des honoraires de 27 % depuis 2021

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des pédiatres libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de -7,8 % sur cinq ans (cf. graphique 52). **Cette diminution du nombre de jours d'exercice libéral est accompagnée d'une baisse de l'activité de moindre ampleur.** En effet, le nombre d'actes réalisés diminue de -5,1 % sur cinq ans, la file active de -3,8 %, et le nombre de contacts de 6,1 %. Le nombre moyen de contacts par jour d'exercice libéral a augmenté sur la période, de 16,1 en 2021 à 16,4 en 2025. **Ces évolutions suggèrent une intensification modérée de l'activité des praticiens par jour d'exercice libéral.**

Par ailleurs, le volume des honoraires hors majorations et compléments d'actes est l'indicateur le plus dynamique, avec une hausse de +27,4 % sur la période. Cette augmentation est particulièrement marquée entre 2024 et 2025, et est expliquée par une revalorisation à la hausse du tarif de la consultation pédiatrique en décembre 2024. Les données pour la période 2021-2023 montrent néanmoins une hausse des honoraires précédant la revalorisation.

Graphique 52 : Évolution d'indicateurs relatifs aux pédiatres libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

7.4. 46 % des pédiatres libéraux relèvent d'un groupe dont l'activité a baissé de 20 % depuis 2021

La méthode de regroupement appliquée aux données des pédiatres (cf. tableau 20) met en évidence trois groupes de praticiens dont la différenciation repose principalement sur le niveau variable d'activité.

Le premier groupe, qui regroupe près de 46 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 214,9 jours en moyenne en 2025, soit 4,6 jours par semaine en moyenne. L'activité de ce groupe a légèrement baissé sur la période 2021-2025 en comparaison des deux autres groupes : le nombre moyen de jours d'exercice libéral a connu une baisse de -5 %, la file active de -4 %, le nombre moyen de contacts de -5 %, le nombre de contacts de -6 %. Les honoraires moyens de ce groupe ont néanmoins connu une augmentation de +27 %, pour atteindre 163 589 €.

Le deuxième groupe, qui regroupe également 46 % des pédiatres libéraux, se distingue par une activité significativement plus faible, à 156,8 jours d'exercice libéral en 2025, soit 3,3 jours par semaine en moyenne. Les caractéristiques démographiques du deuxième groupe sont relativement similaires à celles du premier groupe, et les modalités d'exercice des praticiens diffèrent peu de celles des deux autres groupes. Cependant, ce groupe se caractérise par une diminution significative de son activité sur la période 2021-2025 : -19 % pour la file active, -17 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral et -23 % pour le nombre moyen de contacts. Malgré cette forte diminution de l'activité, les honoraires moyens ont connu une légère augmentation, pour s'établir à 87 289 €.

Le troisième groupe rassemble une minorité de praticiens (8 %), moins féminisée (35,2 % de femmes contre respectivement 72,8 % et 78,9 % dans les deux autres groupes) et qui concentre les niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ces niveaux sont par ailleurs légèrement orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : si le nombre de jours exercés dans l'année est resté stable, à 259,2 jours (soit 5,5 jours par semaine en moyenne) en 2025, la file active a augmenté de +6 %, le nombre moyen de contacts de +3 %. Les honoraires de ce groupe ont par ailleurs connu une hausse très importante, de +44 %, pour s'établir à 332 871 € en 2025.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 21) :

- le recours aux aides à l'équipement numérique, à l'aide à l'installation territoriale et à l'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- la réalisation de prestation coordonnées ;
- la réalisation d'actes d'urgence.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des pédiatres à les inclure dans leurs travaux.

Tableau 20 : Synthèse des résultats du regroupement pour les pédiatres libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	1 168	1 164	213
Part de femmes	72,8 %	78,9 %	35,2 %
Moyenne d'âge	52,1 ans	52,7 ans	55,4 ans
Moyenne d'APL	4,4	4,4	4,0
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	214,9	156,8	259,2
Nombre moyen de contacts	3 666	1 809	7 174
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	163 589 €	87 289 €	332 871 €
Honoraires moyens par contact	44,62 €	48,25 €	46,40 €
Nombre moyen de contacts par jour	17,1	11,5	27,7
Évolution de la file active (2021-2025)	-4 %	-19 %	+6 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-5 %	-17 %	+1 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	-6 %	-23 %	+3 %
Évolution des honoraires moyens	+27 %	+4 %	+44 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	2 %	3 %	2 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	0 %	0 %

Annexe IV

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Nombre moyen de consultations et de visites	1 657	767	2 753
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	1,7 %	2,1 %	1,2 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	8,3	3,9	24,8
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	0,09	0,13	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	8,5	3,8	23,7
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	1,2	0,5	3,8
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	8,3	3,5	23,3
Part des actes pour avis	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Part des actes complexes	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Part des demandes de téléexpertise	0,3 %	0,5 %	0,1 %
Part des actes de téléexpertise	0,8 %	1,1 %	0,3 %
Nombre de prestations de coordination	9	17	9
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	4,9 %	5,2 %	8,0 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	0,6 %	1,3 %	1,9 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	86,0 %	75,9 %	81,2 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	8,7 %	3,3 %	24,4 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	40,2 %	45,6 %	55,4 %
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	59,7 %	54,3 %	44,6 %
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	11,9 %	14,9 %	14,6 %
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	74,2 %	68,7 %	70,4 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	13,7 %	14,0 %	15,0 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	0,2 %	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0,2 %	2,2 %	0,0 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 21 : Caractérisation des groupes en pédiatrie, toutes choses égales par ailleurs

Groupe	Effectif	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	1 168	Groupe de référence, avec une moyenne de 215 jours annuels d'exercice libéral
2	1 164	▪ nombre de contacts, d'actes réalisés et d'honoraires hors majoration ▪ plus âgés ▪ moins d'aides pour le numérique ▪ moins de prestations coordonnées ▪ moins d'aides pour l'emploi d'un assistant médical, d'aides à l'installation et relativement davantage de lundis exercés ▪ relativement plus de nuits travaillées et de jours d'astreinte
3	213	▪ nombre de contacts, d'actes réalisés et d'honoraires hors majoration significativement supérieurs au groupe de référence ▪ relativement moins de nuits travaillées et de jours d'astreinte davantage d'actes d'urgence et moins d'aides à l'installation territoriale

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

7.5. Exploitation de l'enquête en pédiatrie

430 pédiatres libéraux ont répondu au questionnaire de la mission. Les femmes y sont surreprésentées 83 % des répondants appartenant à ce genre. De même les plus de 65 ans représentent une part plus importante que la moyenne de la spécialité car ils sont 38 % des répondants.

Les répondants appartiennent par ailleurs davantage au secteur 1 (51 %) que la spécialité dans son ensemble.

Les résultats de l'enquête figurant ci-dessous, outre qu'ils sont issus d'un nombre limité de réponses, doivent donc être pris avec la plus grande prudence et ne peuvent prétendre à une véritable représentativité.

7.5.1. Organisation du travail

64 % des répondants sont en exercice exclusif, soit un taux inférieur à la moyenne des pédiatres libéraux. Lorsqu'ils ont une activité complémentaire à leur activité libérale, elle est majoritairement à l'hôpital publics (51 %) mais également en établissement médico-social ou PMI (27 % des répondants à activité mixte).

99 % des pédiatres ayant répondu disposent d'un secrétariat mais contrairement aux autres spécialités de l'enquête, le plus grand nombre ne disposent pas d'un secrétariat sur place mais d'un secrétariat à distance s'accompagnant d'un système de prise de rendez-vous en ligne (25 % des répondants).

Seuls 14 % des pédiatres libéraux ayant répondu disposent par ailleurs d'un assistant médical. 80,5 % déclarent également ne pas procéder à des délégations ou à un du partage de tâches avec un autre professionnel de santé. Pour les 20 % y procédant, ces délégations ne se font quasiment qu'auprès d'un assistant médical.

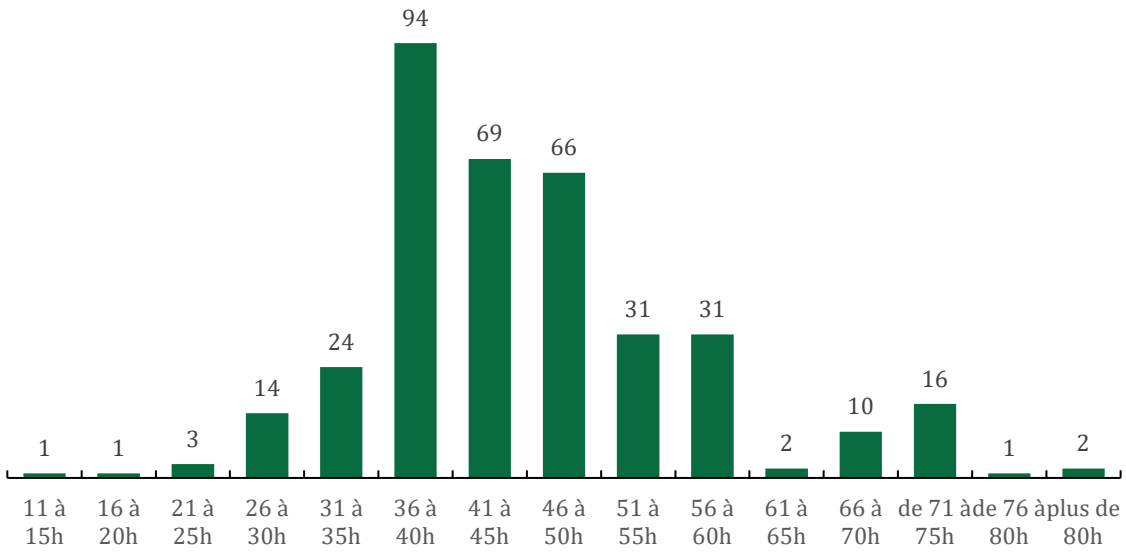
S'agissant des outils numériques, 80 % des pédiatres ayant répondu utilisent un outil de gestion des rendez-vous et des planning et 56 % utilisent un dossier patient numérique permettant l'échange d'information. Les autres outils (aide à la prescription, dictée vocale, …) ne sont utilisés que marginalement.

30 % des pédiatres ont déclaré que leur activité clinique occupait moins de 75 % de leur temps d'activité.

7.5.2. Le temps de travail et son évolution

Comparativement aux autres spécialités, les pédiatres libéraux ayant répondu à l'enquête se caractérisent par des cycles de travail hebdomadaires plutôt moins élevés, le cycle 36 à 40h de travail par semaine étant celui du plus grand nombre de pédiatres répondants alors que pour les autres c'est le cycle de 46 à 50h qui regroupe le plus de médecins.

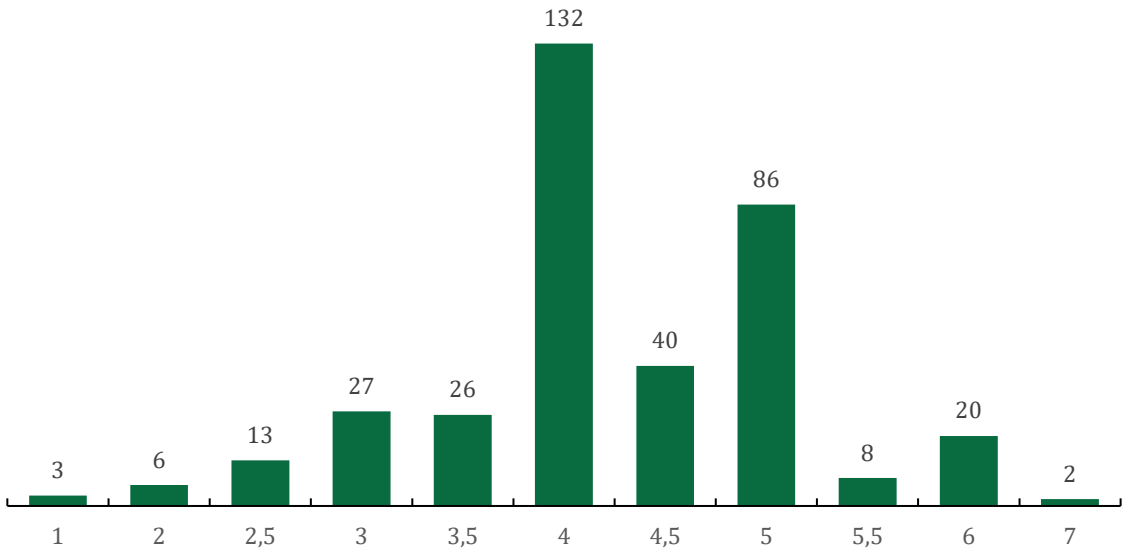
Graphique 53 : Cycle horaire hebdomadaire déclaré lors d'une semaine normale par les pédiatres libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

De la même façon, les pédiatres libéraux travaillent plus fréquemment 4 jours par semaine que 5 jours.

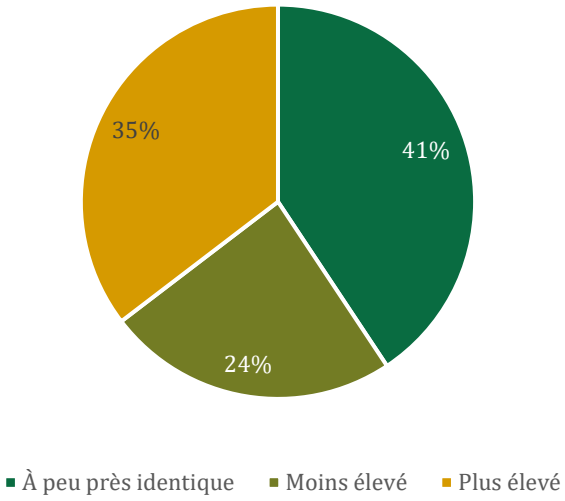
Graphique 54 : Nombre de jours de pratique de l'activité libérale pour les pédiatres libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Les pédiatres considèrent néanmoins que leur temps de travail n'a, pour le plus grand nombre, pas évolué sur les cinq dernières années et 35 % considèrent qu'il est plus élevé. Ils se positionnent donc sur cette question dans la moyenne des répondants à l'enquête.

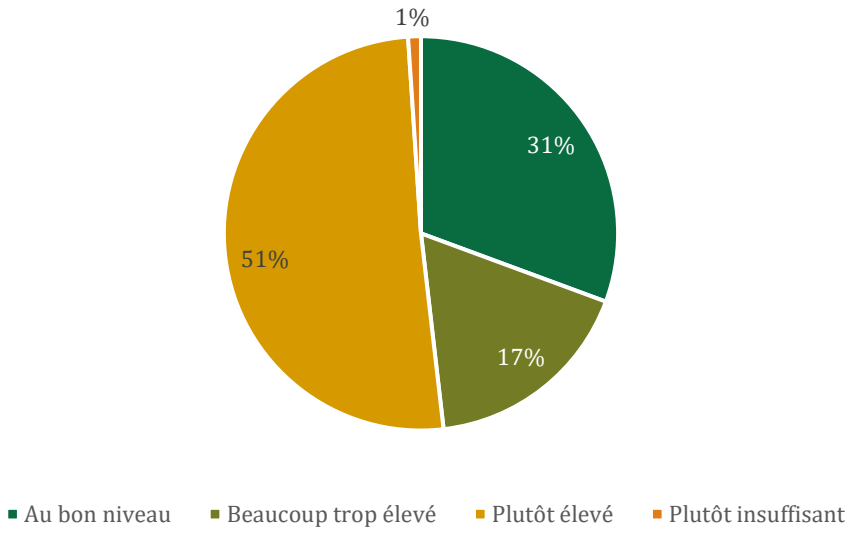
Graphique 55 : Perceptions de l'évolution du temps de travail sur les 5 dernières années des pédiatres libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

De la même façon, les pédiatres ont majoritairement une appréciation plutôt défavorable de leur temps de travail considérant qu'il est plutôt élevé ou trop élevé à 68 %. Ils se situent néanmoins généralement en dessous de la moyenne des répondants au questionnaire. 46 % ont par ailleurs le sentiment de ne plutôt pas ou pas du tout maitriser leur temps de travail.

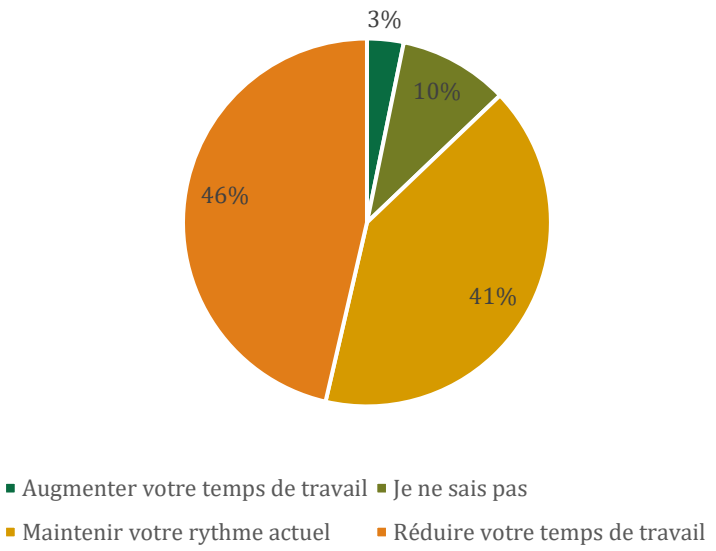
Graphique 56 : Estimation du temps de travail hebdomadaire des pédiatres libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Les pédiatres libéraux qui ont répondu lorsqu'ils se projettent se situent là aussi dans la moyenne des répondants 46 % d'entre eux souhaitant réduire son temps de travail.

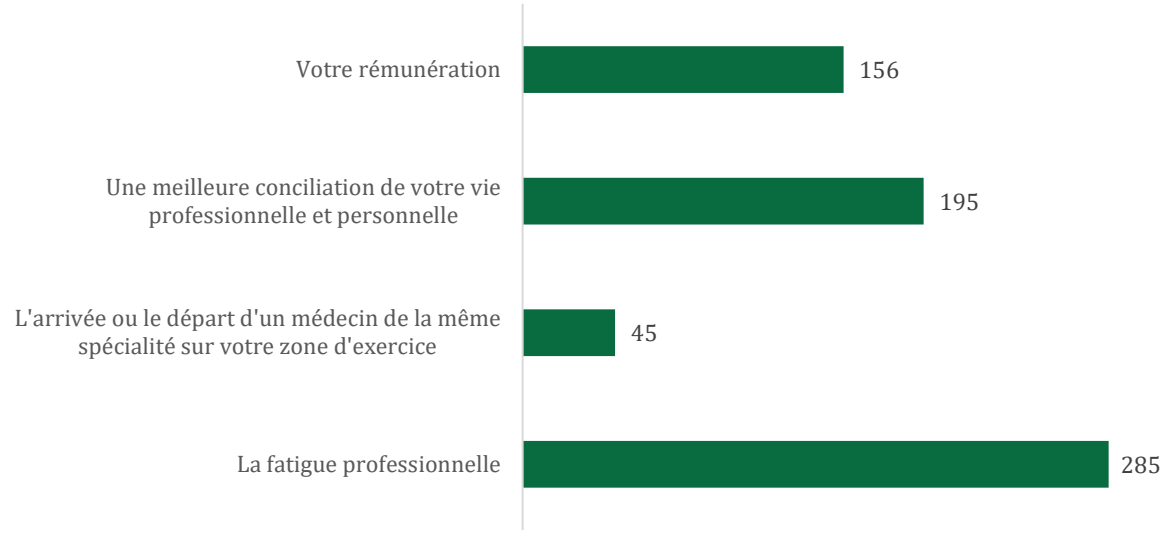
Graphique 57 : Perspectives d'évolution du temps de travail dans les prochaines années des pédiatres libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Comme pour les autres spécialités, la fatigue professionnelle constitue le premier facteur pour lequel le temps de travail est susceptible d'évoluer (77 % pour 71 % sur l'ensemble du panel) suivie par la conciliation entre vie professionnelle et vie privée, la rémunération regroupant néanmoins 42 % des réponses, soit un niveau plus élevé que la moyenne des spécialistes (37 %).

Graphique 58 : Motivations d'une évolution du temps de travail des pédiatres libéraux



Source : Mission, à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

8. Psychiatrie

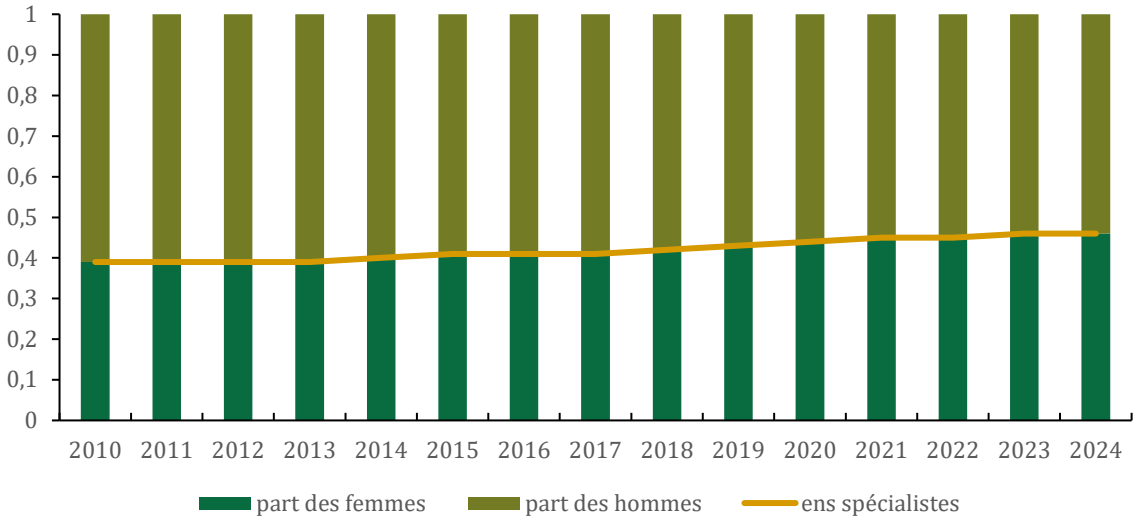
8.1. Caractéristiques de la spécialité

8.1.1. Démographie de la spécialité

Les psychiatres étaient en 2024 au nombre de 15 874. L'exercice libéral exclusif ou mixte est un mode d'exercice minoritaire dans cette spécialité ; les libéraux ne représentant que 42 % des effectifs. Leur lieu principal d'exercice est l'hôpital public où travaillent 49 % des psychiatres. Le nombre de psychiatres libéraux a augmenté de 2 % entre 2017 et 2024.

S'agissant des psychiatres libéraux, ils se caractérisent par une présence majoritaire des hommes, la part de ceux-ci étant néanmoins dans la moyenne de l'ensemble des spécialistes libéraux

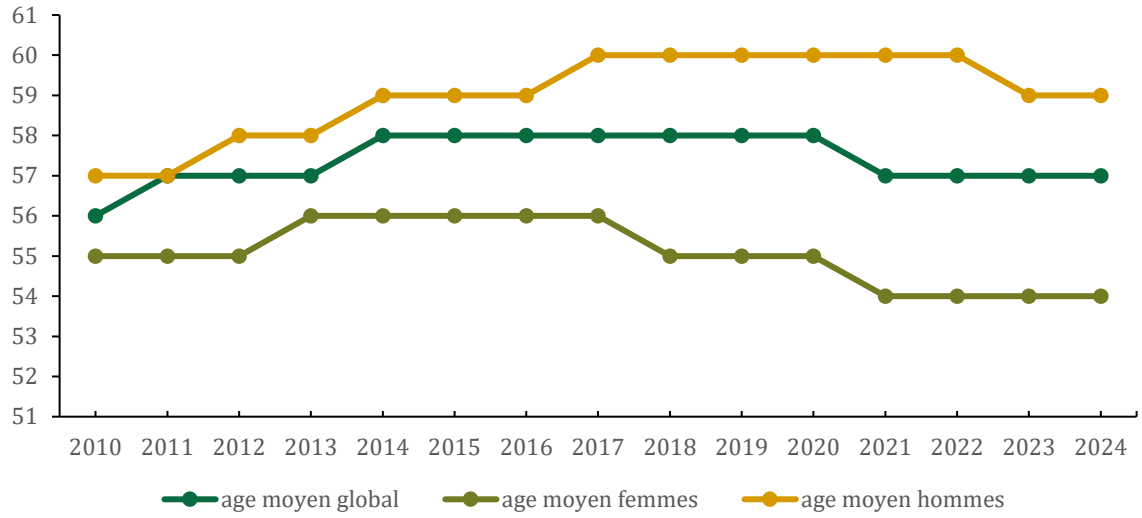
Graphique 59 : Part des femmes et des hommes chez les psychiatres de 2010 à 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

Leur âge moyen s'élève à 57 ans soit au-dessus de la moyenne d'âge des médecins spécialistes libéraux. La part des plus de 60 ans atteint 46 % soit un niveau significativement au-dessus de la moyenne des spécialistes qui est à 35 %.

Graphique 60 : Âges moyens des femmes et des hommes des psychiatres libéraux de 2010 à 2024

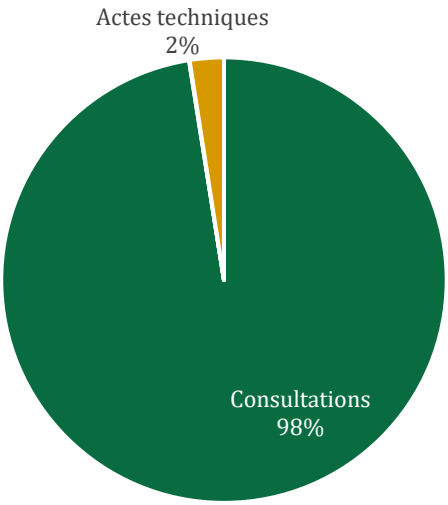


Source : Mission, à partir de données Cnam.

8.1.2. Spécificités de la spécialité

La psychiatrie est une spécialité médicale qui, par nature, repose quasi exclusivement sur la consultation et l'établissement de traitements. Elle ne comporte que très peu d'actes techniques.

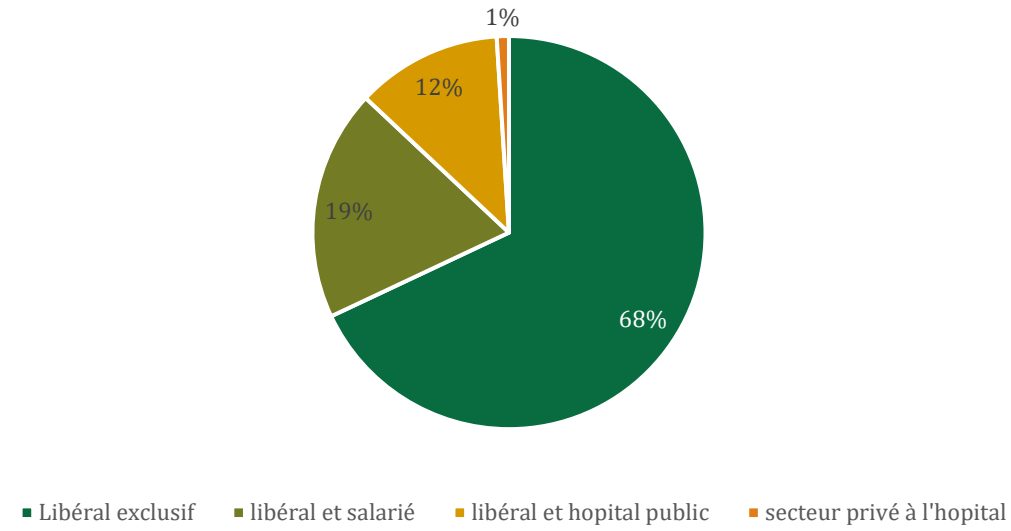
Graphique 61 : Répartition des actes des psychiatres libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de données Cnam.

Les psychiatres sont majoritairement en exercice libéral exclusif (68 %) mais dans une proportion moins élevée que l'ensemble des spécialistes (72 %). Dans leurs activités autres que libérale, le salariat occupe une place significative et atypique, 19 %.

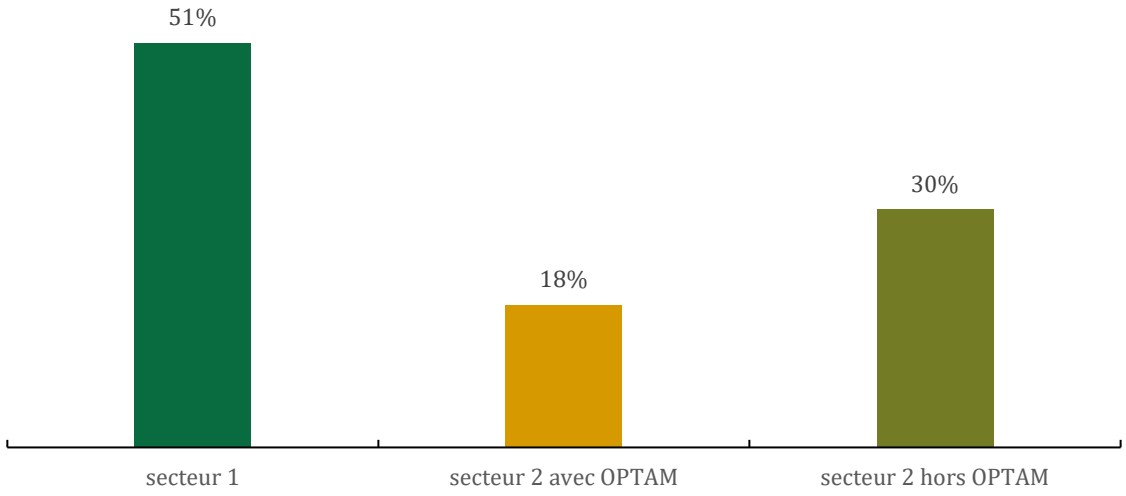
Graphique 62 : Activités des psychiatres libéraux en 2024



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

En termes de secteurs conventionnels, les psychiatres se démarquent là aussi par la place du secteur 1 qui regroupe 51 % des médecins libéraux.

Graphique 63 : Secteurs conventionnels des psychiatres libéraux



Source : Mission, à partir de fiches zoom éditées par la Cnam.

8.2. Les psychiatres libéraux exercent en 2025 en moyenne 3,9 jours par semaine et 10 jours de moins par an qu'en 2021

Entre 2021 et 2025, le nombre de psychiatres exerçant une activité libérale (psychiatres libéraux) et ayant réalisé une prestation pendant l'année ayant fait l'objet d'au moins un remboursement par l'assurance maladie a progressé de +2,3 %, passant de 5 772 à 5 906 praticiens (cf. tableau 22). Sur la même période, le **nombre moyen de jours d'exercice libéral dans l'année par praticien a diminué, passant de 192 à 182 jours par an, soit une baisse de 10 jours en moyenne sur cinq ans. En 2025, les psychiatres libéraux exerçaient ainsi en moyenne 3,9 jours par semaine en activité libérale.**

Le nombre de praticiens exerçant en libéral en moyenne deux jours par semaine ou moins a augmenté sur la période 2021-2025. En 2025, 537 psychiatres, soit 9,1 % des effectifs libéraux, ont moins de 100 jours dans l'année d'exercice libéral, correspondant à une activité inférieure à deux jours par semaine en moyenne. En 2021, cette part s'élevait à 7,3 % des effectifs libéraux.

Le nombre de praticiens ayant plus de 280 jours d'exercice libéral, soit plus de 6 jours par semaine en moyenne, en 2025, a par ailleurs diminué, passant de 541 (9,4 % des effectifs) à 426 praticiens (7,2 % des effectifs).

Tableau 22 : Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéraux des psychiatres

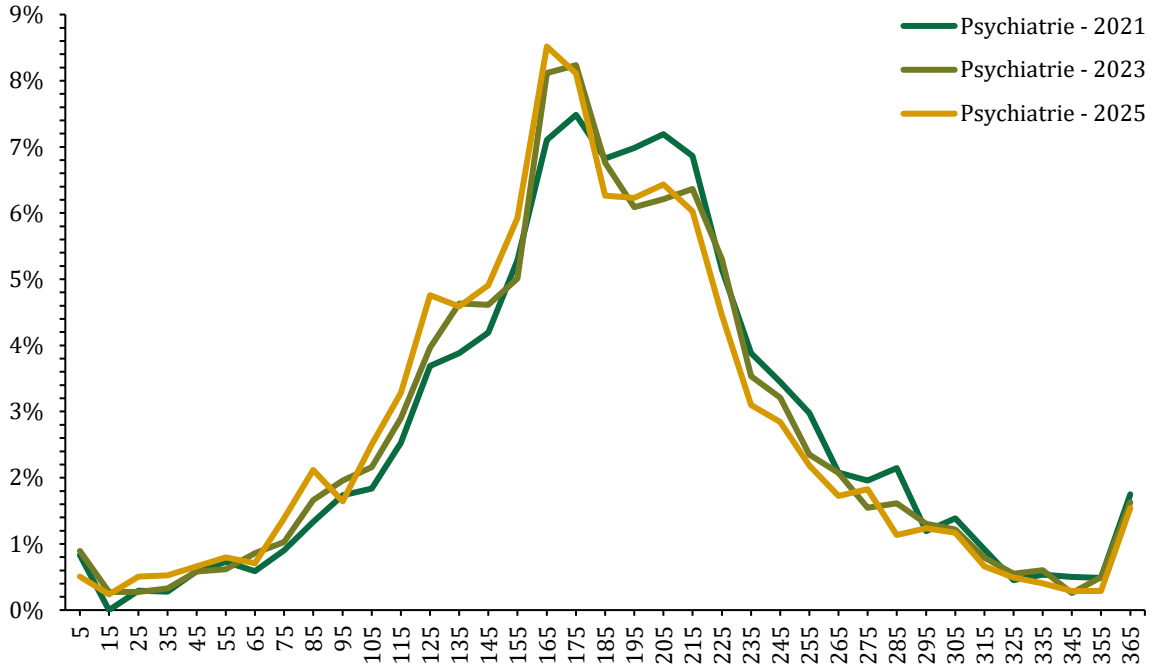
Psychiatres	2021	2023	2025
Nombre de praticiens libéraux	5 772	5 829	5 906
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par praticien	192	187	182
Nombre moyen de jours d'exercice libéral par semaine par praticien	4,1	4,0	3,9
Nombre de praticiens ayant d'exercice libéral en moyenne plus de six jours par semaine	541	493	426
Nombre de praticiens ayant en moyenne moins de deux jours d'exercice libéral par semaine	420	494	537

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

La mission a construit la courbe de distribution du nombre de jours d'exercice libéral par médecins pour les années 2021, 2023 et 2025 (cf. graphique 63). Les trois courbes présentent une forme similaire, traduisant une stabilité dans la dispersion des situations individuelles. Leur comparaison laisse apparaitre un déplacement vers un nombre plus faible de jours d'exercice libéral, en lien avec la diminution de 10 jours en moyenne par praticien sur la période 2021-2025.

En 2025, 64 % des psychiatres ont moins de 190 jours d'exercice libéral, soit moins de 4 jours par semaine en moyenne, alors qu'ils étaient 57 % en 2021.

Graphique 64 : Distribution du nombre de jours d'exercice libéral par psychiatre

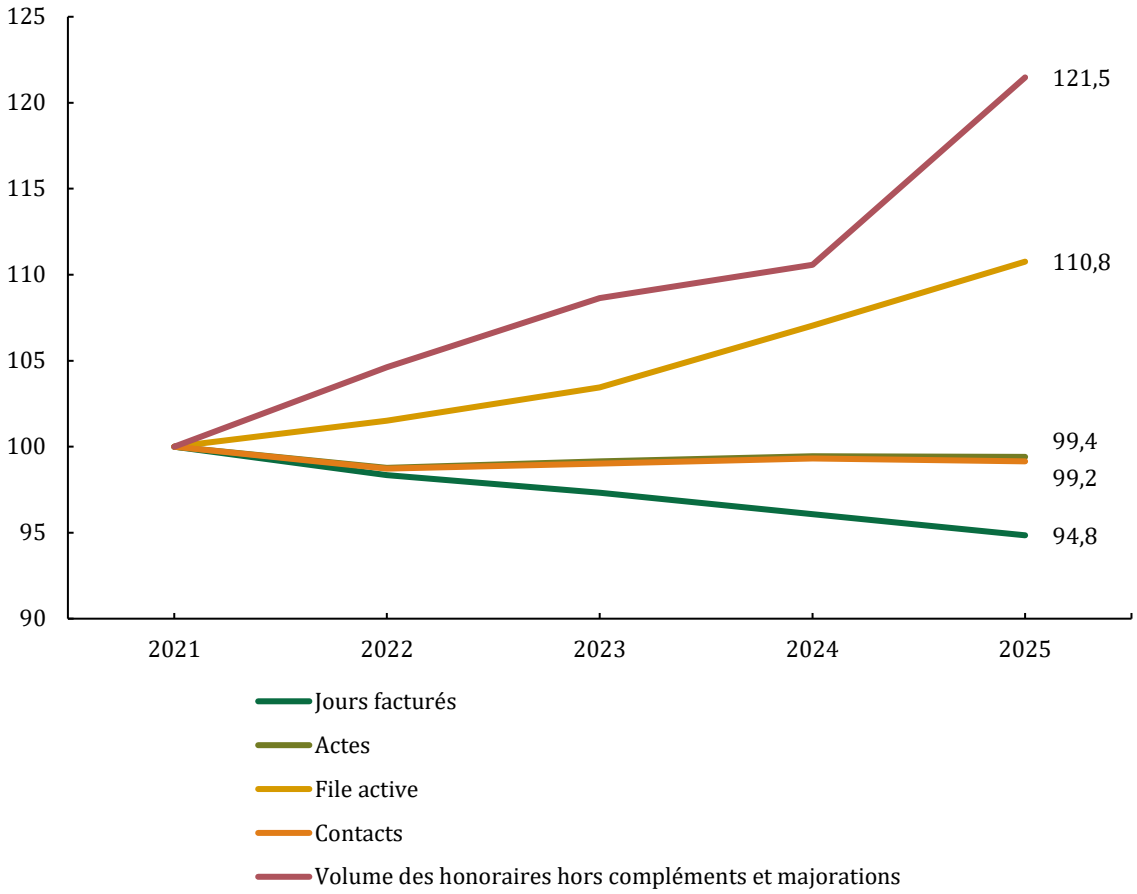


Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

8.3. Malgré une baisse des jours d'exercice libéral, l'activité des psychiatres reste stable et la file active progresse de 11 %, tandis que les honoraires augmentent de 22 %

Sur la période 2021-2025, les indicateurs relatifs à l'activité des psychiatres libéraux, exprimés en base 100 en 2021, mettent en évidence la diminution du nombre de jours d'exercice libéral, de 5,2 % sur cinq ans (cf. graphique 64). **Sur la même période, le volume d'acte et le nombre de contacts sont restés stables, et la file active des praticiens a connu une augmentation de +10,8 %.** Malgré la stabilité de l'activité, les honoraires moyens hors majorations et compléments d'actes ont connu une progression de +21,5 %.

Graphique 65 : Évolution d'indicateurs relatifs aux psychiatres libéraux (base 100 en 2021)



Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

8.4. La psychiatrie se distingue par un groupe majoritaire de praticiens à faible activité, plus âgés et plus féminisés, qui porte l'essentiel de la baisse d'activité libérale

La méthode de regroupement appliquée aux données des psychiatres (cf. tableau 23) met en évidence trois groupes de praticiens dont la différenciation repose principalement sur le niveau variable d'activité, expliqué notamment par des différences dans les modalités d'exercice.

Le premier groupe, qui regroupe 31 % des praticiens, correspond à un profil d'activité intermédiaire. Les praticiens de ce groupe ont travaillé 211,2 jours en moyenne en 2025, soit 4,5 jours par semaine. Le nombre de jours d'exercice libéral ainsi que le nombre moyen de contacts de ce groupe ont baissé sur la période 2021-2025, de -4 % et -5 % respectivement, tandis que la file active a connu une augmentation de +8 %. Par ailleurs, les honoraires moyens des praticiens de ce groupe ont augmenté de +18 % sur la période.

Le deuxième groupe, qui regroupe 61 % des praticiens, se distingue par une activité significativement plus faible, à 152,5 jours d'exercice libéral en moyenne en 2025, soit 3,2 jours par semaine. Ce groupe est également caractérisé par une diminution importante de son activité sur la période 2021-2024 : -4 % pour la file active, -13 % pour le nombre moyen de jours d'exercice libéral, -19 % pour le nombre moyen de contact. Cependant, **les honoraires de ce groupe sont restés stables sur la période, et s'élevaient à 59 519 € en moyenne en 2025**. Ce groupe est le plus féminisé (les femmes représentant 55,3 % des praticiens du groupe, contre 38,5 % et 21,2 % respectivement dans les deux autres groupes) et plus âgé (âge moyen de 59,1 ans, contre 54,3 et 53,8 respectivement dans les deux autres groupes). Il comprend de plus une part plus faible de praticiens conventionnés en secteur 1 : 43,9 % des praticiens du groupe contre respectivement 55,8 % et 75,0 % des praticiens des premier et troisième groupes. Parmi les spécialités étudiées par la mission, la psychiatrie est la seule spécialité pour laquelle le groupe majoritaire en termes d'effectif est composé des professionnels pour lesquels la diminution d'activité est la plus importante.

Le troisième groupe, qui rassemble 9 % des effectifs de psychiatres libéraux, est plus jeune et moins féminisé (21,2 % de femmes) et concentre les niveaux d'activité et de rémunération les plus élevés. Ces niveaux sont par ailleurs orientés à la hausse sur la période 2021-2025 : si le nombre de jours exercés dans l'année est resté stable, à 272,4 jours (soit 5,8 jours par semaine en moyenne) en 2025, la file active a augmenté de +13 %, le nombre moyen de contacts de +7 % et les honoraires moyens de +26 %, pour atteindre 349 966 € en 2025.

Parmi les caractéristiques les plus discriminantes entre le groupe de référence (groupe 1) et les deux autres groupes, c'est-à-dire les critères qui, toutes choses égales par ailleurs, renforcent la probabilité de trouver un praticien dans un autre groupe que le groupe de référence, figurent notamment (cf. tableau 24) :

- la part d'actes de téléexpertises ;
- la participation à la permanence des soins et la réalisation de prestations de nuit ;
- le nombre de samedi exercés.

La nature de l'exercice libéral constitue également un facteur qui ressort de l'analyse descriptive. En effet, 47,2 % des praticiens du groupes exercent une activité mixte, contre 23,9 % et 18,8 % des praticiens des deux autres groupes. En particulier, 21,9 % des psychiatres du groupe ont une activité salariée (hors centre de santé et hôpital) et 15,3 % d'entre eux exercent également une activité à l'hôpital.

L'identification de ces différents facteurs invitent les acteurs qui souhaitent approfondir l'analyse des évolutions du temps de travail et de l'activité des psychiatres à les inclure dans leurs travaux.

Tableau 23 : Synthèse des résultats du regroupement pour les psychiatres libéraux

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Caractéristiques démographiques des praticiens			
Nombre de praticiens	1 772	3 527	504
Part de femmes	38,5 %	55,3 %	21,2 %
Moyenne d'âge	54,3 ans	59,1 ans	53,8 ans
Moyenne d'APL	4,7	4,8	4,3
Activité des praticiens			
Nombre moyen de jours d'exercice libéral	211,2	152,5	272,4
Nombre moyen de contacts	3 248	1 206	8 090
Honoraires moyens (hors compléments et majoration d'actes)	160 655 €	59 519 €	349 966 €
Honoraires moyens par contact	49,46 €	49,37 €	43,26 €
Nombre moyen de contacts par jour	15,4	7,9	29,7

Annexe IV

Indicateurs	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Évolution de la file active (2021-2025)	8 %	-4 %	13 %
Évolution du nombre moyen de jours d'exercice libéral (2021-2025)	-4 %	-13 %	0 %
Évolution du nombre moyen de contacts (2021-2025)	-5 %	-19 %	7 %
Évolution des honoraires moyens	18 %	0 %	26 %
Pratiques et caractéristiques des actes effectués			
Part des actes effectués en téléconsultation	9 %	12 %	4 %
Part des actes effectués dans le cadre du SAS	0 %	0 %	0 %
Nombre moyen de consultations et de visites	2 251	724	3 708
Part d'actes ayant donné lieu à une majoration pour participation à la permanence des soins	3,0 %	1,6 %	3,5 %
Nombre de jours d'exercice libéral hors jours ouvrés	0,1	0,0	0,3
Nombre de jours où le praticien a pratiqué au titre de la permanence des soins	-	-	-
Nombre de nuits d'exercice libéral	0,0	0,0	0,7
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour gardes	-	0,0	-
Nombre de jours au cours desquels il y a eu facturation pour astreinte	-	-	0,0
Part des actes pour avis	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Part des actes complexes	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Part des demandes de téléexpertise	0,8 %	0,3 %	0,1 %
Part des actes de téléexpertise	0,4 %	0,7 %	0,3 %
Nombre de prestations de coordination	2 078	721	3 061
Aides reçues par les praticiens			
Part ayant reçu une aide pour la participation à des prestations coordonnées	94,4 %	79,6 %	98,8 %
Part des praticiens ayant reçu une aide d'installation territoriale	0,6 %	0,3 %	2,0 %
Part des praticiens ayant reçu une aide à l'équipement numérique	60,9 %	42,5 %	62,5 %
Part des praticiens ayant reçu une aide pour l'emploi d'un assistant médical	3,2 %	0,4 %	8,3 %
Conventionnement des praticiens			
Part de praticiens conventionnés en secteur 1	55,8 %	43,9	75,0
Part praticiens conventionnés avec honoraires libres (secteur 2)	44,2 %	55,9	-
Informations complémentaires sur les modalités d'exercice des praticiens			
Part de praticiens ayant une activité salariée hors centre de santé	13,6 %	21,9 %	10,7 %
Part des praticiens ayant une activité exclusivement libérale	76,1 %	62,8 %	81,2 %
Part de praticiens libéraux de ville ayant un temps partiel hospitalier	10,3 %	14,2 %	8,1 %
Part de praticiens exerçant en centre de santé	-	-	-
Part de praticiens exerçant leur activité libérale à l'hôpital	0,1 %	1,1 %	0,0 %

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

Tableau 24 : Caractérisation des groupes en psychiatrie, toutes choses égales par ailleurs

Groupe	Effectif	Caractérisation toutes choses égales par ailleurs en 2025
1	1 772	▪ volume d'honoraires, nombre d'actes et de contact moins élevé que le groupe de référence ▪ une part d'actes de téléexpertise plus faible ▪ relativement moins de majorations au titre de la PDS et de nuits travaillées ▪ plus d'aides numériques, moins âgé et exercent moins le samedi que le groupe de référence ▪ moins d'actes techniques et une part d'actes réalisés au titre des avis plus faible que le groupe de référence ▪ plus de téléexpertise (en demandes et en actes réalisés) et plus de dimanches exercés relativement
2	3 527	Groupe de référence, avec une moyenne de 152 jours annuels d'exercice libéral
3	504	▪ volume d'honoraires, nombre d'actes et de contact plus élevé que le groupe de référence ▪ relativement moins de majorations au titre de la PDS et de nuits travaillées ▪ plus d'aides numériques, moins âgé et travaillent moins le samedi que le groupe de référence

Source : Mission, à partir de données extraites du SNDS-DCIR.

ANNEXE V

Les outils numériques d'optimisation du temps médical

SOMMAIRE

1. LES OUTILS NUMÉRIQUES CONSTITUENT DES LEVIERS POTENTIELS POUR RÉDUIRE LE TEMPS CONSACRÉ PAR LES MÉDECINS À LA RÉALISATION DE TÂCHES NON MÉDICALES ET OPTIMISER LE TEMPS AU CONTACT DES PATIENTS 1

1.1.1. Si le temps alloué par les médecins aux tâches administratives et de coordination est peu documenté, il représente 10 % du temps de travail des généralistes, en augmentation, et constitue une source d'optimisation du temps médical 1

1.1.2. La mission a élaboré une cartographie des outils numériques pour la médecine de ville en s'appuyant sur les recensements existants 4

1.2. La cartographie du panel des outils numériques selon leurs fonctionnalités met en évidence une large couverture des besoins des médecins, l'émergence d'éditeurs structurants et des enjeux liés à l'articulation entre outils publics et privés 6

1.2.1. Les nombreux outils de gestion administrative et d'aide à la facturation commercialisés par les éditeurs privés intègrent les services numériques publics et sont le terrain d'innovations concernant les modalités de collecte automatisée de données administratives 6

1.2.2. Les fonctionnalités de gestion de l'agenda du médecin et de téléconsultation avec lesquelles elles s'interfacent, sont essentiellement proposées par des acteurs privés 11

1.2.3. Les solutions de gestion des dossiers patients numériques sont proposées par de nombreux éditeurs mais leur articulation avec le dossier médical partagé représente un enjeu majeur pour assurer un gain de temps le long des parcours de soin 15

1.2.4. Le développement des systèmes d'aide à la décision médicale, essentiellement proposés par des acteurs privés, s'appuie sur des dispositifs de certification publique et la généralisation de l'ordonnance numérique 19

1.2.5. Les outils privés d'automatisation documentaire et de transcription mettent en exergue les enjeux liés à l'intégration de l'IA dans les outils numériques destinés aux médecins 23

1.2.6. Les outils de coordination des parcours de soins et d'échange entre professionnels se développent dans le cadre défini par les pouvoirs publics, visant à garantir la sécurité des solutions privées et leur interopérabilité avec MES et entre elles 25

1.3. Le renforcement de l'interopérabilité entre les outils publics et privés au cœur du programme du Ségur numérique, doit être poursuivi, notamment en accroissant l'alimentation du dossier médical partagé 28

1.3.1. Le développement de l'interopérabilité entre outils numériques publics et privés repose sur des dispositifs contraignants et des programmes de financements mis en œuvre dans le cadre du Ségur numérique 28

1.3.2. Face à la fragmentation du secteur, l'interopérabilité avec les dispositifs publics et entre outils privés constitue encore un enjeu d'amélioration pour les logiciels métiers utilisés en ville comme à l'hôpital 31

2. LE TRAVAIL D'ÉVALUATION DES EFFETS DE LA MISE EN PLACE D'OUTILS NUMÉRIQUES SUR LE TEMPS MÉDICAL DOIT ÊTRE POURSUIVI 33

2.1. Plusieurs dispositifs publics incitent les médecins à augmenter le recours aux outils numériques mais l'usage réel montre des disparités selon les profils des médecins 33

2.1.1. Plusieurs dispositifs publics incitent les médecins à s'équiper et à utiliser des outils numériques conformes au cadre réglementaire défini 33

2.1.2. La spécialité, l'âge et le sexe influencent davantage les usages numériques que l'exercice en zone sous-dense, les femmes généralistes et les pédiatres libéraux se distinguant par les niveaux d'usage les plus élevés 35

2.1.3. Malgré une progression de leur appropriation, le DMP et les messageries sécurisées de santé demeurent insuffisamment mobilisés en médecine de ville, avec des écarts importants entre spécialités 42

2.1.4. Le recours à la téléconsultation diminue après une phase haute lors de la crise sanitaire 48

2.2. Les gains de temps de travail permis par les outils numériques restent à évaluer 57

2.2.1. Les évaluations réalisées par les éditeurs de logiciels ne sont pas suffisamment objectivées et les retours de terrain demeurent limités 57

2.2.2. Des éléments d'évaluation issus de la littérature internationale mettent en évidence des gains de temps potentiels ou perçus derrière l'usage de certains outils numériques, sans fournir de cadre d'analyse au niveau organisationnel qui permettrait de les transposer en France 59

2.2.3. Les travaux d'évaluation doivent se poursuivre au niveau national, en intégrant l'étude des effets des outils numériques sur les gains de temps médical disponible en mobilisant les sources de données publiques et privées existantes 61

Il était demandé à la mission d'identifier les outils numériques permettant d'optimiser le temps médical disponible. Le temps médical disponible désigne le volume horaire total de l'activité de l'ensemble des professionnels médicaux alloué à des actes de soins ou à la prise en charge médicale du patient.

1. Les outils numériques constituent des leviers potentiels pour réduire le temps consacré par les médecins à la réalisation de tâches non médicales et optimiser le temps au contact des patients

1.1.1. Si le temps alloué par les médecins aux tâches administratives et de coordination est peu documenté, il représente 10 % du temps de travail des généralistes, en augmentation, et constitue une source d'optimisation du temps médical

Le temps de travail des médecins peut se décomposer en plusieurs catégories d'activité, comprenant notamment le temps alloué aux soins et le temps consacré à la réalisation de tâches environnant la prise en charge du patient, qu'elles supposent ou non une intervention médicale.

En effet, une partie du temps de travail des médecins n'est pas directement allouée à des tâches uniquement médicales et peut être consacrée à la réalisation de tâches de gestion ou de tâches afférentes à la prise en charge des patients. On peut ainsi distinguer :

- les tâches liées à la prise en charge médicale du patient en dehors des actes de soins :
  - consultation et documentation des dossiers patients (recherche des antécédents médicaux, rédaction de comptes-rendus, saisie des dossiers patients, etc.) ;
  - coordination des soins entre professionnels (adressage vers un confrère, élaboration de protocoles de soins, etc.) ;
  - mise à jour des connaissances médicales (lecture de documentation, etc.) ;
- les tâches administratives liées au suivi du patient :
  - secrétariat (gestion de l'agenda, accueil du patient, rappel des patients en cas d'information manquante ou de rendez-vous non honoré, etc.) ;
  - gestion de la facturation des actes médicaux réalisés (encaissement des règlements de consultations, envoi des feuilles de soins, gestions des relations avec l'assurance maladie et les complémentaires santé, etc.) ;
- les tâches liées à la gestion du cabinet en tant qu'entreprise :
  - gestion administrative (comptabilité, déclarations fiscales et sociales, coordination avec les associés, etc.) ;
  - entretien des locaux (entretien des sols, élimination des déchets de soins, etc.).

L'optimisation du temps médical disponible suppose ainsi de s'intéresser à la fois aux tâches pour lesquelles la participation d'un médecin n'est pas nécessaire pour la prise en charge du patient (tâches administratives et de gestion notamment) et celles s'inscrivant dans la prise en charge médicale, pour lesquels le temps de réalisation peut être diminué.

L'estimation du temps consacré aux tâches de gestion et de coordination est complexe et repose principalement sur des données déclaratives. Ce décompte est d'autant plus délicat à réaliser que les médecins ne planifient pas systématiquement des plages horaires dédiées à la réalisation de ces tâches mais peuvent les réaliser de manière diffuse et asynchrone de l'exercice clinique, tout au long de la semaine de travail.

Une étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) de 2009 estime, sur la base de deux enquêtes déclaratives locales réalisées en 2002 et 2004 par les Unions régionales des médecins libéraux de Midi-Pyrénées et du Centre, que les médecins généralistes consacrent 20 % de leur temps de travail déclaré à des activités autres que celles dédiées directement aux soins, dont 285 minutes par semaine pour la réalisation d'activités administratives[1].

Le panel de médecins généralistes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) fournit également des estimations du temps travail des médecins généralistes alloué dans le cadre de leur activité libérale à différentes catégories de tâches (cf. annexe III). Ces estimations reposent sur des données déclaratives.

Ainsi, le temps moyen que les médecins généralistes déclarent consacrer à la réalisation de tâches de gestion et de coordination[2] a augmenté entre 2011 et 2019, en valeur absolue comme en valeur relative (cf. tableau 1) :

- il est passé de 4 heures par semaine déclarées en moyenne en 2011 à 5 heures et 25 minutes déclarées en 2019, soit une hausse de 38 % ;
- la part que représente ce temps au sein du temps de travail hebdomadaire total déclaré a augmenté, de 7 % en 2011 à 10 % en 2019.

Tableau 1 : Temps que les médecins généralistes déclarent consacrer à la réalisation de tâches de gestion et de coordination

Année	Temps alloué aux tâches de gestion et de coordination	Part du temps de travail allouée aux tâches de gestion et de coordination
2011	4 h	7 %
2015	4h 42 min	9 %
2019	5 h 25 min	10 %

Source : Mission, à partir des articles de présentation du résultat des vagues 2 à 4 du panel des médecins généralistes.

L'absence de données après 2019 ne permet pas de déterminer si cette tendance s'est poursuivie après la crise sanitaire, dans un contexte de déploiement des outils numériques promus comme des leviers de réduction du temps consacré à la réalisation de ces tâches. L'exploitation d'ici la fin de l'année 2026 des résultats de la première vague de la cinquième édition du panel des généralistes de la Drees permettra de confirmer ou d'infirmer la poursuite de cette tendance.

Les résultats de l'enquête conduite par la mission auprès de médecins libéraux de sept spécialités (cf. annexe VI) confirment ce ressenti pour les médecins spécialistes : 40 % des répondants déclarent consacrer entre 5 et 10 % de leur temps à la réalisation tâches administratives et 51 % des médecins déclarent y consacrer 16 % ou plus (cf. tableau 2).

[1] Irdes, *Questions d'économie de la santé*, « *Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles* », n°1144, juillet 2009. L'étude met en exergue le flou concernant la manière dont les médecins définissent le périmètre des tâches administratives dans différentes enquêtes déclaratives. Dans les deux enquêtes mentionnées, le travail « administratif » n'est pas défini, laissant cours aux diverses interprétations des médecins répondants.

[2] La formulation utilisée par la Drees n'est pas stable entre les éditions, ce qui complexifie les comparaisons dans le temps. En 2011, les médecins étaient interrogés sur le temps consacré à la réalisation de tâches de gestion, secrétariat et comptabilité, en dehors des consultations et des visites. En 2015, le terme utilisé était celui de « tâches administratives » et en 2019, celui de « tâches de gestion et de coordination ».

Tableau 2 : Temps que les médecins spécialistes déclarent consacrer à la réalisation de tâches administratives

	Nombre de répondants	Proportion de répondants
Moins de 5 %	90	7,1 %
5 à 10 %	509	40,0 %
11 à 15 %	200	15,7 %
16 à 20 %	278	21,9 %
21 à 30 %	129	10,1 %
31 à 50 %	32	2,5 %
Plus de 50 %	9	0,7 %
Ne sait pas	25	2,0 %
Total	1 272	100 %

Source : Mission à partir de l'enquête conduite auprès des médecins libéraux.

Par ailleurs, s'agissant plus spécifiquement du temps de coordination avec d'autres professionnels de santé, ces mêmes médecins ont déclaré qu'ils y consacraient en moyenne 5 % de leur temps de travail hebdomadaire.

Si le temps alloué à la réalisation de tâches administratives varie entre praticiens**,** ces variations sont peu liées à l'âge et au sexe du médecin : dans le cadre du panel généralistes, pour l'ensemble des classes de genre et d'âge, la part de temps alloué aux tâches de coordination et de gestion était comprise en moyenne entre 10,0 % et 11,4 % du temps de travail déclaré total)[3].

La réalisation des tâches de gestion et de coordination peut être déléguée, partiellement ou en totalité, à un ou plusieurs salariés dédiés (secrétaire, comptable, etc.) ou à des proches du praticien, avec des effets sur le temps alloué par le médecin à la réalisation de ces missions. En 2011, les médecins généralistes employant un secrétariat et un comptable déclaraient ainsi allouer 3,7 heures par semaine à la réalisation de tâches administratives, contre 5heures pour ceux ne déléguant aucune tâche[4]. En 2009, dans une publication transverse faisant l'état des lieux des données disponibles sur le temps de travail des médecins généralistes, l'Irdes faisait également l'hypothèse que les médecins sans secrétariat passaient 30 minutes par jour à la gestion de leur agenda, contre 6 minutes pour les médecins avec secrétariat[5]. Ces données doivent toutefois être maniées avec précaution au regard des évolutions des modes d'exercice depuis leur collecte.

En 2022, un médecin généraliste sur six déclarait assurer lui-même son secrétariat, contre 23 % en 2019 et 44 % en 2011[6]. Les formes d'organisation de ces secrétariats varient (personne présente physiquement, amplitude horaire, secrétariat téléphonique, tâches confiées, etc.), témoignant des évolutions rapides des modes d'organisation. Par ailleurs concernant les modèles de secrétariat mis en œuvre[7], 32,8 % des généralistes répondants déclarent disposer uniquement d'un secrétariat sur place, 4,6 % déclarent cumuler un secrétariat sur place et un secrétariat téléphonique, et 14,5 % disposent à la fois d'un secrétariat sur place et d'un outil de prise de rendez-vous en ligne.

Selon l'enquête conduite par la mission auprès des médecins libéraux de sept spécialités, seulement 7 % d'entre eux déclarent ne bénéficier d'aucun appui et 32 % bénéficient au moins de deux types d'appui (cf. tableau 3).

---

[3] Drees, « *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine* », n° 1113, mai 2019.

[4] Drees, « *Les emplois du temps des médecins généralistes* », n°797, mars 2012.

[5] Irdes, *Questions d'économie de la santé*, « *Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles* », n°1144, juillet 2009.

[6] Drees, « *Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022* », n°1245, octobre 2022.

[7] *Ibid.*

Tableau 3 : Types d'appui pour l'exercice de leur activité dont bénéficient les médecins spécialistes libéraux

Disposez-vous d'un appui dans l'exercice de vos fonctions ?	Nombre de répondants	Proportion de répondants
Oui, prise de rendez-vous en ligne	753	52 %
Oui, secrétariat sur place	979	68 %
Oui, secrétariat téléphonique à distance	715	49 %
Autre	12	1 %
Dont cumul d'au moins deux types d'appui	*469*	*32 %*
Non	97	7 %
Total de médecins répondants	**1 447**	**100 %**

Source : Mission à partir de l'enquête nationale conduite auprès des médecins libéraux.

Selon le panel généralistes de la Drees, le recours à des modalités de délégation de la réalisation de ces tâches administratives et de gestion varie selon plusieurs facteurs[8]. Les médecins exerçant en groupe emploient davantage une ou plusieurs personnes en charge de réaliser ces tâches, en raison de la mutualisation des frais permises par cette modalité d'exercice. Le volume d'activité joue également sur le fait pour un médecin de disposer d'un secrétariat. Les médecins avec un volume d'activité important sont plus nombreux à disposer d'un secrétariat. L'effet du territoire d'exercice est limité.

Au-delà de l'impact des outils numériques sur le temps alloué aux tâches administratives, l'objectif d'optimisation du temps médical disponible invite également à étudier les leviers d'action sur les modalités de prise en charge médicale, le temps diagnostic et le temps clinique.

1.1.2. La mission a élaboré une cartographie des outils numériques pour la médecine de ville en s'appuyant sur les recensements existants

De nombreux outils ont été développés pour permettre aux médecins d'optimiser leur temps de travail. Ils visent tant à réduire le temps consacré à des tâches non directement médicales, qu'à outiller les médecins dans leur pratique médicale.

Afin d'identifier les éventuels volets de l'activité des médecins, libéraux à titre principal, pour lesquels l'offre d'outils numériques ne permet pas de couvrir les besoins, la mission a élaboré une cartographie de synthèse des outils publics et privés d'optimisation du temps médical. Elle a volontairement retenu un périmètre large, intégrant les technologies à finalité médicale ainsi que les technologies numériques sans finalité médicale permettant de réduire le temps consacré à la réalisation de tâches non médicales.

Elle s'intéresse à titre principal aux médecins exerçant en ville qui constituent la cible historique des outils d'optimisation du temps médical[9]. Elle mentionne également les outils s'adressant aux médecins exerçant en établissement de santé dès lors que ce secteur est concerné par le référencement Ségur du numérique (incluant l'hospitalisation à domicile), sans dresser un panorama des outils déployés en contexte hospitalier. Sont exclus du périmètre :

- les outils à destination exclusive des patients, des professionnels non médicaux, des laboratoires de biologie médicale, des pharmacies et des établissements sociaux et médico-sociaux ;
- les outils de collecte de données à des fins de recherche ;
- les logiciels de gestion des établissements de santé (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), gestion administrative du patient (GAP)).

[8] *Ibid.*.

[9] La cartographie élaborée par la mission intègre les logiciels à destination des chirurgiens-dentistes référencés Ségur du numérique pour le secteur de la médecine de ville ainsi que ceux destinés aux radiologues, à des fins de comparaison.

La cartographie intègre :

- les solutions référencées et en cours de référencement au 4 mai 2026 au titre du Ségur numérique, et les solutions labellisées e-santé au 23 avril 2026. La mission formule ainsi l'hypothèse que ces listes permettent de recenser les principaux logiciels disponibles sur le marché, les incitations financières associées à ce référencement et à ce label encourageant les éditeurs à candidater. De plus, ces solutions constituent un terrain privilégié d'étude des enjeux d'interopérabilité entre outils publics et privés, en raison des exigences requises pour le référencement et la labellisation. La mission s'intéresse à l'ensemble des fonctionnalités proposées par le logiciel ;
- les outils référencés dans le catalogue de services de « Mon espace santé » (MES) s'adressant, au moins en partie, aux médecins.

Plusieurs recensements des outils numériques en santé ont été élaborés par des acteurs poursuivant une mission de service public[10]. La mission s'est appuyée sur les sources suivantes :

- les listes des solutions référencées Ségur numérique et labellisés « e-santé » par l'ANS et la liste des solutions référencées au catalogue de services de Mon espace santé s'adressant à titre principal aux médecins ;
- les sites des éditeurs de logiciels ainsi recensés ;
- les cartographies susmentionnées pour dresser un panorama des outils publics disponibles et étudier les complémentarités entre les différents recensements disponibles.

La cartographie réalisée par la mission classe les outils selon une typologie de leurs fonctionnalités principales, permettant d'expliciter les besoins auxquels ils entendent répondre. Elle reprend et recoupe les fonctionnalités identifiées par le GIE Sesam-Vitale, par l'ANS et par les éditeurs de logiciels. Elle intègre les socles de fonctions que les logiciels doivent intégrer, en fonction de leur secteur d'activité, pour être référencés Ségur[11]. Les conditions mêmes du référencement Ségur conduisent ainsi à sur ou à sous-représenter certaines fonctionnalités. À titre d'exemple, les solutions de télémédecine et les systèmes experts d'aide à la décision ne sont pas éligibles au référencement Ségur pour le secteur de la médecine de ville pour la vague 2.

Les six fonctionnalités retenues permettent théoriquement d'optimiser l'ensemble des tâches mobilisant du temps médical disponible identifiées par la mission :

- gestion administrative et aide à la facturation ;
- gestion de l'agenda ;
- gestion des dossiers patients numériques ;

---

[10] La mission a dénombré les recensements suivants : les listes publiées par l'agence du numérique en santé (ANS) des solutions référencées ou en cours de référencement au titre du Ségur numérique, des solutions labellisées « e-santé » pour les maisons et centres de santé et des systèmes d'information de téléconsultation certifiés ; la cartographie de l'écosystème numérique en santé, la liste des services proposés aux professionnels de santé et le catalogue des produits agréés ou homologués Sesam-Vitale publiés par le GIE Sesam-Vitale ; la page d'orientation de la Cnam pour le choix des logiciels de facturation ; le catalogue des services numériques référencés dans Mon espace santé, à destination principalement des patients ; les listes publiées par la haute autorité de santé (HAS) des logiciels d'aide à la prescription certifiés, des systèmes d'aide à la décision indexée par médicament et des bases de données médicamenteuses agréées ; ainsi que la cartographie privée 100000medecins.org, qui recense des avis de professionnels de santé et de l'intersyndicale sur des logiciels de gestion de cabinet destinés aux médecins libéraux, avec laquelle la délégation au numérique en santé a conclu une convention..

[11] Les logiciels de gestion de cabinet destinés aux médecins de ville doivent proposer *a minima* les fonctions suivantes : prise de rendez-vous et agenda, dossier patient électronique (informations administratives, observations médicales en saisie libre ou par formulaires type et personnalisables, prescription informatisée des actes et des médicaments, fonctionnalités d'aide à la décision médicale, tableaux de bord de suivi des patients, fonction de courriers et traitement de texte, échanges avec les autres professionnels de santé (biologie, imagerie, etc.). Ces logiciels doivent également intégrer les services socles de l'État et le respect d'exigences réglementaires. D'autres profils regroupent des exigences conditionnelles (CIBA, médecin traitant et suivi de l'enfant, structures d'exercice coordonné, prescription médicaments structurée). Les exigences applicables aux dispositifs destinés aux établissements hospitaliers varient selon qu'il s'agit d'un dossier patient informatisé (DPI) ou d'une plateforme d'intermédiation (PFI).

- aide à la décision médicale ;
- automatisation documentaire et transcription ;
- coordination des parcours de soins et échange entre professionnels de santé.

Ces fonctionnalités permettent d'optimiser le temps médical avant, pendant et après la réalisation de l'acte médical (consultation, acte technique, etc.). Certaines interviennent à plusieurs étapes de la chaîne de soin et sont ainsi mentionnées à plusieurs reprises.

L'exercice mené par la mission présente les limites suivantes :

- la mission a recensé les fonctionnalités proposées par les logiciels étudiés à partir des « profils optionnels » renseignés par l'ANS et des sites des éditeurs[12]. ;
- les données n'étant pas disponibles, la mission n'a pas mené d'analyse en termes de part de marché, ni de population cible pour les sous-fonctionnalités spécifiques à certaines spécialités notamment.

Au total, la mission a recensé 133 éditeurs de logiciels privés et 201 logiciels. Lorsqu'un même logiciel propose plusieurs solutions répondant à des fonctionnalités distinctes, celles-ci sont recensées dans l'ensemble des catégories correspondantes. Elles ne sont toutefois comptabilisées qu'une seule fois dans les totaux, sauf lorsque le logiciel se décline en plusieurs sous-logiciels. La mission présente également les outils publics disponibles pour chaque sous-fonctionnalité, y compris lorsque l'optimisation du temps médical n'est pas leur finalité ou pas leur seule finalité.

1.2. La cartographie du panel des outils numériques selon leurs fonctionnalités met en évidence une large couverture des besoins des médecins, l'émergence d'éditeurs structurants et des enjeux liés à l'articulation entre outils publics et privés

Pour chacune des fonctionnalités recensées, la mission examine les liens avec le temps médical, présente les outils publics, les solutions privées disponibles, et identifie les enjeux d'articulation et d'interopérabilité entre ces différentes offres.

1.2.1. Les nombreux outils de gestion administrative et d'aide à la facturation commercialisés par les éditeurs privés intègrent les services numériques publics et sont le terrain d'innovations concernant les modalités de collecte automatisée de données administratives

Les outils de gestion administrative et d'aide à la facturation visent à faciliter la collecte des données administratives du patient, les échanges informatisés des médecins avec la Caisse nationale d'Assurance Maladie (Cnam) et le suivi par les médecins libéraux de leurs revenus. Ils sont de nature à optimiser le temps consacré à réunir les données administratives du patient, requises notamment pour la facturation, et à fluidifier le temps de remplissage de dossiers administratifs. L'enjeu est de fluidifier et de sécuriser la prise en charge des patients en s'assurant de leur bonne identité et du fait qu'ils disposent de droits à jour. La facilitation du processus de facturation (facturation en elle-même, flux de paiement, de recouvrement et de remboursement) est de nature à réduire le temps que les médecins consacrent à des tâches non-médicales.

Ces outils s'adressent aux médecins libéraux conventionnés, particulièrement à ceux ne disposant pas d'un secrétariat et/ou d'un comptable.

[12] Lorsque le secteur de référencement dune suppose que la solution propose certaines fonctionnalités, la mission a comptabilisé ce logiciel comme proposant cette fonctionnalité, que la solution soit référencée ou en cours de référencement.

Annexe V

Les pouvoirs publics ont développé des téléservices visant à fluidifier et à sécuriser les échanges financiers avec la Cnam et à garantir la bonne identité des patients et des professionnels de santé.

La facturation électronique constitue le premier service numérique public développé dans le domaine de la santé, qui a donné lieu à la mise en place par la Cnam et le GIE Sesam-Vitale de différents services destinés à faciliter et sécuriser les échanges financiers avec les médecins libéraux :

- la télétransmission électronique permet au médecin d'envoyer la feuille de soins au format électronique (FSE), dans le cadre du programme « Sesam-Vitale » ;
- le service de demande de remboursement électronique (DRE) des FSE permet un envoi direct des demandes aux organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- le téléservice SCOR (scannérisation des ordonnances) permet au médecin de dématérialiser l'envoi des pièces justificatives papiers (ordonnances et feuilles de soins) aux régimes d'assurance maladie obligatoires. Les pièces justificatives, dont les ordonnances, sont automatiquement classées et archivées en lot, dans un objectif de gain de temps et d'économie de frais de gestion ;
- le téléservice d'acquisition des droits intégrés (ADRi) permet au médecin d'accéder, en temps réel depuis son logiciel de facturation Sesam-Vitale, aux informations médico-administratives du patient nécessaires à l'élaboration d'une facture. Ce téléservice fiabilise la facturation Sesam-Vitale et permet une réduction des rejets par la Cnam[13] ;
- le retour d'informations électroniques NOEMIE (norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) a vocation à remplacer le relevé de prestations papier reçu par le médecin après télétransmission des factures électroniques. Il assure un retour dans les 48 heures suivant la transmission des lots et facilite la comptabilité des médecins ;
- le téléservice HRi (Historique des Remboursements intégré) permet au médecin de consulter directement, de manière sécurisée et certifiée, l'historique des remboursements de santé effectués par l'assurance maladie sur ses patients sur les douze derniers mois, pour les soins réalisés en milieu libéral ou à l'hôpital ;
- le téléservice tiers-payant complémentaire (SEL AMC) ROC ville permet de vérifier les droits de l'assuré et de calculer la part de l'assurance maladie complémentaire, afin de pouvoir pratiquer le tiers payant ;
- l'application « l'appli carte Vitale » déployée à l'échelle nationale à partir de 2024. Elle constitue une alternative dématérialisée à la carte physique dont elle assure les mêmes fonctions, notamment d'identification auprès de la Cnam et des remboursements des frais de santé avec la télétransmission[14]. Elle est considérée par le GIE Sesam-Vitale, qui pilote son déploiement, comme « *en passe de devenir un pilier de la dématérialisation*[15] ».

---

[13] Site du GIE Sesam-Vitale, « ADRi ». Consulté le 4 mai 2026.

[14] Service public, « *La carte vitale désormais disponible sur votre smartphone* », 19 novembre 2025. Consulté le 1er juin 2026.

[15] GIE Sesam-Vitale, « Rapport d'activité 2024 ».

Les pouvoirs publics ont également développé plusieurs services d'identité qualifiés de « socles », afin de garantir la bonne authentification numérique des professionnels de santé et des patients. Parmi ces services, figurent notamment :

- la carte de professionnel de santé (carte CPS), déployée par le GIE Sesam-Vitale depuis 1998, est une carte d'identité professionnelle électronique délivrée à toute personne exerçant dans le domaine de la santé. Elle permet à son titulaire d'attester de son identité, ce qui constitue un prérequis pour accéder aux données de santé à caractère personnel, notamment dans le cadre du partage de l'information médicale (L. 1110-4 du CSP). Elle est inscrite dans le référentiel d'authentification de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé[16] ;
- l'identité nationale de santé (INS) est composée de plusieurs données relatives à l'identité du patient et permet que ce dernier soit identifié d'une manière unique par l'ensemble des professionnels de santé. Ce service permet aux professionnels de santé d'échanger avec le patient et avec les autres professionnels qui le suivent en toute sécurité, sans risque de confusion entre deux patients[17] ;
- le téléservice INSi (Identifiant national de santé intégré) permet au médecin d'obtenir l'identifiant national de santé d'un assuré ;
- Pro Santé Connect permet aux professionnels de santé et à leurs secrétariats d'accéder à un certain nombre de services numériques, notamment aux téléservices de la Cnam ;
- la e-CPS est une application mobile permettant d'accéder aux services numériques de santé en mobilité. Elle constitue l'un des moyens d'authentification acceptés par Pro Santé Connect pour se connecter aux services numériques du domaine de la santé raccordés[18] ;
- « l'appli carte Vitale » constitue un nouveau moyen d'authentification électronique sécurisé pour les services numériques en santé.

La Cnam et le GIE Sesam-Vitale ont également développé des outils facilitant la gestion administrative du patient et ayant vocation à être directement intégrés aux logiciels métier des professionnels de santé, notamment :

- le téléservice DMTi (Déclaration Médecin Traitant intégré) permettant au médecin de se déclarer en tant que médecin traitant ;
- le téléservice IMTi (Information Médecin Traitant intégré) permettant au médecin de connaître le médecin traitant d'un assuré ;
- le téléservice AATi (Avis Arrêt de Travail intégré) permettant au médecin de saisir un avis d'arrêt de travail ;
- téléservice ALDi (Affection Longue Durée intégrée) permet au professionnel de santé de consulter des affections longue durée reconnues par la Cnam pour un patient, dans le cadre d'un protocole de soins ;
- le téléservice EBDi (Examen Bucco-Dentaire intégré) permettant de renforcer la prévention bucco-dentaire, à destination des chirurgiens-dentistes et des médecins spécialistes en stomatologie et chirurgie dentaire ;
- des téléservices dédiés au transport sanitaire (service électronique de facturation intégré transport SEFi, etc.).

L'article L. 4071-1 du Code de la santé publique (CSP) prévoit que « les professionnels de santé autorisés à prescrire en application du présent code établissent de manière dématérialisée et transmettent par l'intermédiaire des téléservices [*mis à leur disposition par la Cnam*] les prescriptions de soins, produits ou prestations ».

---

[16] Site de l'ANS, « *Cartes de Professionnels de Santé* ». Consulté le 22 mai 2026.

[17] Site de la Cnam, « *L'identité nationale de santé (INS)* », 24 janvier 2024. Consulté le 22 mai 2026.

[18] Site de l'ANS, « *e-CPS. Application mobile d'identification et d'accès aux Services numériques* ». Consulté le 22 mai 2026.

Le portail en ligne de la Cnam « amelipro » permet aux professionnels de santé d'accéder à l'ensemble de ces téléservices, et facilite la réalisation de démarches administratives en ligne (déclaration médecin traitant, suivi des indicateurs et des rémunérations conventionnelles, etc.).

Les outils de dématérialisation des certificats que les médecins peuvent être amenés à remplir (certificat de décès, certificats de santé de l'enfant, certificat médical initial, etc.) constituent également des leviers de simplification administrative de nature à optimiser le temps que les médecins accordent à la réalisation de ces démarches.

Les pouvoirs publics définissent ainsi le cadre dans lequel les éditeurs de logiciel privés développent des solutions visant à alléger le poids des tâches de gestion administrative et de facturation réalisées par les médecins. La bonne intégration de ces solutions dans les logiciels métiers des médecins constitue un enjeu pour assurer un gain de temps réel aux médecins.

Les éditeurs de logiciels privés ont conçu des outils visant à outiller les professionnels de santé dans la mise en œuvre de cette facturation électronique et dans la gestion des données administrative du patient. La mission a recensé 52 éditeurs de logiciels privés commercialisant 86 solutions d'aide à la facturation et de gestion administrative du patient, ayant vocation à améliorer l'efficacité des médecins dans la réalisation de leurs tâches administratives et financières (cf. tableau 4). Les constats suivants peuvent être formulés :

- la sous-fonctionnalité centrale est la facturation et la télétransmission des FSE, proposée par 34 éditeurs de logiciels privés, à travers54 solutions. Certains éditeurs proposent des outils plus avancés, ce qui les distingue de leurs concurrents : simplification du remplissage de la FSE, gestion du tiers payant, aide à la cotation des actes, etc. ;
- les fonctions de pilotage financier sont présentes mais moins structurantes : suivi des revenus (26 éditeurs), facilitation des extractions comptables (15 éditeurs)[19], statistiques d'activité (13 éditeurs) ;
- certaines sous-fonctionnalités font l'objet de peu de solutions mises sur le marché, ce qui peut s'expliquer en partie par un plus faible nombre de professionnels concernés : c'est ainsi le cas des outils facilitant l'élaboration de devis (5 solutions recensées), qui s'adressent principalement aux médecins réalisant des actes chirurgicaux et/ou d'esthétique et des examens échographiques ;
- 1 seule solution évoque explicitement la possibilité de signaler les remplaçants dans les FSE et 1 seule propose de récupérer leur comptabilité ;
- les outils de facturation peuvent être intégrés à des suites d'outils, comme l'illustre le fait que 11 logiciels de téléconsultation intègrent une fonctionnalité de facturation (cf. 1.2.2.) ;
- les outils de collecte des informations administratives des patients sont proposés par un nombre encore limité d'acteurs (19 logiciels).

[19] Les solutions recensées concernent les médecins exerçant en cabinet libéral. Des solutions poursuivant la même fonctionnalité existent également pour les établissements de santé.

Annexe V

Tableau 4 : Sous-fonctionnalités valorisées par les éditeurs de logiciels privés proposant des outils d'aide à la facturation et de suivi financier

Sous-fonctionnalité valorisée	Nombre d'éditeurs de logiciels	Nombre de logiciels
Aide à la facturation		
Facturation et télétransmission des FSE[20]	34	54
Simplification du remplissage des FSE	7	8
Dont pré-remplissage des informations prescripteurs	*1*	*1*
Dont validation automatique et correction des données	*2*	*2*
Dont création des actes favoris	*4*	*4*
Dont mention des remplaçants	*1*	*1*
Impression de la feuille de soins	1	1
Gestion du tiers payant	10	15
Suivi des revenus	26	33
Dont module facilitant l'export comptable	15	17
Avec récupération de la comptabilité des remplaçants	1	1
Statistiques d'activité	13	15
Paiement en ligne	3	4
Lecteur de carte Vitale	8	9
Lecteur de carte Vitale en mobilité	5	6
Etablissement de devis personnalisés	5	5
Aide à la cotation des actes (libéral)/ codage (aide pour les médecins en établissements de santé)	10	11
Relance patients/gestion des impayés	4	4
Mises à jour (réglementaires et/ou des tarifs) automatiques	3	3
Rapprochement bancaire	3	3
Outils de téléconsultation intégrant une fonctionnalité de facturation	8	11
Outil de téléconsultation intégrant une fonctionnalité de paiement en ligne	6	9
Collecte automatisée des données administratives des patients		
Formulaires à remplir avant la consultation (en ville et à l'hôpital)	13	19
Total	**52**	**86**

Source : Mission, à partir des listes de solutions référencées et labellisées par l'ANS et intégrées au catalogue de Mon espace santé, fin avril et début mai 2026.

L'écart entre le nombre total d'éditeurs de logiciels et le nombre de logiciels disponibles s'explique par le choix de certains éditeurs de proposer des solutions différentes pour chaque public cible (médecins exerçant en cabinet libéral, dans une maison de santé pluriprofessionnelle, en centre de santé, etc.). Ces logiciels intègrent globalement les mêmes fonctionnalités et peuvent procéder à des ajustements à la marge, notamment pour favoriser les échanges internes, entre professionnels exerçant au sein d'une structure de soins coordonnés.

[20] Cette rubrique intègre les solutions valorisant cette fonctionnalité sur leur site ainsi que l'ensemble des solutions labellisées e-santé dès lors que l'obtention de ce label est conditionnée au fait de proposer une fonctionnalité de gestion de la facturation.

Le nombre de logiciels proposant des fonctionnalités de facturation et déclarant intégrer les téléservices de la Cnam s'explique notamment par les exigences d'interopérabilité avec ces outils, liées au référencement et à la labellisation des solutions étudiées. En effet, les logiciels candidats au référencement Ségur numérique pour le secteur de la médecine de ville doivent prouver qu'ils sont homologués par le centre national de dépôt et d'agréement (CNDA). La labellisation e-santé prévoit également que l'éditeur transmette le procès-verbal d'agrément délivré par le CNDA pour la création et la télétransmission des feuilles de soins électroniques afin de garantir la conformité de la solution au cahier des charges Sesam-Vitale.

Les éditeurs de logiciels valorisent le fait que leurs outils soient agréés Sesam-Vitale et/ou intègrent tout ou partie de ces téléservices et l'application carte Vitale. Concrètement, les éditeurs de logiciels affichent sur leurs sites les logos des téléservices qu'ils ont intégrés.

La cartographie met en exergue l'existence d'acteurs transverses, proposant la majorité des sous-fonctionnalités existantes et capables de développer des fonctionnalités qui les différencient de leurs concurrents sur le secteur de la médecine de ville :

- Doctolib propose 16 fonctionnalités sur les 20 identifiées par la mission ;
- Cegedim Santé éditeur propose 11 fonctionnalités sur les 20 identifiées ;
- Softway Medical en propose 10 ;
- CompuGroup medical solutions en propose 8.

Cette segmentation correspond en partie à la répartition des parts de marché des éditeurs de logiciels de télétransmission identifiés par le GIE Sesam-Vitale[21], avec deux éditeurs communs :

- CompuGroup Medical détenait en 2024 17,6 % des parts du marché de la facturation Sesam-Vitale ;
- Cegedim Santé en détenait 15,5 % ;
- Sofia Développement en détenait 8,5 % (solution non référencée Ségur) ;
- CBA Informatique Libérale en détenait 7,3 % (solution non référencée Ségur) ;
- Doctolib en détenait 4,8 %.

1.2.2. Les fonctionnalités de gestion de l'agenda du médecin et de téléconsultation avec lesquelles elles s'interfacent, sont essentiellement proposées par des acteurs privés

Les outils de gestion de l'agenda du médecin sont de nature à optimiser le temps non-médical alloué à la planification et à la prise de rendez-vous et le temps médical disponible en réduisant les rendez-vous non honorés. Les outils de secrétariat numérique concernent le moment précédant la réalisation de l'acte médical et celui lui succédant, pour planifier le rendez-vous suivant. Cette fonctionnalité intègre les outils de téléconsultation, dans la mesure où cette modalité particulière de consultation participe à la gestion de la relation patient d'un point de vue organisationnel et constitue un outil de gestion du planning du médecin.

La mission n'a recensé aucun outil d'initiative publique de prise de rendez-vous, de gestion de l'agenda ou de téléconsultation à destination des médecins.

[21] GIE Sesam-Vitale, « *Étude de marché des entreprises du numérique en santé – 2024* ».

La mission a recensé 83 éditeurs de logiciels, commercialisant 112 solutions qui proposent différentes fonctionnalités de gestion de la relation patient (cf. tableau 5). La cartographie intègre les solutions de prise de rendez-vous en ligne directement depuis un médecin à l'hôpital. Les constats suivants peuvent être formulés :

- le cœur du marché est centré sur l'agenda en ligne, cette sous-fonctionnalité étant proposée par 65 éditeurs. Pour être référencés Ségur, les logiciels de gestion de cabinet en médecine de ville et ceux destinés au secteur de l'imagerie doivent notamment intégrer une fonction de gestion des rendez-vous ;
- la prise de rendez-vous en ligne, centrale dans la gestion de la relation patient, est proposée par 55 éditeurs, en lien avec l'exigence imposée aux logiciels de médecine de ville ;
- les fonctionnalités de type optimisation ou paramétrage des rendez-vous sont moins fréquentes : par exemple, la personnalisation des motifs et durées de consultation est proposée par 5 éditeurs, et la politique d'annulation personnalisée par 2 éditeurs. Il est possible que d'autres éditeurs proposent ces fonctionnalités de personnalisation de la prise de rendez-vous par le médecin, mais ne les mettent pas en avant directement sur leur site ;
- la réduction des non-présentations de patients est abordée *via* plusieurs sous-fonctionnalités : les rappels automatisés de rendez-vous sont valorisés par 17 éditeurs, dont 12 permettent les rappels par SMS et 5 les rappels par courriel, et 2 solutions proposent le blocage de rendez-vous pour patients absents ;
- la solution de télésecrétariat continue d'être proposée par 6 éditeurs, dont 4 ne sont pas spécialisés dans le domaine de la médecine ;
- l'IA reste marginale dans l'offre recensée, un seul éditeur l'intégrant explicitement dans une solution de secrétariat virtuel ;
- la téléconsultation est une modalité particulière de consultation présentant des enjeux particuliers en termes de gestion de l'agenda. Elle se développe et est désormais proposée par 15 éditeurs. Les outils de téléconsultation intègrent majoritairement d'autres fonctionnalités : partage sécurisé de documents proposé par 7 éditeurs, module de facturation proposé par 8 éditeurs et module de paiement proposé par 6 éditeurs.

Tableau 5 : Sous-fonctionnalités valorisées par les éditeurs de logiciels privés proposant des outils de gestion de l'agenda du médecin et de téléconsultation

Sous-fonctionnalité valorisée	Nombre d'éditeurs de logiciels	Nombre de logiciels
Gestion du planning		
Agenda en ligne	65	77
Dont agenda en ligne collaboratif/connexion multiutilisateurs (secrétariat et confrères)	*17*	*17*
Dont logiciels utilisés en radiologie (« Radiological Information System », RIS)	*10*	*11*
Synchronisation de l'agenda avec une solution tierce de prise de rendez-vous	10	10
Intégration facilitée des remplacements	2	2
Gestion centralisée des canaux de prise de rendez-vous	4	5
Prise de rendez-vous en ligne	55	63
Dont possibilité pour le médecin de personnaliser son profil	*2*	*6*
Dont possibilité pour le médecin de configurer des filtres à la prise de rendez-vous pour chaque motif de consultation	*2*	*3*
Dont configuration des motifs et durées de consultation	*7*	*10*
Personnalisation de la politique d'annulation de rendez-vous	*3*	*6*
Possibilité de bloquer la prise de rendez-vous aux patients ne s'étant pas présentés	*2*	*6*
Prise de rendez-vous dans le cadre du service d'accès aux soins	21	21
Télésecrétariat	9	9
Secrétariat virtuel (assistant téléphonique utilisant l'IA)	1	1
Rappels de rendez-vous automatisés	17	18
Dont rappels par sms	*12*	*12*
Dont rappels par courriel	*5*	*5*
Téléconsultation	15	18
Dont téléconsultation intégrée dans l'agenda	*6*	*9*
Dont définition des motifs de consultation	*1*	*4*
Dont partage sécurisé de documents intégré	*7*	*10*
Dont aide à la prescription intégrée	*1*	*1*
Dont module de facturation intégré	*8*	*11*
Dont module de paiement intégré	*6*	*9*
Dont téléconsultation d'urgence	*1*	*1*
Total	**83**	**112**

Source : Mission, à partir des listes de solutions référencées et labellisées par l'ANS et intégrées au catalogue de Mon espace santé, fin avril et début mai 2026.

La téléconsultation désigne une consultation réalisée à distance et pouvant être assistée ou non, dans le cadre du parcours de soin coordonné entre un patient et un médecin. Elle constitue l'un des cinq types d'actes de télémédecine définis dans le CSP (avec la téléexpertise cf. 1.2.6, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale).

Les outils de téléconsultation sont interfacés avec l'agenda et sont majoritairement intégrés à des suites d'outils permettant notamment un accès au dossier patient, d'échanger des documents de manière sécurisée et de procéder au paiement de la téléconsultation. Cela s'explique notamment par le fait qu'ils soient proposés par des éditeurs ayant enrichi leur offre de service, notamment de gestion de l'agenda du médecin, pour proposer cette sous-fonctionnalité. Un seul des 14 éditeurs de logiciels recensés est spécialisé dans le domaine de la télésanté. Il existe d'autres éditeurs spécialisés dans les outils de téléconsultation, qui ne sont pas recensés dans le cadre de la présente cartographie.

Ces constats prolongent ceux de la Drees estimant que les médecins qui effectuent des téléconsultations, particulièrement ceux qui recourent à une plateforme de marché pour le faire, proposent plus souvent que les autres un service de prise de rendez-vous en ligne (41 % des médecins déclarant début 2022 avoir déjà réalisé des téléconsultations disposent d'un outil de prise de rendez-vous en ligne)[22]. La Drees considère que cela est possiblement lié au fait que les outils de prise de rendez-vous en ligne et de téléconsultations sont fréquemment proposés au sein d'offres intégrées.

Les outils de téléconsultation font l'objet d'un encadrement public (cf. encadré 1). Aucune des sociétés proposant un système d'information de téléconsultation certifié ou en cours d'instruction par l'ANS n'est référencée ou en cours de référencement au titre du Ségur numérique, ou labellisée « e-santé ».

Encadré 1 : L'encadrement public des outils de téléconsultation

Le référentiel de la télésanté, concept qui englobe la téléconsultation, définit les fonctionnalités clés d'un logiciel de télésanté et rappelle le cadre réglementaire et les enjeux nationaux dans lesquels ces fonctionnalités doivent s'inscrire.

Les sociétés proposant des systèmes d'information de téléconsultation doivent être agrées par le ministère de la santé pour pouvoir facturer les actes de téléconsultation réalisés par les médecins salariés (article 53 de la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023).

L'arrêté du 9 février 2024 approuvant le référentiel d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'information de téléconsultation de sécurité et d'éthique des systèmes d'informations de téléconsultation et définissant la procédure de délivrance du certificat de conformité des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation en application du 3° de l'article L. 4081-2 du code de la santé publique, a approuvé ce référentiel auquel les entreprises doivent se conformer pour obtenir l'agréement permettant de bénéficier de la prise en charge des actes de téléconsultation par la Cnam.

L'arrêté du 18 octobre 2024 modifiant l'arrêté du 9 février 2024 approuvant le référentiel d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'informations de téléconsultation et définissant la procédure de délivrance du certificat de conformité des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation en application du 3° de l'article L. 4081-2 du code de la santé publique, l'a rendu opposable sous une forme modifiée. Cet encadrement s'inscrit dans le prolongement de plusieurs initiatives des pouvoirs publics dans ce domaine, telle que la réalisation en 2019 d'une étude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine.

L'usage par les médecins des outils de téléconsultation est également encadré (articles 87 et 88 de la convention médicale de 2024, bonnes recommandations de la HAS, etc.). La production de ces éléments d'encadrement était un objectif de la feuille de route du numérique en santé 2023-2027.

Source : Mission, à partir du site de l'ANS et de la convention nationale entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux de 2024.

La cartographie met en exergue l'existence d'acteurs transverses :

- Doctolib propose 17 fonctionnalités sur les 23 identifiées par la mission ;
- Cegedim Santé propose 11 fonctionnalités sur les 23 identifiées ;
- CFTS et Calimed Santé en proposent 9 ;
- Weda SAS en propose 8.

Doctolib et Cegedim Santé sont également les éditeurs de logiciels privés proposant le plus de sous-fonctionnalité concernant les outils de gestion administrative et d'aide à la facturation.

[22] Drees, « *Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022* », n°1245, octobre 2022.

1.2.3. Les solutions de gestion des dossiers patients numériques sont proposées par de nombreux éditeurs mais leur articulation avec le dossier médical partagé représente un enjeu majeur pour assurer un gain de temps le long des parcours de soin

La fonctionnalité de gestion des dossiers patients permet aux médecins d'accéder rapidement à l'historique médical de leurs patients, sans perdre de temps à rechercher un document. L'objectif est de limiter le temps consacré par le médecin à rechercher un document dans ses archives ou auprès d'un confrère, et à alimenter les dossiers patients à partir de documents envoyés depuis différents canaux pour que le médecin puisse se concentrer sur la prise en charge clinique du patient. Cette fonctionnalité intègre ainsi les outils de messagerie du médecin avec ses patients, qui permettent de centraliser l'information échangée avec le patient et d'accompagner le patient avant et après la consultation. Les outils de transcription permettant d'optimiser le temps consacré à alimenter les dossiers patients seront étudiés ultérieurement (cf. 1.2.5).

L'État a développé un dossier patient national ayant vocation à centraliser les informations provenant des dossiers patients gérés au sein des logiciels métiers des médecins.

Le dossier médical partagé (DMP), a pour objectif de centraliser l'ensemble de l'information médicale du patient pour favoriser la coordination des soins. Le DMP a fait l'objet de plusieurs évolutions successives (cf. encadré 2). Il s'adresse tant aux patients qu'aux professionnels de santé. Il autonomise le patient « *en lui permettant de disposer de l'ensemble de ses documents de santé de manière dématérialisée* », stockés de manière sécurisée (feuille de route du numérique en santé 2023-2027). Il permet aux médecins d'accéder à l'historique médical de leurs patients, sous réserve de leur accord, « *sans effort et sans perte de temps* » (*ibid*.). Les moyens de consultation du DMP font intervenir des services d'identification publics. Le professionnel peut notamment y accéder avec sa carte e-CPS. Les professionnels de santé libéraux et exerçant en établissements de santé peuvent également accéder au DMP depuis le portail Web « Web DMP ».

Annexe V

Encadré 2 : Les évolutions successives du dossier médical partagé (DMP)

Le DMP a été créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 dans l'objectif de réduire les dépenses sociales en améliorant la coordination des soins grâce à un service regroupant de manière dématérialisée l'ensemble des informations et de documents de santé d'un patient. Son lancement a fait face à « *plusieurs échecs coûteux* », en 2004 et en 2010, en raison de la complexité du dispositif et du caractère inadapté de sa gouvernance[23]. Le transfert de sa gouvernance à la Cnam (article 96 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) a permis d'augmenter le nombre de dossiers créés, sans toutefois atteindre l'objectif fixé par l'État (10,1 millions de dossiers crées à la fin de l'année 2021 contre un objectif fixé de 40 millions pour 2022). La faible alimentation des dossiers effectivement créées ne permettait pas d'en faire un outil renforçant la coordination des soins.

Pour répondre à ces limites, la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 a refondu le DMP. Cette refonte menée dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » s'inspire des éléments du rapport préparatoire « Accélérer le virage numérique » de Pon et Coury[24]. Le DMP n'est désormais plus un service isolé. Il est intégré dans le nouvel « espace numérique de santé » (art. L. 1111-13-1 du CSP), déployé opérationnellement sous le nom de « Mon espace santé » (MES) et intègre d'autres fonctionnalités.

Pour massifier le nombre d'usagers, la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 a prévu que chaque assuré social dispose d'un compte sur MES depuis 2022, sauf s'il a exercé son droit d'opposition. L'objectif est d'assurer une alimentation suffisante des dossiers par les professionnels de santé.

Source : Mission à partir de Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, « Chapitre X – Mon espace santé » : des conditions de réussite encore à réunir », mai 2024 ; GIE Sesam-Vitale, « Cartographie des entreprises du numérique en santé – 2025 ».

Le Service européen de santé en ligne (Sesali), opéré par l'ANS, constitue une forme de déclinaison européenne du dossier patient, et « *la première pierre de la continuité des soins en Europe*[25] ». Il permet au professionnel de santé de consulter la synthèse médicale en français d'un patient européen de manière sécurisée et structurée. Le professionnel de santé pourra prochainement accéder aux prescriptions électroniques de médicaments. L'ANS met en œuvre l'API Sesali (interface de programmation) qui raccorde directement ce service aux logiciels métiers des professionnels de santé, afin de leur permettre d'accéder à ce service sans passer par l'interface web et sans réauthentification via Pro Santé Connect. Cet échange de données au niveau européen a vocation à se poursuivre, notamment dans le cadre du programme MaSanté@UE.

Par ailleurs, MES dispose d'une fonctionnalité de messagerie citoyenne intégrée à l'espace de confiance Messageries Sécurisées de Santé (MSSanté) permettant aux patients de recevoir les informations envoyées par leurs professionnels de santé. Les patients peuvent également initier une nouvelle conversation avec un professionnel de santé, à condition que celui-ci lui ait déjà écrit. Cette messagerie permet également aux patients d'envoyer une ordonnance à une pharmacie qu'ils ont déjà fréquentée.

[23] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, « Chapitre X – Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir », mai 2024.

[24] Coury et Pon, « Accélérer le virage numérique », 2018.

[25] Site de l'ANS, « *Sesali : Service européen de santé en ligne* », consulté le 19 mai 2026.

La mission a recensé 85 éditeurs de logiciels et 115 solutions qui proposent différentes fonctionnalités de gestion des dossiers patients (cf. tableau 6) :

- la sous-fonctionnalité de création et de gestion des dossiers patients numériques est la plus courante. Elle est proposée par 78 éditeurs, à travers 111 logiciels, déployés en ville comme à l'hôpital ;
- les sous-fonctionnalités de structuration de ces dossiers patients sont proposées par un nombre réduit d'éditeurs : import direct de données depuis d'autres logiciels (19 éditeurs) et personnalisation des constantes suivies (18 éditeurs) ;
- d'autres sous-fonctionnalités demeurent peu proposées : moteur de recherche intégré (4 éditeurs), reconnaissance automatique des documents (1 éditeur), module de comparaison de documents (5 éditeurs) s'adressant aux spécialités mobilisant des images (dermatologie, échographie, etc.) ;
- 9 éditeurs commercialisent 11 systèmes d'information de radiologie (RIS). Ces solutions référencées permettent aux radiologues et aux médecins nucléaires, exerçant dans un service dédié au sein d'un établissement de santé ou en cabinet, de consulter et d'alimenter le DMP, et remettent en visibilité les documents du patient ;
- 20 éditeurs de logiciels proposent un dossier patient partagé entre praticiens, à destination principale des structures d'exercice coordonné ;
- la sous-fonctionnalité de messagerie avec les patients est proposée par 7 éditeurs de logiciels à travers 12 solutions. Leur interconnexion avec le dossier patient numérique est centrale pour lutter contre la dispersion des informations.

Tableau 6 : Sous-fonctionnalités valorisées par les éditeurs de logiciels privés proposant des outils de gestion des dossiers patients

Sous-fonctionnalité valorisée	Nombre d'éditeurs de logiciels	Nombre de logiciels
Dossiers patients		
Création et gestion des dossiers patients numériques	78	111
Dont dossier patient numérique en ville	*54*	*74*
Dont dossier patient informatique dans les établissements de santé[26]	*31*	*41*
Avec des dossiers spécialisés	*7*	*7*
Avec un logiciel de prise en charge des patients tout au long de leur chimiothérapie	*2*	*2*
Dossiers patients d'imagerie (« Radiological Information System »)	*9*	*11*
Concernant les fonctionnalités des dossiers patients		
Import de données patients directement depuis d'autres logiciels et appareils	19	22
Moteur de recherche intégré	4	4
Reconnaissance automatique des documents	1	1
Configuration des bases patients avec des filtres personnalisés	1	1
Classement de documents	6	6
Mise en avant des données médicales importantes du patient (antécédents, allergies, contre-indications, etc.)	12	12
Module de comparaison de documents	5	5
Personnalisation des constantes usuelles et principales à suivre	18	19
Dont courbes/tableaux automatiques de suivi	*7*	*7*
Dont création de nouveaux parcours de soins	1	1
Dont alertes en cas de dépassements des seuils fixés	1	1
Module de suivi des vaccinations	1	1
Dossier patient partagé	20	21
Messagerie avec les patients		
Messagerie avec les patients	7	10
Dont partage de documents en ligne avec les patients	*3*	*3*
Dont envoi de campagnes de prévention ciblées	*2*	*3*
Dont envoi de conseils personnalisés	*1*	*1*
Total	**85**	**115**

Source : Mission, à partir des listes de solutions référencées et labellisées par l'ANS et intégrées au catalogue de Mon espace santé, fin avril et début mai 2026.

L'interopérabilité entre le DMP et les logiciels métiers constitue un levier essentiel pour centraliser l'information patient, en garantir la conservation et permettre aux professionnels de santé d'y accéder rapidement. L'objectif est que les médecins puissent alimenter le DMP directement depuis leurs logiciels métiers, sans ressaisie ni rupture dans leur pratique quotidienne.

Pour pouvoir s'interfacer avec le DMP, les logiciels doivent au préalable être autorisés par le CNDA. La compatibilité au DMP peut être complète ou partielle. La DMP-Comptabilité est une condition requise pour la labellisation e-santé (que l'homologation soit accordée à la solution elle-même ou au module externe sur lequel elle s'appuie), ainsi que pour le référencement Ségur. À titre d'exemple, les dossiers patients informatisés référencés Ségur pour les établissements de santé sont des logiciels en capacité de générer des documents de sortie d'hospitalisation afin de les transmettre par messagerie sécurisée et au DMP.

[26] Il convient de noter que les DPI peuvent également comprendre des fonctionnalités de gestion administrative des patients. Sept solutions identifiées dans cette cartographie par la mission ne sont pas qualifiées par l'ANS en tant que telles. Elles sont toutefois référencées par l'ANS à un autre titre et proposent des fonctionnalités de gestion du dossier patient en établissement de santé.

Des connecteurs vers le DMP visent à permettre cette interopérabilité lorsque la solution ne l'intègre pas directement. 9 solutions référencées Ségur numérique pour le secteur hôpital et 26 référencées ou en cours de référencement pour le secteur ville intègrent un connecteur vers le DMP comme composant additionnel.

Par ailleurs, l'article L. 1470-5-1 du CSP, créé par l'article 55 de la loi n°2026-403 du 26 mai 2026 de simplification de la vie économique, instaure une obligation pour les éditeurs d'un service numérique en santé ayant pour objet la gestion des dossiers médicaux des patients d'un professionnel de santé d'assurer le transfert de l'ensemble des données dont il est responsable du traitement.

La cartographie met en exergue l'existence d'acteurs transverses :

- Doctolib propose 12 fonctionnalités sur les 20 identifiées par la mission ;
- Cegedim Santé propose 10 fonctionnalités sur les 20 identifiées ;
- CompuGroup medical solutions en propose 7.

Les deux premiers éditeurs sont communs à ceux identifiés pour les fonctionnalités de gestion administrative et d'aide à la facturation, et de gestion de l'agenda.

1.2.4. Le développement des systèmes d'aide à la décision médicale, essentiellement proposés par des acteurs privés, s'appuie sur des dispositifs de certification publique et la généralisation de l'ordonnance numérique

Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) outillent les médecins dans la réalisation de tâches médicales, leur permettant potentiellement de les réaliser plus rapidement. Ils s'appuient sur la documentation clinique existante pour outiller le médecin dans l'élaboration de son diagnostic et la définition de la solution thérapeutique optimale. Si ces outils n'ont pas vocation à remplacer les temps de formation des médecins, ils peuvent également viser à réduire la charge liée à l'actualisation de leurs connaissances au quotidien.

L'action des pouvoirs publics concernant ces outils numériques se concentre sur le soutien au développement du secteur, ainsi que l'élaboration et la certification de services socles servant au fonctionnement des SADM.

Ainsi, l'État accompagne l'innovation numérique dans ce domaine en finançant des projets privés via des appels à projets interministériels**.** À titre d'exemple, l'appel à projets i-Nov, porté par Bpifrance, avait notamment pour objectif le développement de nouvelles solutions d'imagerie médicale et de logiciels de traitement d'image.

Annexe V

Les pouvoirs publics ont déployé plusieurs services, sur lesquels s'adossent les SADM :

- l'ordonnance numérique est un service socle du Ségur numérique en santé permettant de dématérialiser le circuit de la prescription entre les prescripteurs et les professionnels de santé prescrits afin de favoriser la coordination des soins. Elle permet aux patients de retrouver leurs ordonnances au format numérique dans MES grâce à l'alimentation automatique du DMP. L'ordonnance numérique en ville a été généralisée en 2025. Son déploiement dans les établissements de santé est en cours d'expérimentation. Si elle constitue en elle-même un outil de sécurisation des échanges, le fait que l'autorisation des logiciels prescripteurs à recourir au service d'ordonnance numérique soit conditionnée à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP)[27] en fait un levier potentiel d'optimisation du temps médical. La meilleure coordination entre professionnels de santé peut également être considérée comme un levier d'optimisation du temps médical. Le CNDA autorise les logiciels permettant d'éditer des ordonnances numériques (fin 2024, 59 logiciels autorisés) ;
- le téléservice Avis Arrêt de Travail intégré (AATi) de la Cnam permet de prescrire et de prolonger de manière dématérialisée des arrêts de travail et propose une aide à la prescription en ligne associée aux référentiels de la HAS, potentiellement de nature à optimiser le temps consacré à ces prescriptions ;
- la HAS agrée les bases de données sur les médicaments (BdM) destinées à l'usage des logiciels d'aide à la prescription médicale (LAP) et à la dispensation (LAD) au regard d'une charte de qualité (L. 161-38 du CSP) ;
- la HAS certifie les LAP, au terme d'une démarche facultative (L. 161-38 du CSP, décret n° 2019-856 du 20 août 2019). Les LAP accompagnent les médecins dans leurs pratiques prescriptives. Ils synthétisent les dernières preuves scientifiques et référentiels en vigueur à partir d'une base de données régulièrement mise à jour. Ils réalisent une synthèse intelligente de la documentation clinique disponible à partir d'une base de données régulièrement mise à jour, permettant d'outiller les médecins face à la profusion d'informations médicales disponibles. Ils permettent de limiter les erreurs de prescription et de renforcer la sécurité des patients, en proposant des alertes sur les interactions médicamenteuses, les contre-indications ou les posologies inadaptées, le cas échéant en fonction des caractéristiques du patient. La HAS définit les procédures de certification de ces logiciels et publie des référentiels détaillant les exigences à respecter ;
- la HAS identifie et met à disposition des éditeurs la liste des systèmes d'aide à la décision indexés par médicament (SAM), sous forme de fiches, pour leur intégration dans les LAP et LAD certifiés.

[27] Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et la Cnam, art. L. 4071-3 du CSP.

La mission a recensé 87 éditeurs de logiciels privés qui commercialisent 117 systèmes d'aide à la décision médicale (cf. tableau 7) :

- les 46 logiciels d'aide à la prescription (LAP) proposés ou intégrés à un logiciel par 39 éditeurs de logiciels sont les plus représentés. 35 des LAP ambulatoires recensés sont certifiés par la HAS tandis que 11 ne le sont pas. Cela souligne les liens existants entre ces deux recensements publics tout en montrant qu'ils répondent à des objectifs distincts. Le nombre de logiciels intégrant un LAP est à mettre en lien avec le fait que les solutions labellisées e-santé doivent présenter une décision de certification d'un LAP. Les médecins libéraux qui utilisent un LAP non certifié par la HAS ne peuvent pas bénéficier d'une aide conventionnelle à l'équipement numérique (cf. 2.1.1) ;
- 58 logiciels intègrent et/ou donnent accès à une base médicamenteuse certifiée, ce qui s'explique par le fait que les logiciels de gestion de cabinet référencés Ségur doivent permettre aux médecins d'utiliser une base médicamenteuse référencée par la HAS, accessible dans le cadre de la e-prescription unifiée ;
- les 58 logiciels de gestion de cabinet proposent une fonctionnalité de gestion de la e-prescription, dont 31 ont validé leur présérie « ordonnance numérique »[28]. Seuls 4 valorisent toutefois l'existence d'une fonctionnalité facilitant le renouvellement d'ordonnances ;
- certaines fonctionnalités demeurent peu proposées : seul 1 éditeur met à disposition des médecins des scénarios de consultation adaptés à chaque spécialité, 2 éditeurs mettent à disposition des médecins des bibliothèques de ressources médicales ;
- les solutions référencées ou en cours de référencement intégrant explicitement l'usage de l'IA sont uniquement à destination des radiologues : la mission a décompté 1 solution d'aide au diagnostic et 1 solution permettant de contrôler l'usage de la dose de produit RX utilisé lors de la réalisation d'un examen d'imagerie.

Les LAP peuvent être intégrés à des suites de services. La mission a identifié quatre logiciels de ville intégrant un LAP comme composant additionnel.

[28] GIE Sesam-Vitale, « *Préséries ordonnance numérique terminées* », 11 juin 2026. Consulté le 17 juin 2026.

Tableau 7 : Sous-fonctionnalités valorisées par les éditeurs de logiciels privés proposant systèmes d'aide à la décision médicale

Sous-fonctionnalité valorisée	Nombre d'éditeurs de logiciels	Nombre de logiciels
LAP ambulatoires intégrés	38	46
Dont LAP ambulatoires agréés par la HAS	*31*	*35*
Dont LAP ambulatoires non agréés	*7*	*11*
LAP hospitalier intégrés[29]	3	3
Dont LAP dédié à la prescription en dialyse, néphrologie et transplantation certifié par essai de type par SGS ICS	1	1
Intégration/accès à une base médicamenteuse	52	59
Scénario de consultation adapté à chaque spécialité (glossaire de bilans, etc.)	1	1
Modèle de prescription	6	6
Aide en temps réel lors d'une consultation basée sur les dernières recommandations scientifiques	1	1
Logiciel de prescription à l'hôpital	19	22
Intégration de l'IA pour aider à la décision médicale	2	2
Renouvellement d'ordonnance facilité	5	5
Bibliothèque de ressources	2	2
Logiciels d'imagerie (RIS)	10	11
Dont instruments de bilan et de mesure adaptables et paramétrables en imagerie	*2*	*2*
Dont IA pour améliorer la précision et la rapidité des diagnostics en imagerie	*1*	*1*
Dont IA pour contrôler l'usage de la dose RX en imagerie	*1*	*1*
Total	**87**	**117**

Source : Mission, à partir des listes de solutions référencées et labellisées par l'ANS et intégrées au catalogue de Mon espace santé, fin avril et début mai 2026.

L'interopérabilité entre outils publics et privés ne constitue pas un enjeu majeur à ce stade, les services développés par les pouvoirs publics n'occupant pas les mêmes segments fonctionnels que ceux des éditeurs privés.

L'étude des données de la Cnam qui sous-tendent le versement du forfait structure, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025 et dont le versement était conditionné à l'utilisation d'un LAP certifié par la HAS, fournit des éléments sur les parts de marché dont disposent les différents éditeurs de LAP utilisés par les médecins libéraux conventionnés (cf. tableau 8). L'analyse se restreint aux médecins ayant mis à disposition de la Cnam un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel référencé Ségur avec LAP certifié par la HAS. Les différentes versions d'un même logiciel sont considérées comme un logiciel unique dans le décompte.

Le marché des logiciels Ségur intégrant un LAP certifié par la HAS est fragmenté entre plusieurs éditeurs :

- Doctolib se distingue des autres éditeurs, avec 16 188 utilisateurs représentant 24,4 % de l'ensemble des médecins libéraux utilisant un LAP certifié par la HAS, ;
- Weda SAS concentre 15,6 % des parts d'utilisation ;
- Cegedim Santé commercialise plusieurs logiciels cumulant 11,4 % des parts de ce marché.

En 2025, 89,6 % des médecins généralistes libéraux conventionnés disposent d'un LAP, contre 38,4 % pour les spécialistes (toutes spécialités confondues).

[29] Trois logiciels affirment disposer d'un LAP hospitalier certifié par la HAS. Ces logiciels n'apparaissent pas dans la liste des solutions certifiées sur le site de la HAS, mise à jour en avril 2025.

Tableau 8 : Principaux LAP certifiés par la HAS utilisés par les médecins bénéficiaires du forfait structure, en 2025

Éditeur	LAP	Nombre d'utilisateurs	Part d'utilisation (2025)
Doctolib	Doctolib	16 188	24,4 %
Weda SAS	Weda	10 362	15,6 %
Prokov Éditions	Médistory	7 557	11,4 %
CompuGroup medical solutions	Axisanté	7 070	10,7 %
Imagine éditions	HelloDoc	6 419	9,7 %
Calimaps	DrSanté	4 105	6,2 %
Cegedim Santé	Crossway	3 767	5,7 %
Cegedim Santé	MonLogicielMédical	2 800	4,2 %
Association Alma	Alma Pro	1 544	3,4 %
Cegedim Santé	Médiclick	1 738	2,6 %
Altimed Informatique	Premier Médical	976	1,5 %
Cegedim Santé	Médimust	963	1,5 %
Autres	Non applicable	11 123	3,1 %
Total		**74 612**	**100 %**

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure. Précision méthodologique : La part d'utilisation correspond au nombre de médecins ayant déclaré utiliser le LAP concerné à la Cnam dans le cadre du dispositif d'octroi du forfait structure, divisée par le nombre total de médecins libéraux utilisant un LAP certifié par la HAS.

1.2.5. Les outils privés d'automatisation documentaire et de transcription mettent en exergue les enjeux liés à l'intégration de l'IA dans les outils numériques destinés aux médecins

Les outils d'automatisation documentaire sont de nature à réduire le temps que le médecin consacre à documenter les dossiers numériques de ses patients. Ils facilitent le travail de mise à l'écrit que réalise un médecin et ont vocation à améliorer la qualité de son interaction médicale avec le patient, notamment lors de la consultation.

L'action publique concernant cette fonctionnalité se cantonne à la détermination des règles relatives à la protection des données personnelles.

Aucune solution publique n'existe ou n'est développée dans ce domaine. Le développement de ces solutions par les éditeurs privés doit toutefois respecter les règles fixées par la puissance publique.

39 éditeurs de logiciels proposent 50 outils d'automatisation documentaire et d'aide à la transcription des échanges médicaux (cf. tableau 9) :

- 26 éditeurs de logiciels proposent des modèles de documents, qui constituent le niveau le plus simple d'automatisation documentaire, permettant au médecin de préremplir les champs déterminés selon ses besoins. Ces modèles concernent principalement deux types de documents : modèles de comptes-rendus (17 éditeurs) et de courriers (15 éditeurs) ;
- les 11 logiciels d'imagerie s'adressant aux structures d'imagerie de ville et hospitalières, doivent intégrer des fonctionnalités permettant de générer et d'envoyer des comptes-rendus radiologiques pour être référencés Ségur ;
- les modalités de pré-remplissage de ces modèles sont moins fréquents : 3 éditeurs mettent en avant une intégration simplifiée ou automatique des résultats d'examens ;
- les outils de reconnaissance vocale se développent avec 6 éditeurs de logiciels proposant une telle solution. 4 éditeurs permettent de se connecter avec un tel outil de dictée vocale, qu'ils ne proposent pas directement ;
- 6 éditeurs de logiciels proposent des outils de reconnaissance vocale capables de générer des comptes-rendus ;

- les solutions déclarant intégrer l'IA sont en nombre limité : 4 éditeurs de logiciels proposent une IA d'écoute ambiante générant une synthèse à l'issue de l'échange, dont 3 permettent de générer un compte-rendu structuré.

Tableau 9 : Sous-fonctionnalités valorisées par les éditeurs de logiciels privés proposant des outils d'automatisation documentaire

Sous-fonctionnalité valorisée	Nombre d'éditeurs de logiciels	Nombre de logiciels
Modèles de documents	26	31
Dont modèles de comptes-rendus	*20*	*22*
Avec intégration simplifiée ou automatique des résultats d'examens	*3*	*3*
Dont modèles de courriers	*17*	*21*
Avec rappel des adresses confrères, laboratoires, cliniques ou patients	*2*	*2*
Dont certificats	*2*	*2*
Dont modèles partageables au sein d'une structure de soins	1	1
Génération automatique des relevés à partir du dossier informatisé du patient	2	2
Panel complet de glossaires préremplis	1	1
Logiciels d'imagerie (RIS)	10	11
Dont modèles paramétrables de comptes-rendus d'examens	2	2
Dont intégration de solutions tierces d'aide à la création de compte-rendu	*1*	*1*
Dont production de comptes-rendus	*2*	*2*
Dont reconnaissance vocale produit des comptes-rendus	*1*	*1*
Dont simplification de la validation des comptes-rendus	*1*	*1*
Dont IA éditant des pré comptes-rendus	*1*	*1*
Dont générateur de documents avec des variables prédéfinies	*1*	*1*
Dont générateur d'une synthèse patient	*2*	*2*
Module d'enregistrement et de partage des fichiers sonores	1	1
Logiciel compatible avec les logiciels de dictée vocale	4	4
Reconnaissance vocale générant des comptes-rendus	6	6
IA d'écoute ambiante, générant automatiquement des synthèses pendant les échanges avec les patients	5	5
Dont fonctionnel dans toutes les langues	1	1
Dont intégration des antécédents et biométrie dans le dossier patient	1	1
Dont adaptation de la synthèse en prenant en compte les notes précédentes	1	1
Dont génération automatique de comptes-rendus structurés	3	3
IA générant automatiquement des courriers	1	1
Total	**39**	**50**

Source : Mission, à partir des listes de solutions référencées et labellisées par l'ANS et intégrées au catalogue de Mon espace santé, fin avril et début mai 2026.

L'enjeu d'interopérabilité concerne la possibilité pour les médecins d'alimenter directement le DMP depuis les documents générés par ces outils d'automatisation documentaire et d'aide à la transcription. Il rejoint l'enjeu de la DMP-compatibilité du logiciel métier utilisé par le médecin, présenté précédemment (1.2.3.).

Un éditeur de logiciel se distingue par sa capacité à se positionner sur le marché de cette sous-fonctionnalité :

- Cegedim Santé propose 7 fonctionnalités sur les 15 identifiées par la mission ;
- Doctolib, FISI SA, Instamed proposent 5 des fonctionnalités listées.

1.2.6. Les outils de coordination des parcours de soins et d'échange entre professionnels se développent dans le cadre défini par les pouvoirs publics, visant à garantir la sécurité des solutions privées et leur interopérabilité avec MES et entre elles

Les outils de coordination des parcours de soins ont vocation à réduire le temps consacré par les médecins à échanger avec leurs confrères et à optimiser la pertinence de ces échanges. L'enjeu est d'optimiser le temps médical en facilitant l'identification et la sollicitation du professionnel pertinent, en limitant les consultations inutiles et en favorisant des modalités d'échange souples, notamment asynchrones. La fluidification des échanges constitue un levier d'amélioration de la continuité des soins, et ainsi de la qualité des consultations réalisées par le médecin. Cette fonctionnalité intègre l'ensemble des outils d'échange entre professionnels, qu'ils exercent ou non dans la même structure.

L'action des pouvoirs publics repose sur la définition d'un cadre commun destiné à favoriser les échanges entre l'ensemble des messageries entre professionnels commercialisés par les éditeurs privés, ainsi que sur un soutien financier au déploiement de services numériques outillant la coopération entre professionnels de santé.

Le système Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté) est un espace de confiance public que peuvent intégrer les opérateurs de messagerie entre professionnels de santé. Ce système est l'un des services socles déployés par l'État dans le cadre de la doctrine du numérique en santé. L'objectif est de favoriser les échanges par email des professionnels dans un cadre sécurisé, protégeant leur responsabilité. Ce système permet notamment aux éditeurs de logiciels et aux établissements de santé et structures ayant développé leur service de messagerie électronique de sécuriser les échanges et d'accéder à un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé.

Trois types de boîtes aux lettres MSSanté sont disponibles dans l'espace de confiance (nominative, organisationnelle et applicative lorsqu'elle est associée et accessible directement depuis un logiciel métier ou à une machine). L'enjeu n'est pas de créer une messagerie publique unique mais d'intégrer l'ensemble des messageries de santé existantes à l'espace de confiance MSSanté. Comme le DMP, il est intégré à la plateforme « Mon espace santé ». Il complète la centralisation des informations médicales du patient permise par le DMP en permettant des échanges ponctuels entre professionnels de santé. Les référentiels MSSanté fixent un ensemble de critères qui garantissent la fiabilité et l'interopérabilité pour chacun des utilisateurs souhaitant échanger des données de santé par messagerie :

- le référentiel opérateur MSSanté définit les exigences que doit respecter tout opérateur professionnel pour être raccordé à cet espace de confiance ;
- le référentiel client de messagerie de MSSanté définit les obligations s'appliquant à tout logiciel mettant en œuvre des fonctionnalités d'émission ou de réception de messages via un opérateur MSSanté.

Les professionnels de santé ne sont pas obligés d'utiliser une messagerie intégrée à MSSanté mais doivent respecter le cadre juridique d'échange des données personnelles de santé (art. L. 1110-4 du CSP), de leur hébergement (art. L. 1111-8 du même code) et respecter la loi Informatique et Libertés. L'arrêté du 26 avril 2022 fixe toutefois la liste des documents soumis à l'obligation d'envoi par la messagerie sécurisée, prévue à l'article L. 1111-15 du CSP.

L'ANS expérimente, depuis mars 2024, un espace d'interopérabilité des messageries instantanées de santé (EIMIS). Ce réseau unifié de messagerie instantanée peut être utilisé depuis différents outils déjà déployés dans le secteur de santé, afin de permettre aux professionnels de ne pas changer d'outil.

Le programme public e-Parcours a pour objectif le déploiement d'outils numériques de coordination de parcours de santé auprès des acteurs de coordination et des collectifs de soins, *via* le soutien financier et organisationnel à la mise en place de collectifs de soins coordonnées (ex : communautés professionnelles territoriales de santé) et de services numériques outillant cette coordination. À titre d'exemple, le programme a accompagné financièrement le déploiement d'un dossier de coordination permettant aux professionnels de santé de partager de manière sécurisée les informations relatives au parcours du soin d'un patient, dans la région Hauts-de-France. Depuis juin 2024, les solutions e-Parcours sont accessibles par Pro Santé Connect et sont homologuées pour l'identifiant national de santé (INS). Des solutions pour intégrer des fonctionnalités d'alimentation de MES depuis les solutions e-Parcours sont en cours d'étude.

La mission a recensé 69 éditeurs de logiciels privés, commercialisant 102 solutions visant à favoriser la coordination entre professionnels de santé (cf. tableau 10) :

- la sous-fonctionnalité la plus représentée est l'organisation concrète des missions au sein d'une structure : 14 logiciels proposent des solutions d'agenda en ligne collaboratif, 11 permettent de visualiser le planning d'autres praticiens, 11 permettent d'assigner des tâches à un collaborateur ;
- les fonctions de gestion de protocoles de soins sont plus rares : 5 logiciels permettent de gérer des protocoles pluriprofessionnels, 2 permettent d'ajouter des patients à des protocoles de soins ;
- les outils de messageries entre professionnels sont largement développés : 28 éditeurs de logiciels proposent 38 solutions aux fonctionnalités variées. 4 logiciels donnent accès à une base de correspondants à jour, 4 permettent un archivage automatique des échanges dans les dossiers patients ;
- 9 logiciels sont des opérateurs Mailiz et gèrent une Messagerie Sécurisée de Santé. Le différentiel avec le nombre total de messageries entre professionnels met en exergue les enjeux liés à l'interopérabilité entre ces messageries et les MSSanté disponibles ;
- 11 logiciels spécifiques s'adressent aux radiologues et aux médecins nucléaires : les systèmes d'information radiologique (RIS), les « *Picture Archiving and Communication System* » (PACS) et les passerelles d'échange entre logiciels métiers et avec le DMP (« *DRIMbox* »). Ces logiciels comportent des fonctionnalités particulières de stockage, d'archivage et d'échange de données médicales avec le patient et entre professionnels ;
- 5 éditeurs privés proposent 7 solutions de téléexpertise, témoignant du développement progressif de cette fonctionnalité. Comme les outils de téléconsultation, ces outils intègrent des modalités d'échange (1 solution de centralisation des échanges avec les patients, 1 solution d'échange par la messagerie du logiciel et la MSSanté) et de facturation (2 solutions) ;
- les dispositifs d'adressage entre professionnels se développent également avec 7 solutions proposées par 4 éditeurs, avec des fonctionnalités différentes : 1 solution avec accès à un annuaire de compétences, 4 solutions d'accès direct à l'agenda du médecin, 1 logiciel de pré-remplissage des courriers d'adressage.

Tableau 10 : Sous-fonctionnalités valorisées par les éditeurs de logiciels privés proposant des outils de coordination des parcours de soins des patients et d'échanges entre professionnels de santé

Sous-fonctionnalité valorisée	Nombre d'éditeurs de logiciels	Nombre de logiciels
Agenda en ligne collaboratif/connexion multiutilisateurs (secrétariat et autres professionnels de santé)	14	14
Gestionnaire des tâches	2	4
Visualisation des plannings des autres praticiens	8	11
Assignation de tâches à un collaborateur	7	8
Dont demandes d'intervention	*2*	*2*
Dont suivi de la progression	*1*	*1*
Dont assignation de tâches à un collaborateur	*1*	*1*
Dont demandes d'intervention	*1*	*1*
Dont suivi de la progression	*1*	*1*
Ajout des patients à des protocoles de soins	2	2
Gestion de protocoles pluriprofessionnels	22	29
Dont parcours et protocoles de soins digitalisés et standardisés	*1*	*1*
Liste de travail permettant à tous les utilisateurs de suivre le parcours du patient au sein du cabinet ou du service	2	2
Messagerie entre professionnels	32	42
Dont base de correspondants à jour	*3*	*4*
Dont archivage automatique dans les dossiers patients	*4*	*4*
Dont possibilité de déléguer son compte vers un secrétariat ou un confrère	*1*	*1*
Opérateur Mailiz	9	9
Cas patient collaboratif	1	4
Espace numérique partagé	2	2
Téléexpertise	6	8
Dont modèles de demandes adaptées à la pathologie	*1*	*1*
Dont centralisation des échanges dans le dossier patient	*1*	*1*
Dont échanges par la messagerie du logiciel et la MSSanté	*1*	*1*
Dont facturation	*2*	*2*
Dont intégration directe à l'agenda	*1*	*1*
Adressage	4	7
Dont accès à un annuaire de compétences du territoire	1	1
Dont accès direct aux disponibilités d'un autre professionnel de santé pour prendre rendez-vous pour son patient	3	4
Dont intégration directe à l'agenda	2	2
Dont formulaire d'envoi du patient	1	1
Pré-remplissage du courrier d'adressage	1	1
Envoi de notifications au médecin et au patient	2	2
Dont préqualification du patient	1	1
Dont messagerie pour échanger entre praticiens	1	1
Dont envoi manuel par la MSS au professionnel de santé demandeur	*5*	*6*
Dont espace sécurisé dédié aux correspondants de médecine de ville ou d'établissements de soins	1	1
Dont coopérations intra et extra-établissement	2	2
Passerelles de partage d'imageries médicales (DRIMbox)	13	13
Plateforme de télé-radiologie	3	5
Total	**69**	**102**

Source : Mission, à partir des listes de solutions référencées et labellisées par l'ANS et intégrées au catalogue de Mon espace santé, fin avril et début mai 2026.

L'interopérabilité entre les messageries privées et les MSSanté est une des conditions du référencement Ségur et de la labellisation « e-santé » par l'ANS. Les logiciels de gestion de cabinet candidats au référencement Ségur pour le secteur médecine de ville, doivent intégrer un module de gestion de la MSSanté. Les solutions candidates au label « e-santé » doivent intégrer une solution de MSSanté, ce qui constitue une incitation à rendre leur logiciel interopérable avec ce service socle.

Un éditeur se distingue par le nombre de fonctionnalités qu'ils proposent :

- Doctolib propose 18 fonctionnalités sur les 32 identifiées par la mission ;
- Divoluci en propose 8 ;
- les autres éditeurs de logiciel en proposent moins de 6.

1.3. Le renforcement de l'interopérabilité entre les outils publics et privés au cœur du programme du Ségur numérique, doit être poursuivi, notamment en accroissant l'alimentation du dossier médical partagé

1.3.1. Le développement de l'interopérabilité entre outils numériques publics et privés repose sur des dispositifs contraignants et des programmes de financements mis en œuvre dans le cadre du Ségur numérique

L'intervention publique dans le domaine du numérique en santé obéit à la doctrine de l'« État-plateforme ». Cette doctrine consacrée par la feuille de route du numérique en santé de 2019, définit l'articulation des rôles entre acteurs publics et acteurs privés. L'État « *s'engage dans un rôle de régulateur et d'opérateur des référentiels et services socles et les acteurs privés déploient les services utiles au quotidien des soignants et des patients et développent les innovations dont notre système de santé a besoin*[30] ». Cette idée s'incarne dans la schématisation d'une « maison de la e-santé », dont les fondations reposent sur les pouvoirs publics.

Les services socles déployés par l'État sont de trois natures :

- les services socles d'identité, notamment l'appli carte Vitale, l'identité nationale de santé (INS), le RPPS – FINESS – Annuaire Santé, Pro Santé Connect ;
- les services socles d'offres de soins et d'orientation, notamment le répertoire national de l'offre et des ressources (ROR), le service d'accès aux soins (SAS), viaTrajectoire pour l'admission des personnes dans le secteur sanitaire et médico-social ;
- les services socles d'échange et de partage notamment le DMP, Sesali, la MSSanté, l'ordonnance numérique, le Hub Santé plateforme d'échange sécurisé de données avec l'écosystème des SAMU-SAS, les outils régionaux de coordination et de parcours, l'espace de confiance DRIM-M.

S'ajoutent à ces services des services métiers (bouquet de services professionnels et observatoire de la e-santé), des services aux usagers ainsi que des services aux autorités sanitaires et des fonctionnalités d'usage secondaire des données. Ils constituent la base sur laquelle se développent les initiatives privées, dans le respect du cadre fixé par les pouvoirs publics.

[30] ANS, « *Feuille de route du numérique en santé 2023-2027* », éditorial de la Délégation au numérique en santé.

La doctrine de l'« État-plateforme » s'incarne dans la définition de règles dites « socles », concernant notamment l'interopérabilité des logiciels privés avec les solutions publiques, d'une part, et entre eux, d'autre part. Le GIE Sesam-Vitale considère que l'interopérabilité est rendue « *impérative*[31] » face à la spécialisation de l'offre de services numériques en fonction des besoins propres aux différents types de médecins. L'interopérabilité permet les échanges entre les différents logiciels disponibles sur le marché, et constitue ainsi un levier d'optimisation de l'usage des outils numériques et un gain de temps pour les professionnels de santé.

L'ANS a défini, au terme d'un processus de concertation, un « cadre d'interopérabilité » des systèmes d'information de santé (CI-SIS). Ce cadre définit les règles techniques et sémantiques nécessaires pour faciliter l'interfaçage des systèmes, la mutualisation des services et la portabilité des données. Il est organisé en volets techniques répartis selon les trois couches de l'architecture des systèmes d'information en santé :

- couche métier spécifiant les contenus métiers à échanger ;
- couche service décrivant les fonctionnalités des systèmes et les flux associés ;
- couche transport définissant les protocoles de communication pour garantir la transmission sécurisée des données.

Ce corpus évolue en fonction des priorités identifiées et prend en compte les standards européens et internationaux.

Plusieurs mécanismes incitent les éditeurs de logiciels à respecter ce cadre d'interopérabilité :

- l'article L. 1470-5 du CSP prévoit que les services numériques en santé destinés à être utilisés notamment par les professionnels de santé et les établissements et services de santé (mentionnés à l'article L. 1470-1 du CSP) doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique, qui sont ainsi rendus opposables ;
- le décret n°2026-153 du 3 mars 2026 définit les modalités selon lesquelles le ministre chargé de la santé peut prononcer des pénalités financières à l'égard des éditeurs de services numériques en santé en cas d'absence d'un certificat de conformité lorsque ce dernier est obligatoire ou de manquement au respect des exigences fixées par ces référentiels, en application de l'article L. 1470-6 du CSP ;
- le référentiel numérique des hôpitaux MaturiN'H évalue la maturité des systèmes d'information des établissements de santé notamment au regard du respect des exigences posées dans ces référentiels ;
- le respect du CI-SIS est une exigence mentionnée dans plusieurs référentiels (Pro Santé Connect, MSSanté, Identité Nationale de Santé, etc.) et requise pour certains référencements et labellisations (Ségur, « e-santé », catalogue de services de MES, etc.).

Le programme du Ségur numérique a pour objectif de renforcer l'interopérabilité entre les dispositifs publics et privés. Des dispositifs de « Système ouvert et non sélectif » (SONS) ont financé la mise à jour des logiciels des professionnels de santé vers des versions référencées Ségur par l'ANS, afin d'accélérer l'intégration des référentiels et services socles de la plateforme d'État dans l'ensemble des logiciels métiers.

[31] GIE Sesam-Vitale, « *Cartographie des entreprises du numérique – 2025* ».

La vague 1 du programme, dotée d'un budget de 1,4 milliards d'euros pour le volet sanitaire et financée par le programme *NextGenerationEU*[32], a financé l'intégration dans les logiciels métiers de fonctionnalités permettant aux professionnels de santé d'alimenter et de consulter le DMP directement. Plusieurs programmes de financements complémentaires à l'usage avaient également vocation à inciter les professionnels à alimenter MES et à partager des documents par la MSSanté, notamment le programme Ségur usage numérique en établissements de santé (SUN-ES). Il n'est plus possible de candidater à ce programme, qui entre dans sa phase de bilan.

La vague 2, lancée en 2024, a vocation à faciliter la consultation de l'information disponible dans MES par un nombre plus important de professionnels, à améliorer l'alimentation systématique du DMP, à faciliter l'intégration des documents reçus par MSSanté et à renforcer la sécurité des logiciels. L'enjeu est notamment de permettre aux médecins exerçant à l'hôpital de consulter le DMP directement depuis leurs logiciels métiers. Elle s'articule avec le programme Hôpital numérique ouvert sur son environnement (HOP'EN), lancée en 2024, qui finance notamment la mise en place de fonctionnalités de consultation et d'alimentation de MES.

Les projets guidés par l'objectif d'interopérabilité suivants peuvent être mentionnés à titre d'exemple :

- l'expérimentation d'un espace d'interopérabilité des messageries instantanées de santé (EIMIS) incarne la volonté de préserver la diversité des outils existants tout en leur permettant d'échanger grâce à un réseau unifié ;
- le projet Data Radiologie Imagerie Médicale & Médecine Nucléaire (DRIM-M), mené par l'ANS dans le cadre de la vague 2 du Ségur, ambitionne de créer un réseau unique et national de partage d'images entre professionnels de santé. Chaque service et cabinet connecte son système d'archivage et de diffusion des images (« *Picture Archiving and Communication System* », PACS) au réseau DRIM-M via une passerelle (« *DRIMbox* ») intégrée au système d'information des structures d'imagerie. Les pouvoirs publics hébergent l'index national permettant de référencer les examens dans le DMP. L'objectif est de permettre aux patients de consulter ces images directement depuis leur espace santé via un lien intégré au compte-rendu d'imagerie et de permettre aux professionnels de santé d'accéder à ces résultats et de les importer dans leur environnement de stockage et d'échange de données pour pouvoir réaliser des comparaisons et du post-traitement. Un système de financement ouvert et non sélectif prend en charge une partie des frais liés à l'implémentation de ce dispositif [33] ;
- le bouquet de services professionnels (BSP) regroupe plusieurs services numériques publics et privés de confiance (le DMP, les téléservices de la Cnam, ordonnance numérique, etc.), intégrés aux logiciels métiers via des interfaces de programmation (API) et via le portail web amelipro. Il est présenté comme devant permettre aux professionnels de santé « *de gagner du temps et d'accéder simplement à un maximum de services existants* » et de faciliter la navigation entre ces différents services en évitant les reconnexions et la ressaisie des données du patient.

[32] Site du Ministère de la Santé, « *Lancement opérationnel du volet numérique du Ségur de la santé : 2 milliards d'euros pour généraliser le partage des données de santé !* », Communiqué de presse, 22 juillet 2021. Consulté le 24 juin 2026.

[33] Site de l'ARS Grand Est, « *DRIM-M : service national de partage d'images médicales* », 31 mars 2025. Consulté le 21 mai 2026.

1.3.2. Face à la fragmentation du secteur, l'interopérabilité avec les dispositifs publics et entre outils privés constitue encore un enjeu d'amélioration pour les logiciels métiers utilisés en ville comme à l'hôpital

Le nombre de logiciels intégrant des solutions tierces témoigne d'un mouvement en faveur d'une interopérabilité croissante des solutions disponibles sur le marché. La mission a décompté 53 éditeurs et 59 solutions référencées ou en cours de référencement Ségur numérique intégrant des composants additionnels [34] :

- 15 éditeurs de logiciels référencés au titre du secteur hôpital commercialisent 17 solutions intégrant des composants additionnels : 3 intègrent une PFI, 9 intègrent un connecteur vers le DMP et 7 le DMP Connect, 4 intègrent un connecteur vers l'INS, 4 intègrent une autre solution privée ;
- 39 logiciels ou en cours de référencement au titre du secteur médecine de ville commercialisent 44 solutions intégrant des composants additionnels : 26 intègrent un connecteur vers le DMP et 21 intègrent le DMP Connect, 10 intègrent un connecteur vers l'INS, 7 intègrent une solution d'ordonnance numérique, 4 intègrent un LAP, 2 intègrent un connecter vers la MSSanté, 30 intègrent une solution privée de facturation, 26 intègrent une solution de gestion des dossiers patients et de messagerie, 8 intègrent une autre solution privée.

L'intégration de ces composants additionnels peut viser à connecter les outils privés disponibles avec les services socles développés par les pouvoirs publics ou à enrichir la solution à laquelle ils sont intégrés.

Le choix de ne référencer qu'une seule fois chaque solution tend ainsi à sous-estimer le nombre total de composants additionnels intégrés.

Par ailleurs, il existe des logiciels dont l'objet est de rendre interopérables différentes solutions, qu'elles soient publiques ou privées.

Ainsi, la mission a recensé 22 éditeurs commercialisant 29 solutions référencées Ségur en tant que plateforme d'intermédiation (PFI) du secteur hôpital. Ces plateformes permettent de transmettre par MSSanté et vers le DMP via des formats d'échange normalisés, les documents générés par les solutions logicielles du système d'information hospitalier, dont le dossier patient informatisé. Elles sont prises en compte dans le calcul du nombre total d'outils privés disponibles.

De même, des logiciels de DRIMbox qui contribuent à la création d'un réseau unifié et national de partage des informations d'imagerie se développent, dans le cadre du projet DRIM-M. À ce titre, 13 DRIMbox proposées par 13 éditeurs sont en cours de référencement au titre du Ségur vague 2.

L'exploitation des données de la Cnam sous-tendant le versement du forfait structure permet de dresser un état des lieux des parts de marché détenues par les différents éditeurs de logiciels privés commercialisant une ou plusieurs solutions référencées Ségur numérique (cf. tableau 11). Depuis 2023, les médecins libéraux conventionnés doivent en effet disposer d'un tel logiciel pour pouvoir prétendre bénéficier d'une aide conventionnelle à l'équipement numérique (cf. 2.1.1). L'analyse se restreint aux logiciels utilisés par les médecins déclaré auprès de la Cnam comme disposant d'un logiciel référencé Ségur. Ainsi, 87,8 % des médecins généralistes libéraux conventionnés disposent d'un logiciel référencé Ségur en 2025, contre 62,8 % pour les spécialistes (toutes spécialités confondues).

[34] Certaines solutions sont référencées plusieurs fois, soit que des versions différentes aient été présentées depuis le premier référencement, soit qu'une même solution soit référencée pour les deux vagues du Ségur, avec parfois des différences en termes de composants additionnels intégrés à une même solution. Seule la dernière version de la solution référencée ou en cours de référencement est prise en compte.

La cartographie réalisée par la mission met en exergue une grande fragmentation du marché, la répartition du marché entre les acteurs est inégale. En particulier, six éditeurs concentrent plus de 5 % chacun du nombre total d'utilisateurs, dont 19,5 % pour Doctolib, 12,4 % pour Weda SAS et 10,6 % pour Cegedim Santé (au travers de trois logiciels). Les huit premiers logiciels en termes de pourcentage de médecins les utilisant sont les mêmes que ceux identifiés concernant les LAP certifiés par la HAS et utilisés par les médecins libéraux conventionnés. Les éditeurs possédant le plus de parts de ce marché sont tendanciellement les mêmes que ceux que la cartographie des fonctionnalités en termes d'optimisation du temps médical a identifié comme proposant le plus de sous-fonctionnalités.

Tableau 11 : Principaux logiciels référencés Ségur utilisés par les médecins libéraux, en 2025

Éditeur	Logiciel	Nombre d'utilisateurs	Pourcentage sur le total d'utilisateurs
Doctolib	Doctolib Médecin	17 269	19,5 %
Weda SAS	Weda	10 945	12,4 %
CompuGroup medical solutions	Axisanté	7 119	8,1 %
Imagine éditions	HelloDoc	6 586	7,5 %
Prokov Éditions	Médistory	5 383	6,1 %
Calimaps	DrSanté	4 571	5,2 %
Cegedim Santé	Crossway	4 036	4,6 %
Cegedim Santé	MonLogicielMédical	3 187	3,6 %
Association Alma	Alma Pro	1 947	2,2 %
Édition et développement logiciels	Xplore	1 939	2,2 %
Adsion info santé	Med'Oc SV	1 885	2,1 %
Cegedim Santé	Médiclick	1 665	1,9 %
Autres		19 753	22,3 %
Total		**88 400**	**100 %**

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure. Précision méthodologique : La part d'utilisation correspond au nombre de médecins ayant déclaré utiliser un logiciel référencé Ségur à la Cnam dans le cadre du dispositif d'octroi du forfait structure, divisée par le nombre total de médecins libéraux ayant déclaré disposer d'un tel logiciel.

En 2025, si 63,1 % des médecins libéraux conventionnés des spécialités étudiées disposent d'un logiciel métier référencé Ségur, des différences s'observent selon la spécialité d'exercice (cf. tableau 12) :

- les généralistes sont les médecins les plus équipés en logiciel Ségur (à 87,8 %), devant les pédiatres (83,2 %) ;
- les cardiologues, les dermatologues et les gynécologues ont un niveau d'équipement similaire, d'environ 72 % ;
- les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et les psychiatres ont des taux d'équipement inférieurs, compris entre 54 % et 59 %, tandis que moins de la moitié des ophtalmologues (44 %) sont équipés de logiciels Ségur.

Tableau 12 : Pourcentage de médecins libéraux conventionnés disposant d'un logiciel métier référencé Ségur, par spécialité, en 2025

Spécialité	Médecins disposant d'un logiciel référencé
Anesthésie-réanimation	55,0 %
Cardiologie	72,2 %
Chirurgie	58,5 %
Dermatologie	71,7 %
Gynécologie	72,0 %
Médecine générale	87,8 %
Ophtalmologie	44,0 %
Pédiatrie	83,2 %
Psychiatrie	54,7 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

En 2025, les femmes des spécialités étudiées sont davantage équipées que leurs homologues masculins (cf. tableau 13). La mission n'a pas été en mesure de croiser les données de sexe des médecins avec leur classe d'âge, et un effet lié à la sur-représentation des femmes chez les médecins jeunes ne peut être écarté.

Tableau 13 : Pourcentage de médecins disposant d'un logiciel référencé Ségur, selon le sexe, en 2025

Sexe	Pourcentage de médecins disposant d'un logiciel Ségur	Pourcentage de médecins n'en disposant pas
Femme	82,7 %	17,3 %
Homme	73,0 %	26,9 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

2. Le travail d'évaluation des effets de la mise en place d'outils numériques sur le temps médical doit être poursuivi

2.1. Plusieurs dispositifs publics incitent les médecins à augmenter le recours aux outils numériques mais l'usage réel montre des disparités selon les profils des médecins

2.1.1. Plusieurs dispositifs publics incitent les médecins à s'équiper et à utiliser des outils numériques conformes au cadre réglementaire défini

Des aides financières ont pour objectif d'inciter les médecins libéraux à s'équiper et à utiliser des outils numériques interopérables avec les services socles publics et respectant la règlementation. Alors que le programme Ségur numérique accompagne financièrement les éditeurs de logiciel, cette sous-partie s'intéresse aux aides destinées directement aux médecins. La convention médicale 2024-2029 entre la Cnam et les syndicats représentatifs des médecins libéraux (ci-après « la convention ») a refondu ces aides.

Jusqu'à la fin de l'année 2025, les médecins libéraux conventionnés pouvaient bénéficier d'un versement forfaitaire au titre de l'équipement et de l'usage d'outils numérique, appelé « forfait structure ». L'objectif de ce forfait était « *d'apporter un soutien financier aux médecins qui se dotent de moyens pour se libérer d'une partie de leurs tâches administratives pour se consacrer davantage aux soins et à la pratique médicale*[35] ».

[35] Cnam, « *Guide méthodologique. Forfait structure 2025* », octobre 2025.

Le montant de cette aide conventionnelle était calculé en fonction de l'atteinte d'indicateurs, chaque indicateur étant associé à un nombre de points. L'aide comprenait deux catégories d'indicateurs : des indicateurs socles dont le respect conditionnait la possibilité de bénéficier de l'aide et des indicateurs optionnels. Le nombre total de points permettait de calculer le montant de ce forfait.

La dotation numérique (DONUM) remplace depuis le 1er janvier 2026 ce forfait. Elle poursuit le même objectif et repose sur le même principe de calcul à partir d'indicateurs socles et optionnels mais supprime une partie des anciens indicateurs, pour recentrer l'aide sur l'usage des équipements numériques. Elle ne reprend notamment pas les indicateurs optionnels relatifs à la valorisation de la fonction de maître de stage et à la valorisation de la participation au service d'accès aux soins qui font désormais l'objet de valorisations financières dédiées. Les indicateurs retenus pour calculer la DONUM se concentrent sur l'intégration et l'usage des services socles développés par la puissance publique (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Indicateurs de calcul du montant de la dotation numérique

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS et d'une version de cahier des charges Sesam Vitale à jour des avenants N-1[36]	oui	oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés : Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT) ; Taux de protocoles de soins électronique (PSE) ; Taux de télétransmission FSE ; Taux d'arrêt de travail en ligne (AAT)	60 %	80 %	
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres téléservices sécurisés de la Cnam : certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP) ; déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG) ; prescription électronique de transport (SPE)	30 %	60 %	60
	Moyenne du taux d'usage du numérique en santé : alimentation du DMP ; ordonnances numériques	30 %	60 %	60
	Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la messagerie de Mon espace santé par an		20

Source : Mission à partir des annexes 8 et 9 de la convention médicale 2024-2029.

L'objectif de ces indicateurs est d'inciter les médecins à s'équiper d'un logiciel respectant le cadre fixé par les pouvoirs publics. L'exigence de disposer d'un logiciel référencé Ségur renforce l'incitation pour les éditeurs de logiciel à mettre à jour leurs logiciels. Les éditeurs ont un intérêt économique à obtenir ce référencement, valorisé comme un argument de vente auprès des médecins dès lors que l'éligibilité à cette aide conventionnelle ouvre droit à une prise en charge des coûts de l'équipement pour les médecins par la Cnam. Parmi les informations commerciales relevées par la mission, un éditeur affirme ainsi « *avec* [nom de la solution] *profitez de la subvention !* ». Un autre affirme que son logiciel permet de « *sécuriser* » l'atteinte de la partie obligatoire de l'ancien forfait structure et « *d'atteindre plus facilement les objectifs d'usage des services numériques intégrés au 2e volet du forfait structure* ».

[36] Le site de la Cnam remplace l'exigence relative à l'intégration d'une « *version du cahier des charges SESAM-Vitale à jour des avenants N-1* » par l'exigence d'une « *version du cahier des charges SESAM-Vitale la plus à jour* » qui est plus exigeante.

Par ailleurs, l'octroi de la DONUM exige que la solution intègre un LAP certifié par la HAS et une version du cahier des charges Sesam-Vitale à jour. Cette exigence pourrait constituer une forme de barrière à l'entrée pour les éditeurs de logiciels, qui ne seraient pas en mesure de procéder aux évolutions nécessaires, et ainsi réduire la diversité de produits disponibles sur le marché.

Dans les faits, ces indicateurs se recoupent dès lors que les logiciels de gestion de cabinet de ville candidats au référencement Ségur vague 2 doivent intégrer des fonctionnalités de prescription informatisée des actes et des médicaments et d'aide à la décision médicale (donc des LAP). Les logiciels de facturation, de gestion financière et de comptabilité ne sont toutefois pas éligibles au référencement Ségur.

Les objectifs fixés ont vocation à inciter les médecins à se saisir des services socles développés par les pouvoirs publics. La cible pour 2026 de 30 % des documents déposés dans le DMP est identique à celle fixée pour cet indicateur en 2024 dans le cadre de l'ancien forfait structure, ce qui ne transpose pas les objectifs d'augmentation du taux d'alimentation du DMP définis dans la feuille de route du numérique en santé 2023-2027 (250 M de documents de santé alimentés dans MES par les professionnels fin 2023, 400 M de documents fin 2026).

Par ailleurs, aucun objectif n'est fixé aux médecins relativement à l'usage de l'application carte Vitale, et l'objectif relatif à l'usage de la messagerie sécurisée de MES ne comporte aucun critère intensif.

Enfin, le montant maximal que les médecins peuvent percevoir en application de la dotation numérique est de 2 940 euros, ce qui correspond, pour un médecin généraliste libéral à 2,1 % du montant moyen des honoraires annuels versés par l'Assurance maladie (hors majoration)[37].

Jusqu'au 30 juin 2025, une aide conventionnelle incitait financièrement les médecins libéraux à structurer leurs dossiers patients. Un forfait valorisait l'élaboration par le médecin de volets de synthèse médicale pour sa patientèle en affection longue durée, alimentant le DMP (article 29 de la convention médicale entre la Cnam et les médecins libéraux de 2024).

Les établissements de santé sont également incités financièrement à s'équiper avec des outils numériques. Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) pour les établissements de santé intègre notamment comme indicateur le taux d'alimentation du DMP en lettre de liaison de sortie. De plus, des critères relatifs au numérique ont été ajoutés au référentiel de certification des établissements de santé pour le sixième cycle, en application depuis septembre 2025. Ces critères portent notamment sur l'usage de télésanté par l'établissement pour améliorer le parcours du patient et l'utilisation des outils technologiques innovants sans finalité médicale, en particulier ceux faisant appel à l'IA, pour améliorer l'organisation de l'établissement.

2.1.2. La spécialité, l'âge et le sexe influencent davantage les usages numériques que l'exercice en zone sous-dense, les femmes généralistes et les pédiatres libéraux se distinguant par les niveaux d'usage les plus élevés

La présente sous-partie s'intéresse aux données disponibles sur les usages des outils numériques, qu'ils aient ou non pour objectif principal de permettre une optimisation du temps médical disponible. L'enjeu est de dresser une vision globale des usages numériques des médecins, avant d'inviter à évaluer plus précisément les outils de nature à avoir des effets sur le temps médical.

[37] Montant moyen de 140 266 € par an, calculé à partir des données du SNDS (cf. annexe III).

Des différences d'usage existent entre les spécialités médicales, pour des outils pourtant destinés à l'ensemble des médecins. Les données exploitées dans cette sous-partie ne concernent que les médecins libéraux, la mission n'ayant pas récupéré de données pour les médecins exerçant dans un établissement de santé. La comparaison des usages inter-spécialités se concentre uniquement sur neuf spécialités retenues par la mission : médecins généralistes, anesthésistes-réanimateurs, cardiologues, chirurgiens, dermatologues, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres.

Les différences entre spécialités dans le recours à la télétransmission des feuilles de soin tendent à s'estomper. Le forfait structure fixait comme indicateur socle le fait pour un médecin d'avoir un taux de télétransmission supérieur ou égal à deux tiers de l'ensemble des feuilles de soins émises. Si la télétransmission a principalement un effet sur les patients qui ne doivent désormais plus envoyer eux-mêmes leurs feuilles de soins, elle fluidifie les relations des médecins avec la Cnam, leur permet d'avoir moins de documents papiers à stocker et favorise un règlement plus rapide des actes et consultations réalisés[38].

La part de médecin atteignant l'objectif de télétransmission croît pour l'ensemble des spécialités considérées entre 2019 et 2022 (cf. tableau 15). Ce pourcentage est supérieur à 80 % pour l'ensemble des spécialités considérées en 2025, à l'exception des psychiatres (79,2 %). Les généralistes (à 92,6 %) et les pédiatres (à 91,5 %) sont les catégories de médecins qui atteignent le plus cet objectif.

Tableau 15 : Pourcentage de médecins qui atteignent l'objectif de télétransmission des feuilles de soins requis pour bénéficier du forfait structure, par spécialité

Spécialité	2019	2022	2025
Anesthésie-réanimation	79,3 %	78,6 %	80,5 %
Cardiologie	83,0 %	84,4 %	85,5 %
Chirurgie	73,3 %	77,0 %	81,1 %
Dermatologie	87,6 %	88,9 %	88,5 %
Gynécologie	83,9 %	86,2 %	87,0 %
Médecin généraliste	93,0 %	93,2 %	92,6 %
Ophtalmologie	88,2 %	89,7 %	88,6 %
Pédiatrie	91,1 %	92,1 %	91,5 %
Psychiatrie	76,9 %	78,3 %	79,2 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

Le taux de télétransmission moyen est relativement constant entre 2019 et 2025 et s'établit à un plus de 90 % des feuilles de soins émises pour toutes les spécialités considérées (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Taux de télétransmission moyen, par spécialité

Spécialité	2019	2022	2025
Anesthésie-réanimation	94,1 %	93,4 %	94,7 %
Cardiologie	94 %	94,2 %	93,5 %
Chirurgie	91,9 %	91,6 %	91,6 %
Dermatologie	94,0 %	95,0 %	94,0 %
Gynécologie	93,7 %	93,8 %	92,1 %
Médecin généraliste	93,1 %	94,1 %	91,8 %
Ophtalmologie	93,3 %	94,8 %	95,0 %
Pédiatrie	93,6 %	94,0 %	90,6 %
Psychiatrie	94,0 %	92,6 %	91,1 %

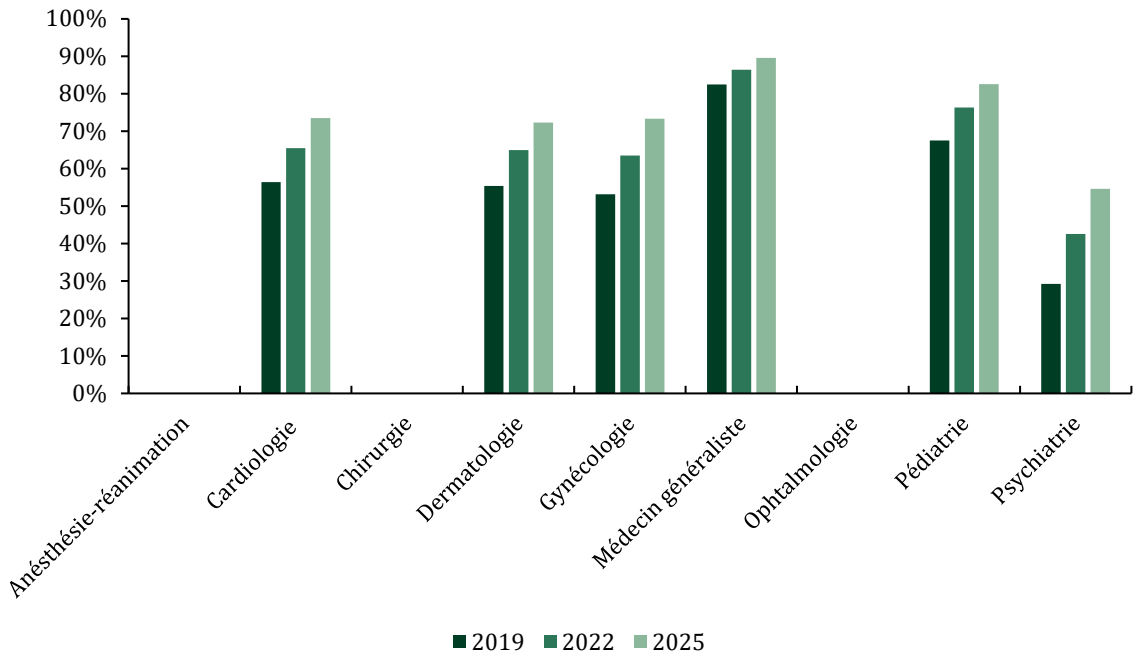
Source : Mission à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

[38] Site de la Cnam, « *Les avantages de la télétransmission* », 16 décembre 2025. Consulté le 24 juin 2026.

Ces chiffres ne convergent pas complètement avec les données du GIE Sesam-Vitale concernant la facturation Sesam-Vitale[39]. Le nombre de professionnels de santé ayant facturé via la carte Vitale croît (395 094 en décembre 2022 et 414 816 en décembre 2024) pour s'établir fin 2024 à 72,5 % de la population de référence. Alors que 77 % des médecins généralistes ont recours à la télétransmission, ce chiffre s'élève à 56 % pour les spécialistes. Cette différence peut notamment s'expliquer par le fait que l'analyse du GIE Sesam-Vitale porte sur l'intégration d'une offre plus large de services que la Cnam.

Le recours au LAP certifiés par la HAS a progressé depuis 2019 mais dépend fortement de la spécialité d'exercice (cf. graphique 1). Au sein des spécialités étudiées par la mission, aucun anesthésiste-réanimateur, aucun chirurgien ni aucun ophtalmologue ne dispose d'un LAP certifié par la HAS selon les données d'octroi du forfait structure (). Pour les autres spécialités, le nombre de médecins disposant d'un tel logiciel croît entre 2019 et 2025. Cette progression est limitée pour les généralistes qui disposent dès 2019 à 82,5 % d'un LAP en 2019. Les généralistes sont les médecins qui disposent le plus d'un LAP certifié par la HAS (89,6 % en 2025), devant les pédiatres (82,6 % en 2025). Les cardiologues (73,5 %), les dermatologues (72,3 %) et les gynécologues (73,4 %) suivent la même tendance en termes d'équipement avec un LAP. En 2025, 2 862 médecins ont utilisé un LAP (ou une de ses versions précédentes) qui n'est pas certifié par la HAS.

Graphique 1 : Pourcentage de médecins disposant d'un LAP certifié par la HAS, par spécialité



Source : Mission à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

[39] GIE Sesam-Vitale, « *Étude de marché des entreprises du numérique en santé - 2024* ».

Des différences inter-spécialités s'observent concernant l'utilisation des téléservices de la Cnam. La majorité des généralistes et des pédiatres utilisent le service de déclaration médecin traitant (DMT). Cette proportion croît dans le temps, ce qui témoigne tant de l'appropriation de ce service par les médecins à qui s'adressent à ces services, que des marges de progression existantes (cf. tableau 17). Cette situation s'explique en pratique par la régularité du suivi assuré par les généralistes et les pédiatres, bien que tout médecin, spécialiste ou médecin généraliste, puisse être médecin traitant (article 18-2 de la convention médicale de 2024). Le taux moyen d'utilisation du DMT pour l'ensemble des généralistes est de 72,4 % et de 71,3 % pour les pédiatres.

Tableau 17 : Pourcentage de médecins utilisant le service de déclaration médecin traitant (DMT), par spécialité

Spécialité	2019	2022	2025
Anesthésie-réanimation	0,3 %	0,7 %	1,3 %
Cardiologie	3,0 %	3,8 %	4,0 %
Chirurgie	0,6 %	1,1 %	1,6 %
Dermatologie	1,9 %	3,7 %	3,9 %
Gynécologie	2,4 %	3,2 %	4,1 %
Médecin généraliste	56,8 %	65,7 %	74,5 %
Ophtalmologie	0,5 %	0,7 %	1,3 %
Pédiatrie	54,5 %	62,7 %	67,9 %
Psychiatrie	2,1 %	2,9 %	3,4 %

Source : Mission à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

Les médecins généralistes sont également la catégorie de médecins qui recourent le plus au service d'élaboration de protocoles de soins électronique. 80,4 % des généralistes ont utilisé ce service en 2025, contre 52,1 % des pédiatres, 40,9 % des psychiatres et 23,3 % des gynécologues.

Le nombre de médecins ayant affiché sur le site Annuaire Santé leurs horaires de consultation n'est pas renseigné pour 2025 dans les données transmises par la Cnam, alors même que cet indicateur était un prérequis pour bénéficier du forfait structure. Les données étaient disponibles pour les années 2019 et 2022. Cet indicateur n'est plus requis dans le cadre de la nouvelle dotation numérique.

Des différences inter-spécialités s'observent également dans le recours à l'ordonnance numérique (cf. tableau 18). Si la Cnam fixait comme objectif la généralisation de l'ordonnance numérique au plus tard au 31 décembre 2024 pour la médecine de ville et son application progressive aux actes prescrits en établissements et délivrés en ville, le taux d'usage moyen de ce téléservice demeure limité. Les généralistes et les pédiatres constituent les catégories de médecins l'utilisant le plus mais la part d'utilisateurs n'excède pas 36,7 % pour la médecine générale. Les médecins utilisant ce téléservice l'utilisent pour réaliser la majorité de leurs prescriptions. La vague 2 du Ségur du numérique a notamment pour objectif d'accélérer la généralisation de l'ordonnance numérique en ville.

Tableau 18 : Taux moyen d'usage de l'ordonnance numérique, par spécialité, en 2025

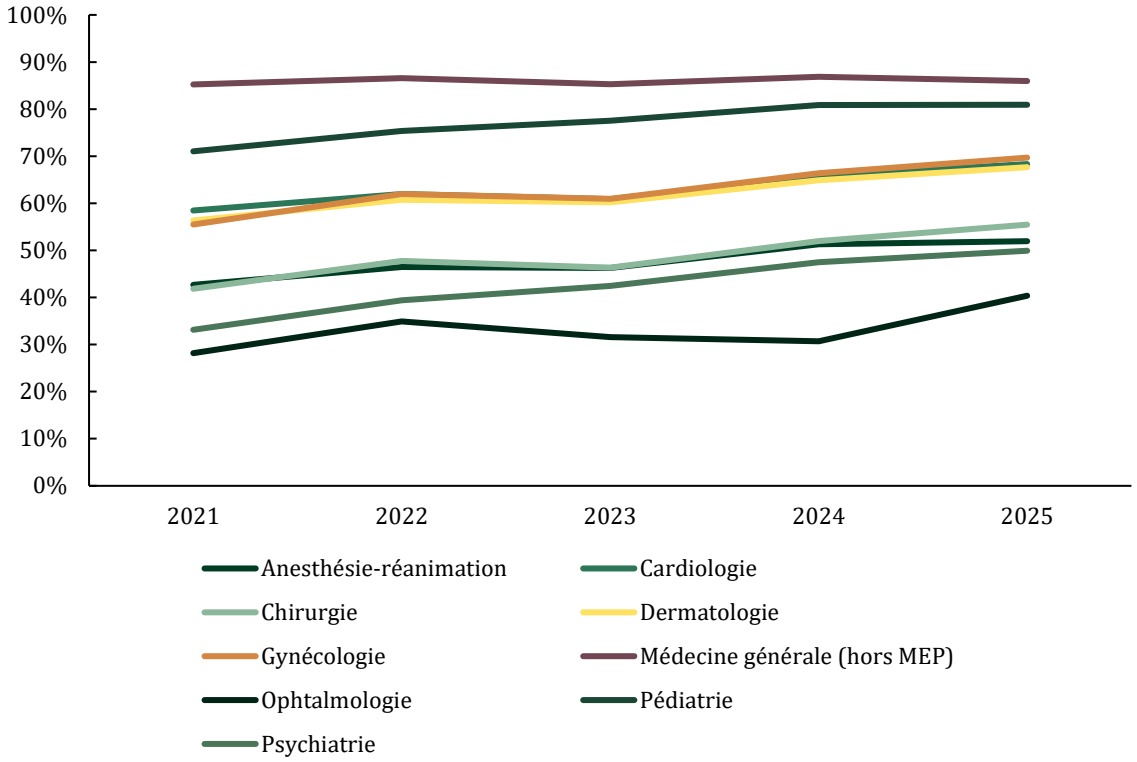
Spécialité	Part de médecins utilisant l'e-prescription	Taux d'usage moyen des médecins utilisant l'e-prescription	Taux d'usage de l'ensemble des médecins
Anesthésie-réanimation	0,3 %	66,2 %	0,3 %
Cardiologie	9,7 %	74,1 %	8,1 %
Chirurgie	2,8 %	70,4 %	2,4 %
Dermatologie	9,2 %	73,0 %	8,0 %
Gynécologie	13,5 %	79,5 %	11,7 %
Médecine générale	36,9 %	71,4 %	29,3 %
Ophtalmologie	< 0,1 %	51,2 %	< 0,1 %
Pédiatrie	31,1 %	65,8 %	22,8 %
Psychiatrie	24,2 %	82,1 %	21,0 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

Les différences dans l'usage des outils numériques entre spécialités sont à mettre en lien avec les aides à l'équipement versées par la Cnam aux médecins (cf. graphique 2)[40]. La proportion de médecins d'une même spécialité ayant reçu une aide à l'équipement numérique a augmenté depuis 2021, pour atteindre en 2025 près de la moitié des médecins concernée dans chaque spécialité (40,37 % en ophtalmologie et 49,92 % en psychiatrie). Les médecins généralistes constituent la catégorie pour laquelle le nombre de médecins recevant une aide conventionnelle est la plus importante (85,97 % en 2025), devant les pédiatres (80,92 %).

[40] Les données utilisées par la mission sont issues du SNDS. Le périmètre retenu comprend les aides suivantes : forfait structure, aide financière à l'interopérabilité avec le DMP, forfait participation à la télétransmission, aide démarrage télétransmission, aide à la maintenance de la télétransmission, aide portable télétransmission, forfait structure centres de santé, forfait d'incitation forfaitaire à la numérisation et à la transmission, aide outil de mise à jour. Le périmètre de certaines de ces aides demeure floue, en l'absence de précision apportée par la Cnam.

Graphique 2 : Part des médecins ayant reçu une aide à l'équipement numérique versée par la Cnam, par spécialité



Source : Mission, à partir des données du SNDS.

Le montant médian des aides perçues varie peu selon la spécialité d'exercice (cf. tableau 19). Les médecins généralistes sont ceux qui reçoivent le montant le plus important d'aide numérique, sur l'ensemble de la période (5 022,50 euros en 2025) devant les pédiatres (4 235,00 euros). Ces montants indiquent une tendance à l'absence d'atteinte de l'ensemble des indicateurs de l'ancien forfait structure (montant maximal de 7 805 euros).

Tableau 19 : Montant médian des aides à l'équipement numérique perçues par les médecins, par spécialité (en euros)

Spécialité	2021	2022	2023	2024	2025
Anesthésie-réanimation	3 850,00	3 640,00	3 766,00	3 675,00	3 920,00
Cardiologie	3 325,00	3 640,00	3 815,00	3 815,00	3 832,50
Chirurgie	3 640,00	3 640,00	3 797,50	3 657,50	3 640,00
Dermatologie	2 800,00	3 150,00	3 325,00	3 430,00	3 430,00
Gynécologie	3 491,20	3 640,00	3 990,00	3 937,50	3 990,00
Médecine générale (hors MEP)	4 322,50	4 753,00	4 788,00	4 742,50	5 022,50
Ophtalmologie	2 450,00	2 800,00	3 276,00	3 132,50	3 027,50
Pédiatrie	3 640,00	3 909,50	4 011,00	3 990,00	4 235,00
Psychiatrie	2 817,50	3 381,00	3 489,50	3 482,50	3 587,50

Source : Mission, à partir des données du SNDS.

Les effets respectifs de l'âge et du sexe sur l'usage des outils numériques sont ambivalents. L'exploitation des données de la Cnam sous-tendant le versement du forfait structure révèle que les femmes sont plus nombreuses à disposer d'un LAP que les hommes, et que l'écart se creuse dans le temps (cf. tableau 20). Les chiffres pour l'année 2019 et 2022 sont à prendre avec des précautions en raison du nombre de praticiens pour lesquels la donnée relative au sexe n'est pas disponible (respectivement 36 445 et 18 034 médecins). Les femmes médecins libérales conventionnées disposent ainsi plus de LAP certifiés et de logiciels référencés Ségur. Avec les données disponibles et du fait de la féminisation, il n'est toutefois pas possible de distinguer cet effet de celui du rajeunissement des effectifs de médecins.

Tableau 20 : Pourcentage de médecins libéraux conventionnés disposant d'un LAP certifié par la HAS, par sexe, en 2025

Sexe	2019	2022	2025
Femmes	57,1 %	76,2 %	78,1 %
Hommes	58,1 %	59,8 %	61,2 %
N.D.	73,1 %	59,8 %	32,7 %

Source : Mission, à partir des données du forfait structure.

S. Drapala, M. Cassou et C. Franc suggèrent l'existence d'un effet de l'âge du médecin sur l'appropriation des outils numériques[41]. Ils formulent l'hypothèse que l'adoption des avancées technologiques (ex : la télémédecine) peut conduire à des écarts de productivité entre les générations de médecins, mais également à des différences intra-cohortes en raison de leur possible adoption plus importante ou efficacité accrue au sein des cohortes plus récentes, pouvant accroître la production de ces cohortes.

Le fait pour un médecin d'exercer dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) a par ailleurs un effet limité sur l'équipement et l'usage d'outils numériques.

Ainsi, toutes spécialités étudiées confondues, en 2025, 81,0 % des médecins exerçant en ZIP ou en QPV disposent d'un LAP, contre 75,7 % pour ceux n'exerçant pas dans ces territoires. Par ailleurs, 83,3 % des médecins exerçant en ZIP ou en QPV sont équipés de logiciels référencés Ségur, contre 81,6 % pour les médecins n'exerçant pas dans ces zones. L'exercice en zone sous-dense est peu lié en première analyse au degré d'usage des services socles de l'État. Le taux moyen d'usage du DMP est de 26,1 % pour les médecins exerçant en zone sous-dense contre 24, 4 % pour les médecins n'exerçant pas dans ces zones. Le taux moyen d'usage de la messagerie de MES entre les professionnels de santé et le patient est de 1,2 % pour les médecins exerçant en ZIP ou en QPV contre 1,1 % pour les médecins n'y exerçant pas.

Pour préciser l'ensemble de ces résultats, dans l'objectif de mieux comprendre quelles sont les catégories de médecins libéraux recourant plus ou moins aux outils numériques, il conviendrait de mener une analyse approfondie des taux d'équipement et d'usage en croisant les différentes variables relevées ci-dessus.

[41] S. Drapala, M. Cassou et C. France, « *Evolution of self-employed physician production: Cohort, career-course, and feminization effects* », 2026.

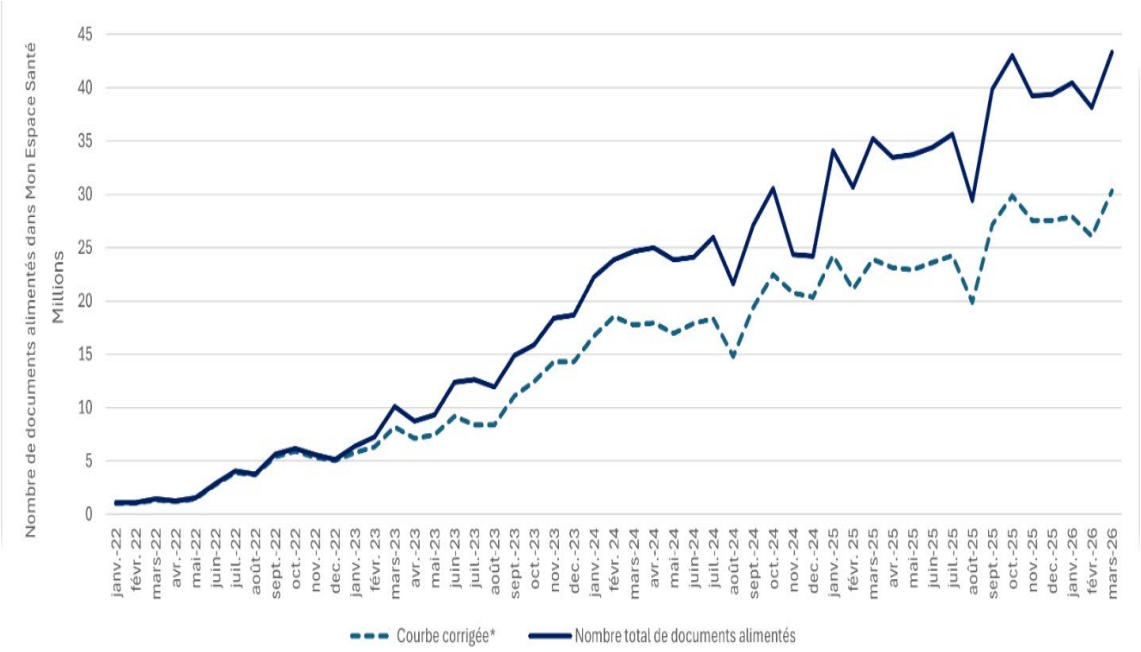
2.1.3. Malgré une progression de leur appropriation, le DMP et les messageries sécurisées de santé demeurent insuffisamment mobilisés en médecine de ville, avec des écarts importants entre spécialités

Selon les données d'usage relatives aux partages et aux échanges de données de santé, le recours aux services socles développés par l'État progresse, de même que l'interopérabilité entre outils publics et privés. Les chiffres mobilisés sont issus de la page « transparence » de l'ANS[42] et du rapport trimestriel Transparence édité par l'ANS[43].

Les mises à jour financées dans le cadre du Ségur numérique ont permis d'équiper 70 % des structures et professionnels de santé de logiciels interopérables[44]. L'un des enjeux principaux du développement de l'interopérabilité est d'augmenter l'usage du DMP par les professionnels de santé, que ce soit en consultation des documents qui y sont stockés, ou en alimentation en documents produits lors des différentes étapes du parcours de soin du patient.

Entre janvier 2024 et septembre 2025, le nombre de documents de santé produits dans le cadre d'une prise en charge et déposé sur le DMP a doublé (cf. graphique 3). **En avril 2026, plus d'un document de santé sur deux est déposé dans le DMP**. Ce chiffre inclut l'ensemble des documents de santé produits, non uniquement ceux émis par des médecins.

Graphique 3 : Nombre de documents déposés dans le DMP



Source : ANS, « Les chiffres clés des partages et échanges de données de santé », consulté le 21 mai 2026. Note de lecture : La courbe en pointillée, dite « courbe corrigée », supprime le biais lié à des pratiques d'alimentation en doublon de MES par certains émetteurs.

La mission a toutefois constaté des différences dans les pratiques d'alimentation du DMP selon les modalités d'exercice du médecin.

---

[42] Site de l'ANS, « *Les chiffres clés des partages et échanges de données de santé* », consulté le 21 mai 2026. https://esante.gouv.fr/segur/transparence

[43] Ministère de la Santé, ANS, Assurance Maladie, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Mon espace santé, Ségur numérique, DNS, « Rapport trimestriel Transparence T4 2025 », avril 2026.

[44] Site de l'ANS, « *Les chiffres clés des partages et échanges de données de santé* », consulté le 21 mai 2026. https://esante.gouv.fr/segur/transparence

Si 54,6 % des médecins libéraux alimentent le DMP dans le cadre de leur exercice, le taux moyen d'alimentation par les médecins libéraux conventionnés[45], de 20,6 % toutes spécialités confondues, reste en deçà des objectifs et faible pour certaines spécialités. Il a toutefois connu une forte croissance ces deux dernières années, puisqu'il était de 0,25 % en 2022.

Pour les spécialités du périmètre retenu par la mission[46] (cf. annexe III) le taux moyen de documents déposés sur le DMP a progressé entre 2022 (0,19 %) et 2025 (21,8 %), mais varie fortement selon les spécialités (cf. tableau 21) :

- les taux d'alimentation les plus importants (supérieur à 10 %) sont observés chez les généralistes et les spécialistes en pédiatrie, en gynécologie et en cardiologie ;
- les taux les plus faibles (0,2 %) sont observés chez les spécialistes en anesthésie-réanimation et en ophtalmologie.

Tableau 21 : Taux moyen d'alimentation du DMP, par spécialité

Spécialité	2022	2025
Anesthésie-réanimation	0,0 %	0,2 %
Cardiologie	0,2 %	12,8 %
Chirurgie	0,0 %	3,2 %
Dermatologie	0,1 %	9,5 %
Gynécologie	0,1 %	14,2 %
Médecine générale	0,3 %	30,9 %
Ophtalmologie	0,0 %	0,2 %
Pédiatrie	0,2 %	25,5 %
Psychiatrie	0,1 %	9,7 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

Toutes spécialités confondues, 26,7 % des médecins libéraux conventionnés atteignent l'objectif de 30 % de consultations donnant lieu au dépôt d'un document dans le DMP en 2025, fixé par la Cnam dans le cadre du forfait structure[47] (cf. tableau 22) :

- si les médecins généralistes constituent la catégorie de médecins avec le taux moyen de dépôt sur le DMP le plus élevé, ils ne sont que 40 % à déposer plus de 30 % des documents qu'ils produisent sur le DMP ;
- les pédiatres constituent la spécialité étudiée dont plus de 20 % des médecins atteignent l'objectif d'utilisation du DMP (pour 31 % d'entre eux), tandis que quatre autres (cardiologie, gynécologie, dermatologie et psychiatrie) dépassent les 10 % de praticiens atteignant l'objectif ;
- moins de 1 % des médecins des spécialités d'anesthésie-réanimation et d'ophtalmologie atteignent l'objectif.

[45] Le taux d'alimentation du DMP calcule le pourcentage de consultations donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP. Il est calculé de la manière suivante : nombre de fois où les DMP sont alimentés par le médecin durant la période d'observation/nombre de contacts avec les patients (nombre de fois où les patients sont vus par le médecin sur la période d'observation).

[46] A savoir les médecins généralistes, les chirurgiens, et sept spécialités.

[47] Indicateur facultatif dont le respect ne conditionne pas la possibilité de bénéficier de l'aide mais permet d'augmenter son montant.

Tableau 22 : Atteinte de l'objectif de dépôt de 30 % des documents produits sur le DMP, par spécialité, en 2025

Spécialité	Pourcentage de médecins ayant atteint l'objectif	Pourcentage de médecins n'ayant pas atteint l'objectif
Anesthésie-réanimation	0,2 %	99,8 %
Cardiologie	16,7 %	83,3 %
Chirurgie	4,0 %	96,0 %
Dermatologie	13,5 %	86,5 %
Gynécologie	17,6 %	82,4 %
Médecin généraliste	40,0 %	60,0 %
Ophtalmologie	0,3 %	99,7 %
Pédiatrie	31,4 %	68,6 %
Psychiatrie	13,5 %	86,5 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

La mission a procédé à une évaluation de la proportion de prescriptions réalisées par les médecins en ville déposées sur le DMP, à partir des dernières données publiques accessibles et des données de la Cnam.

Pour réaliser son estimation, la mission considère que les médecins sont responsables de la majorité de ces prescriptions, bien qu'un droit de prescription encadré ait été accordé à d'autres professionnels de santé.

En 2024, les données de la Cnam indiquent que les médecins libéraux conventionnés ont généré 282,8 M de prescriptions de produits de santé. Par ailleurs, en 2024, 69,5 M de prescriptions de produits de santé ont été déposées dans le DMP (cf. graphique 4), soit **un taux de dépôt des prescriptions réalisées par les médecins de ville en 2024 de 24,6 %.** L'hypothèse d'un taux d'équipement des médecins libéraux en logiciel permettant d'alimenter le DMP ne paraît par ailleurs pas suffisante pour expliquer le faible taux d'alimentation des prescriptions réalisées. La mission estime en effet, à partir des données de la Cnam, que 74,9 % des médecins libéraux conventionnés et contractualisant avec la Cnam au titre du forfait structure, disposent d'un logiciel référencé Ségur, ce qui suppose qu'ils soient compatibles avec le DMP.

La mission a procédé à une estimation similaire concernant le taux de dépôt des lettres de sortie produites par les médecins hospitaliers. En janvier 2025, les professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé sont responsables de 67 % des téléversements dans le DMP.

La DNS estime que 4,09 millions de lettres de liaison et comptes-rendus d'hospitalisation ont été versés dans MES pour 5,4 millions de séjours, soit un taux de dépôt de 75,7 %[48]. Ce chiffre traduit une progression depuis 2024, période pour laquelle la Cour des comptes estimait que 62 % du nombre total de ces lettres faisaient l'objet d'un dépôt dans le DMP[49]. L'objectif fixé étant d'atteindre 90 % des séjours conduisant au partage de ces lettres dans MES, certains séjours n'ayant pas vocation à donner lieu à la production d'une lettre de liaison.

En avril 2026, 1,3 millions de lettres de sortie ont été déposées dans MES, ce qui représente 4,8 % de l'ensemble des documents déposés sur la période. Ce chiffre peut être rapporté à un proxy du nombre moyen de séjour hospitalier par mois, à partir du nombre estimé de 5,4 millions de séjours hospitaliers par semestre. La mission estime ainsi que 72 % des lettres de sortie émises en avril 2026 ont fait l'objet d'un dépôt sur MES.

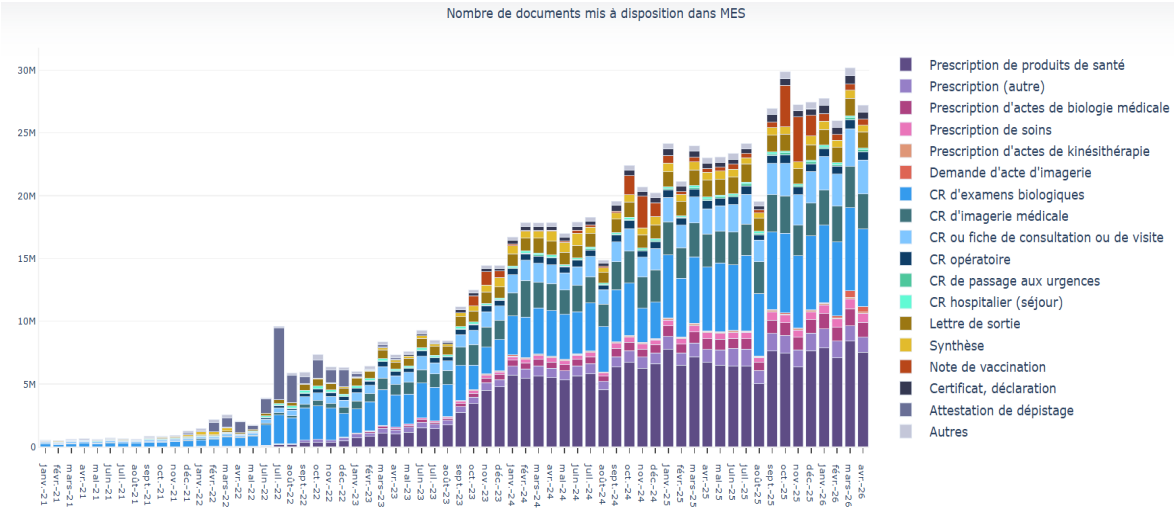
[48] DNS, « Rapport trimestriel Transparence T4 2025 », avril 2026.

[49] Cour des comptes, « *Le bon usage des produits de santé* », septembre 2025.

1,3 millions de comptes-rendus de passage aux urgences ont été déposés sur MES en 2025. Si l'on fait l'hypothèse le nombre annuel de passage aux urgences estimé à 20,8 millions par la Drees pour l'ensemble du territoire (hors Mayotte)[50] est stable en 2025, et que chaque passage aux urgences donne lieu à la production d'un compte-rendu, la mission estime à environ 6,4 % le taux de dépôt des comptes-rendus de passage aux urgences en 2025.

L'absence de données sur le nombre global d'opérations par an ne permet pas d'évaluer le taux de dépôt des comptes-rendus opératoires sur MES.

Graphique 4 : Types et nombre de documents mis à disposition dans Mon espace santé



Source : ANS, « Les chiffres clés des partages et échanges de données de santé », consulté le 21 mai 2026.

L'alimentation généralisée du DMP constitue un prérequis nécessaire pour envisager des gains de temps pour les professionnels de santé : recherche rapide des informations médicales de leur patient, coordination des soins renforcée entre la ville et l'hôpital permettant d'éviter la prescription d'actes inutiles. Or, malgré la généralisation progressive des logiciels métiers compatibles avec le DMP et les incitations financières accordées aux médecins, notamment *via* le forfait structure, le niveau moyen d'alimentation du DMP demeure limité alors même que l'article L. 1111-15 du CSP prévoit une obligation légale pour les professionnels de santé de déposer un certain nombre de documents dans le DMP[51].

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 prévoyait l'instauration d'une sanction pour les médecins n'atteignant pas un seuil minimum d'alimentation, calculé sur la base des volumes d'activité et des volumes de documents attendus dans MES et adapté en fonction de la spécialité, du mode et du lieu d'exercice et de la proportion de patients refusant l'alimentation de leur DMP. Une procédure contradictoire était par ailleurs prévue en cas de manquement du praticien, la pénalité d'un montant maximal de 2,5 k€ par manquement constaté (dans la limite 'un plafond annuel de 10 k€) ne devenant applicable que dans un second temps si le praticien ne pouvait justifier de l'impossibilité de remplir le DMP. Le PLFSS instaurait également une sanction pour les structures ne permettant pas aux professionnels y exerçant d'alimenter le DMP.

Le dispositif de sanction pour défaut d'alimentation du DMP par les professionnels de santé a été censuré par le Conseil constitutionnel, en tant que « cavalier social », sans que celui-ci ne se prononce sur la conformité à la constitutionnalité de cette mesure sur le fond[52].

---

[50] Drees, « *Enquête Urgences 2023* », 2 mars 2023 et mise à jour le 16 mars 2023.

[51] Arrêté du 23 mai 2024 modifiant l'annexe de l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

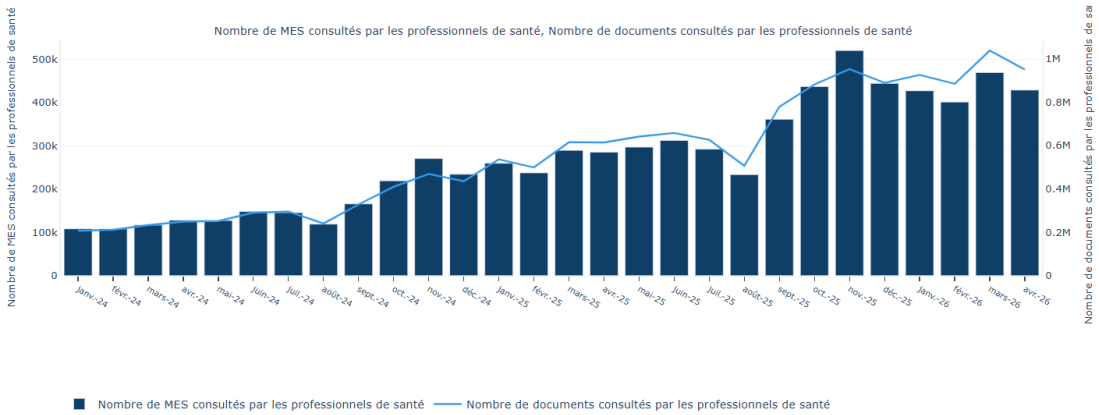
[52] Décision, n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025, LFSS pour 2026.

La mise en place, par le décret n° 2026-153 du 3 mars 2026 relatif aux sanctions mentionnées au III de l'article L. 1470-6 du code de la santé publique, de pénalités financières à l'encontre des éditeurs de services numériques en santé ne respectant pas les référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique, devrait permettre de garantir que les médecins ne soient pas sanctionnés lorsque l'impossibilité d'alimenter le DMP résulte de défaillances techniques imputables aux logiciels qu'ils utilisent.

<u>Proposition</u> : Renforcer les incitations à l'alimentation du DMP en intégrant l'indicateur de taux d'usage du numérique en santé en tant qu'indicateur socle de la dotation numérique ou en instaurant un mécanisme de sanction sur la base de l'obligation légale d'alimentation.

La progression du nombre de documents déposés sur MES s'accompagne de la progression du nombre de documents consultés par les professionnels de santé (cf. graphique 5).

Graphique 5 : Nombre d'espaces de santé et de documents consultés par les professionnels de santé



<u>Source</u> : ANS, « Les chiffres clés des partages et échanges de données de santé », consulté le 21 mai 2026.

Plusieurs interlocuteurs médecins rencontrés par la mission ont par ailleurs souligné leur difficulté à accéder à des informations synthétiques ou spécifiques sur le DMP des patients. La DNS et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) envisagent de développer de nouvelles fonctionnalités de tri des documents et à la possibilité d'intégrer un moteur de recherche et une IA capable de générer des synthèses de l'ensemble des documents disponibles.

Interrogés par la mission sur les outils dont ils disposaient et ceux dont ils souhaiteraient disposer, les médecins spécialistes libéraux ont, en dehors des outils de prise de rendez-vous et de transcription, mis en avant le dossier patient et les recueils de données préalable aux consultations (cf. tableau 23).

Tableau 23 : Usages déclarés des outils numériques par les médecins libéraux spécialistes

À quels outils numériques avez-vous recours ?	Nombre de répondants	En %
Aide à la décision clinique ou à la prescription	141	11 %
Dictée vocale / transcription / génération documentaire	320	25 %
Dossier patient / partage d'information	780	61 %
Prise de rendez-vous / gestion du planning	1 037	81 %
Questionnaires ou recueil de données avant consultation	240	19 %
Autre	35	3 %
Aucun	105	8 %
Je ne sais pas	8	1 %
Total général	**1 283**	**100 %**

Source : Mission à partir de l'enquête nationale auprès des médecins spécialistes libéraux.

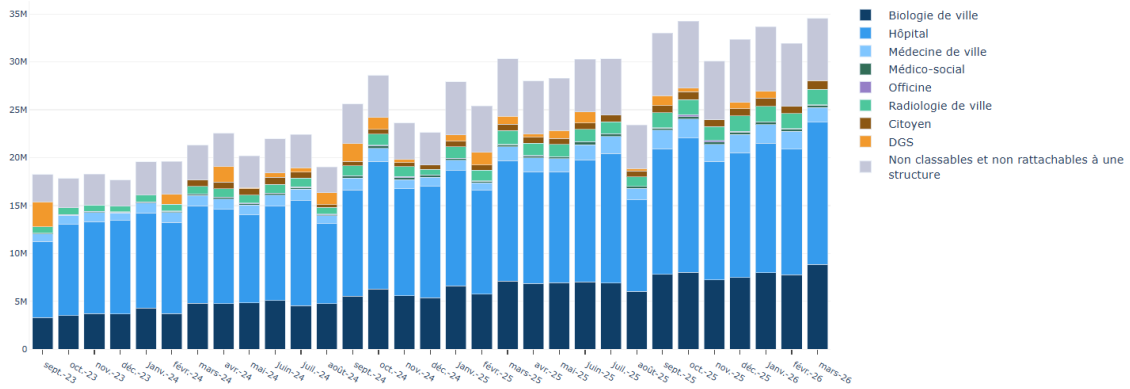
26 % d'entre eux ont par ailleurs estimé que le recueil de données avant consultation leur ferait gagner du temps s'ils en bénéficiaient et 19 % ont émis le même avis s'agissant du dossier patient.

L'utilisation des MSSanté, pensées pour renforcer la coordination des soins et le lien entre les médecins exerçant en ville et en établissement de santé, progresse (cf. graphique 6). L'ANS explique cette progression par l'évolution des logiciels métiers pour permettre l'envoi automatique par MSSanté des documents au moment de leur production dans le cadre du Ségur. L'intégration des MSSanté à un nombre croissant de logiciels métiers ainsi permis de résoudre « l'effet de réseau ».

Les hôpitaux émettent un nombre supérieur de messages (14 855 067 messages, soit 45 % du nombre total de message émis en avril 2026) que les médecins de ville (1 508 805 messages, soit 4,57 % du total des messages émis sur la période) et les radiologues de ville (1 580 022 messages, soit 4,79 % du total).

Le nombre limité de messages émis par les patients (0,27 % du nombre total de messages émis sur la période) s'explique notamment par l'impossibilité pour un patient d'initier un échange avec un médecin ne lui ayant pas déjà envoyé un message.

Graphique 6 : Nombre de messages émis par les Messageries sécurisées de santé



Source : ANS, « Les chiffres clés des partages et échanges de données de santé », consulté le 21 mai 2026.

Le taux d'usage[53] de la messagerie de santé MES entre professionnels de santé et patients par les médecins libéraux conventionnés a progressé depuis 2022, mais demeure limité. Toutes spécialités confondues (y compris celles non comprises dans l'analyse), le taux moyen d'utilisation de la MSSanté était de 0,3 % en 2022 et s'élève à 1,5 % en 2025. Ce taux d'usage varie très fortement selon les spécialités d'exercice (cf. tableau 24). Des grandes différences existent intra-spécialités existent, selon que les médecins utilisent cette messagerie ou non, ce dernier cas représentant la majorité des situations.

Tableau 24 : Taux moyen d'usage de la messagerie de santé MES entre professionnels de santé et patients, par spécialité, en 2025

Spécialité	Part de médecins utilisant la messagerie	Taux d'usage moyen des médecins utilisant la messagerie	Taux d'usage de l'ensemble des médecins
Anesthésie-réanimation	0,4 %	50,0 %	0,22 %
Cardiologie	6,8 %	47,0 %	3,38 %
Chirurgie	4,4 %	52,7 %	2,42 %
Dermatologie	2,2 %	31,5 %	0,78 %
Gynécologie	2,5 %	42,4 %	1,15 %
Médecine générale	2,2 %	38,4 %	0,90 %
Ophtalmologie	1,2 %	36,3 %	0,47 %
Pédiatrie	2,6 %	31,9 %	0,92 %
Psychiatrie	0,8 %	22,9 %	0,23 %

Source : Mission, à partir des données de la Cnam sur le forfait structure.

2.1.4. Le recours à la téléconsultation diminue après une phase haute lors de la crise sanitaire

L'exploitation des données du SNDS (cf. annexe I) permet de documenter l'usage de la télémédecine par les médecins libéraux conventionnés. La mission n'a pas récupéré de données concernant la mobilisation de ces outils dans les établissements de santé.

Le recours à la téléconsultation peut constituer un levier d'optimisation du temps médical. La téléconsultation peut notamment permettre des consultations plus rapides concernant des cas peu complexes ou pour des consultations récurrentes.

Si la majorité des téléconsultations sont assurées par des généralistes, l'écart avec les spécialistes tend à se résorber. Les données mettent en exergue deux phénomènes (cf. tableau 25) :

- la diminution générale du pourcentage de médecins réalisant des téléconsultations depuis 2021 et la sortie de la crise sanitaire ;
- des différences inter-spécialités dans le recours à la téléconsultation.

En 2025, les généralistes constituent la catégorie de médecins réalisant le plus de téléconsultations (44,55 %), devant les psychiatres (29,74 %), les gynécologues (26,80 %), les pédiatres (20,61 %) et les dermatologues (16,98 %).

La feuille de route du numérique en santé 2023-2027 fixe comme objectif d'atteindre 35 % de taux d'appropriation des téléconsultations par les médecins libéraux d'ici fin 2025.

[53] Le taux d'usage de la messagerie de santé MES entre médecins et patients calcule le pourcentage de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de santé de MES.

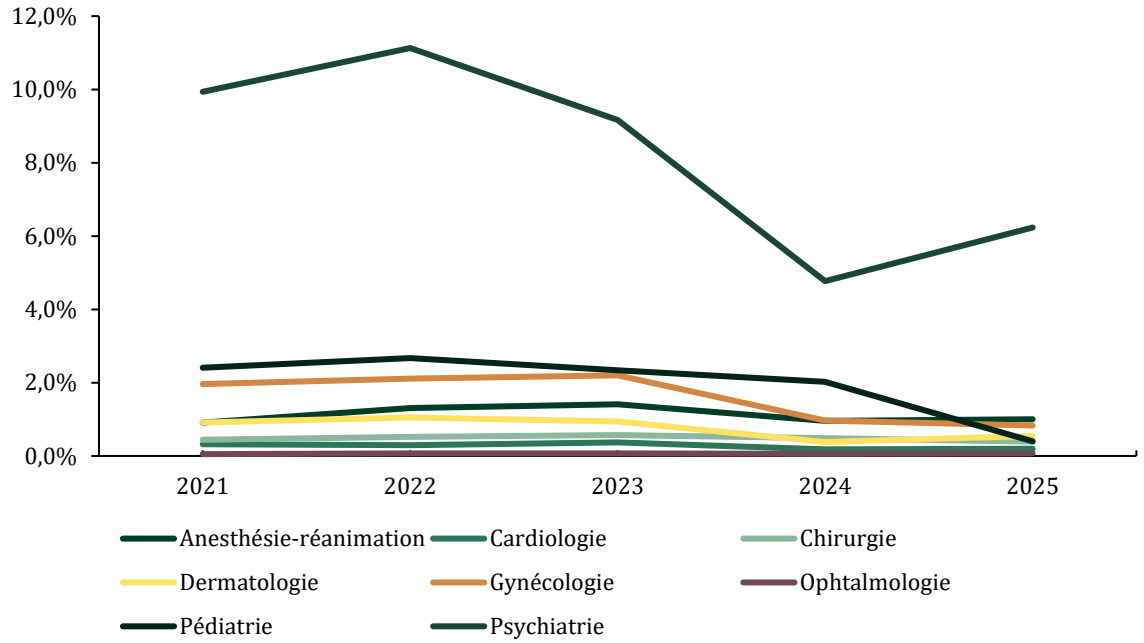
Tableau 25 : Pourcentage de médecins ayant réalisé au moins une téléconsultation dans l'année, par spécialité

Spécialité	2021	2022	2023	2024	2025
Anesthésie-réanimation	17,42 %	16,69 %	16,06 %	15,09 %	15,63 %
Cardiologie	13,80 %	11,14 %	9,62 %	6,56 %	4,16 %
Chirurgie	15,84 %	13,47 %	12,25 %	10,69 %	9,31 %
Dermatologie	36,63 %	30,36 %	27,54 %	21,56 %	16,98 %
Gynécologie	34,81 %	33,86 %	34,41 %	29,14 %	26,80 %
Médecine générale (hors MEP)	68,98 %	55,46 %	45,90 %	44,41 %	44,55 %
Ophtalmologie	4,51 %	3,49 %	3,73 %	2,85 %	2,30 %
Pédiatrie	53,80 %	48,83 %	45,00 %	44,89 %	20,61 %
Psychiatrie	50,40 %	49,68 %	48,96 %	38,74 %	29,74 %

Source : Mission, à partir de données du SNDS.

L'analyse de la part médiane de l'activité (tous actes et consultations compris) réalisée en téléconsultation sur l'ensemble de l'activité des médecins des spécialités étudiées confirme l'existence de différences entre les médecins spécialistes (cf. graphique 7). Les psychiatres sont les spécialistes étudiés pour lesquels la téléconsultation représente la plus grande partie de leur activité. C'est également l'une des spécialités pour laquelle elle est envisageable régulièrement, la tenue d'une consultation régulière avec le patient étant partie intégrante du soin.

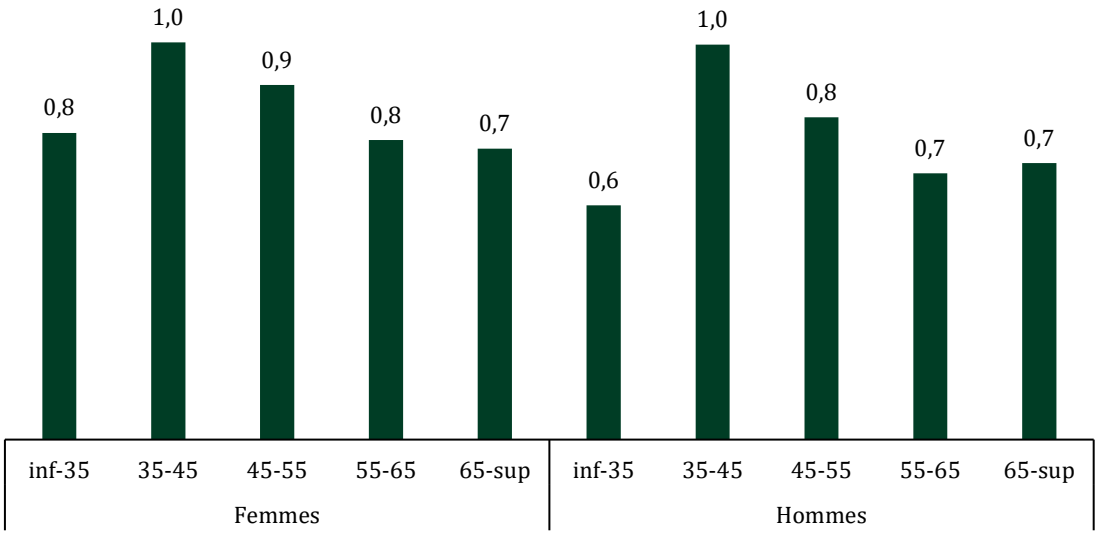
Graphique 7 : Part médiane d'activité des médecins réalisée en téléconsultation sur l'ensemble de leur activité, par spécialité hors médecins généralistes (en pourcentage)



Source : Mission, à partir de données du SNDS.

Le sexe et l'âge ont un effet limité sur la part médiane que représente la téléconsultation sur la part totale de l'activité des médecins (cf. graphique 8). Les courbes de recours à la téléconsultation suivent globalement les mêmes tendances pour les femmes et les hommes. Les femmes recourent tendanciellement davantage à la téléconsultation que les hommes. La téléconsultation représente une part plus importante de l'activité des femmes de moins de 35 ans (0,77 %) que des hommes de la même catégorie d'âge (0,58 %). L'écart s'inverse pour les femmes de plus de 65 ans (0,59 %) et les hommes (0,70 %).

Graphique 8 : Part médiane d'activité consacrée par les médecins à la téléconsultation sur leur activité totale, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



Source : Mission, à partir des données du SNDS.

Le territoire d'exercice joue sur la part médiane d'activité des médecins réalisée en téléconsultation (cf. tableau 26). L'effet du territoire dans l'appropriation des outils numériques est appréhendé à travers l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)[54]. Il mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à l'échelon communal. L'indicateur correspond au nombre de consultations de médecin généraliste disponibles par habitant et par an, en moyenne communale.

Les données ne sont pas exploitables pour des raisons de secret statistique pour la tranche de médecins de six spécialités sur neuf dont l'APL est inférieur à 2. La part médiane de la téléconsultation dans l'activité des médecins tend à être maximisée pour ceux exerçant dans une commune dont l'APL se situe entre 2 et 3, pour l'ensemble des spécialités étudiées, à l'exception des gynécologues. La part médiane représentée par la téléconsultation dans l'activité totale des médecins tend ainsi à croître en même temps que la densité médicale avant de décroître pour les zones les plus denses.

Tableau 26 : Part médiane d'activité des médecins réalisée en téléconsultation selon la spécialité et l'APL, en 2025 (en pourcentage)

Spécialité	<2	2-3	3-4	>4
Anesthésie-réanimation	N.A.	4,8 %	0,6 %	0,9 %
Cardiologie	N.A.	0,6 %	0,2 %	0,1 %
Chirurgie	N.A.	0,5 %	0,4 %	0,4 %
Dermatologie	N.A.	0,7 %	0,2 %	0,6 %
Gynécologie	1,1 %	0,8 %	1,3 %	0,7 %
Médecine générale (hors MEP)	2,7 %	2,2 %	1,7 %	2,4 %
Ophtalmologie	N.A.	N.A.	0,1 %	0,1 %
Pédiatrie	N.A.	1,0 %	0,2 %	0,4 %
Psychiatrie	2,4 %	7,4 %	5,4 %	6,4 %

Source : Mission, à partir des données du SNDS. Légende : Non applicable (N.A.).

[54] Indicateur présentée en annexe I.

La mission a également étudié les déterminants du recours à la télé-expertise. **Le recours à la téléexpertise varie également selon le profil socio-démographique, sans toutefois suivre les mêmes tendances.** Si le pourcentage de médecins ayant répondu au moins une fois dans l'année à une demande de téléexpertise a cru depuis 2021, des différences inter-spécialités importantes persistent (cf. tableau 27) :

- les dermatologues représentent la population de médecins réalisant le plus de téléexpertise depuis 2021, avec une croissance importante du nombre de dermatologues ayant réalisé au moins un acte de téléexpertise depuis 2021 (de 2,76 % à 36,09 % en 2025) ;
- pour certaines spécialités, plus de 10 % des praticiens ont répondu au moins une fois à une demande de téléexpertise en 2025 : les pédiatres, les cardiologues, les gynécologues et les chirurgiens ;
- le nombre de praticiens pratiquant la téléexpertise en 2025 demeure résiduel pour d'autres spécialités : les psychiatres (4,06 %), les ophtalmologues (3,68 %) et les anesthésistes-réanimateurs (0,22 %), seule spécialité étudiée pour laquelle le nombre trop limité d'actes de téléexpertise effectué ne permet pas de disposer de données sur le nombre d'actes de téléexpertise effectués, ni sur la part moyenne et la part médiane que représente la téléexpertise dans leur activité.

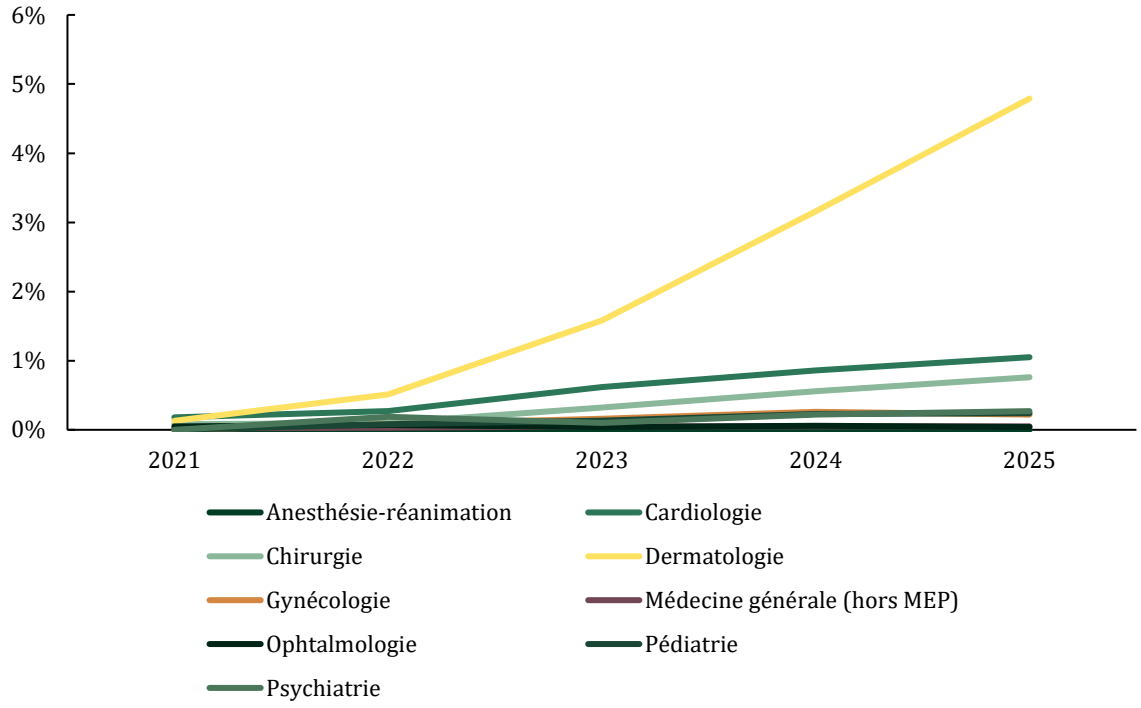
Tableau 27 : Pourcentage de médecins ayant réalisé au moins un acte de téléexpertise dans l'année, par spécialité

Spécialité	2021	2022	2023	2024	2025
Anesthésie-réanimation	0,03 %	0,03 %	0,03 %	0,28 %	0,22 %
Cardiologie	1,89 %	5,60 %	11,36 %	15,65 %	18,22 %
Chirurgie	0,25 %	1,21 %	4,41 %	8,12 %	11,31 %
Dermatologie	2,76 %	10,59 %	22,48 %	29,96 %	36,09 %
Gynécologie	0,19 %	1,21 %	4,90 %	8,39 %	12,77 %
Médecine générale (hors MEP)	0,05 %	0,71 %	2,50 %	5,02 %	6,38 %
Ophtalmologie	0,39 %	1,52 %	2,73 %	3,28 %	3,68 %
Pédiatrie	0,12 %	2,54 %	8,86 %	14,27 %	18,81 %
Psychiatrie	0,04 %	0,33 %	1,50 %	2,67 %	4,06 %

Source : Mission, à partir de données du SNDS.

L'analyse de la part médiane des réponses aux demandes de téléexpertise dans l'activité globale des médecins, mesurée comme le rapport entre le nombre total de réponses à des demandes de téléexpertise sur l'ensemble des actes et consultations réalisés en une année, confirme l'existence de disparités entre les spécialités (cf. graphique 9), avec un usage plus développé en dermatologie, et un développement pour les généralistes et les chirurgiens.

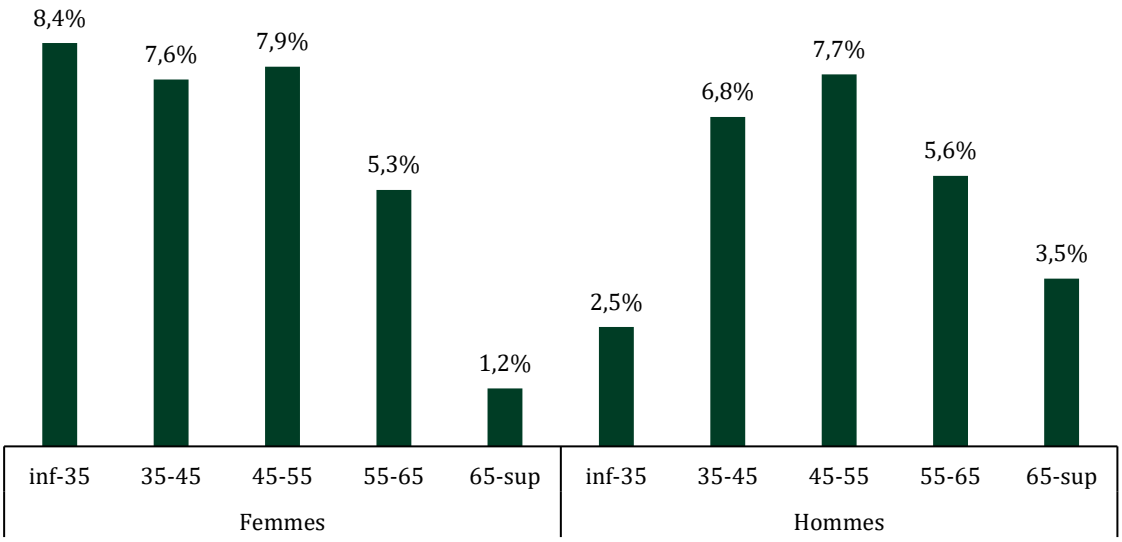
Graphique 9 : Part médiane des réponses aux demandes de téléexpertise sur l'ensemble de l'activité des médecins, par spécialité



Source : Mission, à partir de données du SNDS.

Pour l'ensemble des spécialités étudiées, l'effet de l'âge sur la part médiane des réponses aux demandes de téléexpertise diffère entre les femmes et les hommes (cf. graphique 10). Elle est de 8,4 % pour les femmes de moins de 35 ans alors qu'elle est de 2,5 % pour les hommes. Elle représente 1,2 % de l'activité des femmes et 3,5 % de l'activité des hommes de plus de 65 ans

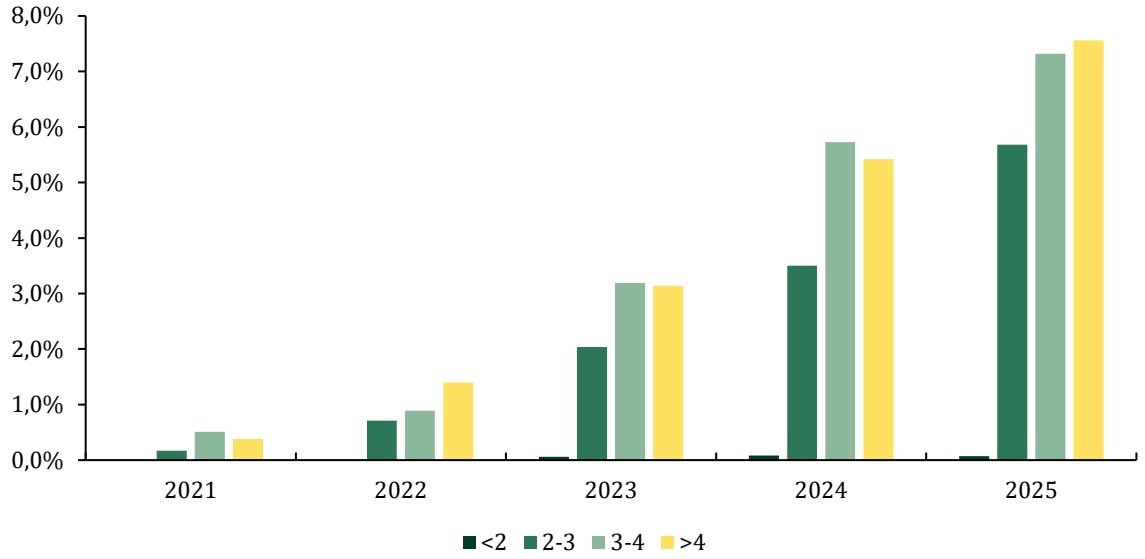
Graphique 10 : Part médiane d'activité consacrée par les médecins à la réponse de demandes de téléexpertise sur leur activité totale, selon le sexe et l'âge, en 2025 (en pourcentage)



Source : Mission, à partir des données du SNDS.

La part médiane de l'activité constituée d'actes de téléexpertise a progressé pour l'ensemble des médecins des spécialités étudiées, quel que soit le territoire d'exercice principal (cf. graphique 11). La part médiane demeure résiduelle pour les médecins exerçant dans une commune dont l'APL est inférieur à 2. Cela s'explique notamment par le fait que ce chiffre est non applicable pour un nombre important de spécialités (huit sur neuf en 2025).

Graphique 11 : Part médiane de la réponse à des demandes de téléexpertise pour l'ensemble des médecins, de 2021 à 2025 (en pourcentage)



Source : Mission, à partir des données du SNDS.

L'effet du territoire principal d'exercice sur la part de l'activité constituée d'actes de téléexpertise est ambivalent (cf. tableau 28). Pour des raisons de secret statistiques, les données ne sont pas exploitables pour la tranche de médecins ayant un APL inférieur à 2, pour huit spécialités sur neuf. L'effet du territoire d'exercice dépend des spécialités étudiées :

- la part médiane de la réponse à des demandes de téléexpertise sur l'ensemble de l'activité croît avec la densité médicale et est maximale pour les communes où l'APL est supérieur à 4 pour les cardiologues, les chirurgiens, les ophtalmologues, les pédiatres et les psychiatres, avec des tendances différentes pour les tranches d'APL intermédiaires ;
- elle est maximale pour la tranche d'APL 2-3 pour les gynécologues ;
- elle est maximale pour la tranche d'APL 3-4 pour les dermatologues.

Tableau 28 : Part médiane de la réponse à des demandes de téléexpertise sur l'ensemble de l'activité des selon la spécialité et l'APL, en 2025 (en pourcentage)

Spécialité	<2	2-3	3-4	>4
Anesthésie-réanimation	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Cardiologie	N.A.	0,3 %	1,0 %	1,1 %
Chirurgie	N.A.	0,4 %	0,3 %	0,9 %
Dermatologie	N.A.	3,9 %	5,3 %	4,7 %
Gynécologie	N.A.	0,6 %	0,2 %	0,2 %
Médecine générale (hors médecins à exercice particulier)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Ophtalmologie	N.A.	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Pédiatrie	N.A.	0,1 %	0,2 %	0,3 %
Psychiatrie	N.A.	0,2 %	0,2 %	0,3 %

Source : Mission, à partir des données du SNDS. Légende : Non applicable (N.A.).

Les facteurs différenciants dans la formulation de demandes de téléexpertise se distinguent de ceux mis en exergue concernant la réponse à ces demandes (cf. tableau 29). Il convient de noter que les données utilisées ne prennent en compte que les demandes de téléexpertise facturées à la Cnam, et non les échanges informels entre médecins. Les généralistes sont les médecins dont le nombre de membres formulant des demandes de téléexpertise est le plus important (0,01 % en 2021 et 50,11 % en 2025 de généralistes ayant formulé au moins une demande de téléexpertise dans l'année), devant les pédiatres et les dermatologues. La médecine générale comme la pédiatrie, en raison de leur rôle de soins de premiers recours, se prêtent particulièrement au fait de poser des questions aux spécialistes compétents, avant d'orienter éventuellement leurs patients vers ces médecins. Le profil des « médecins requérants » n'est ainsi pas le même que celui des « médecins requis ».

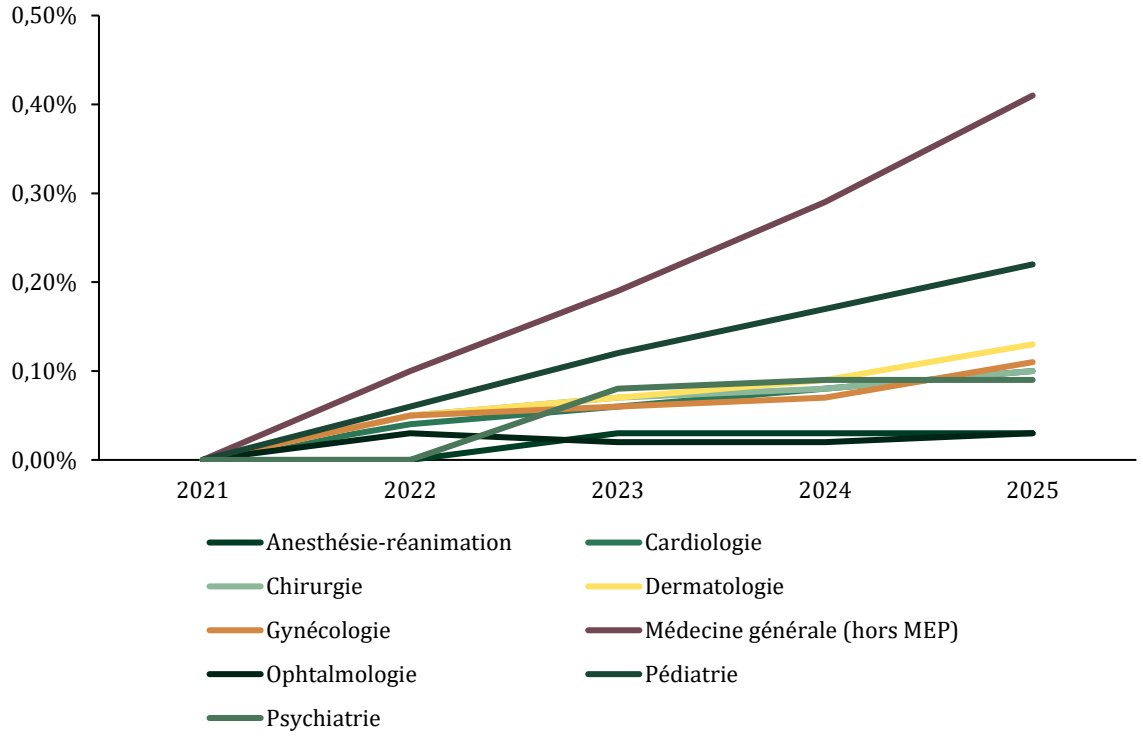
Tableau 29 : Pourcentage de médecins ayant réalisé au moins une demande de téléexpertise dans l'année, par spécialité

Spécialité	2021	2022	2023	2024	2025
Anesthésie-réanimation	N.A.	N.A.	0,51 %	0,83 %	1,06 %
Cardiologie	N.A.	0,58 %	2,47 %	4,67 %	6,58 %
Chirurgie	N.A.	0,30 %	1,03 %	2,20 %	2,90 %
Dermatologie	N.A.	2,43 %	8,47 %	14,98 %	20,37 %
Gynécologie	N.A.	0,46 %	2,60 %	5,77 %	10,55 %
Médecine générale (hors MEP)	N.A.	11,18 %	27,95 %	40,89 %	50,11 %
Ophtalmologie	N.A.	0,30 %	0,65 %	0,78 %	0,98 %
Pédiatrie	N.A.	3,55 %	11,53 %	19,87 %	29,64 %
Psychiatrie	N.A.	0,09 %	0,66 %	1,36 %	2,10 %

Source : Mission, à partir de données du SNDS.

La formulation de demandes de téléexpertise représente une part limitée de l'activité des médecins mesurée par l'ensemble des actes et consultations réalisés (cf. graphique 12), en croissance sur cinq ans pour l'ensemble des spécialités à l'exception de l'ophtalmologie et de l'anesthésie-réanimation.

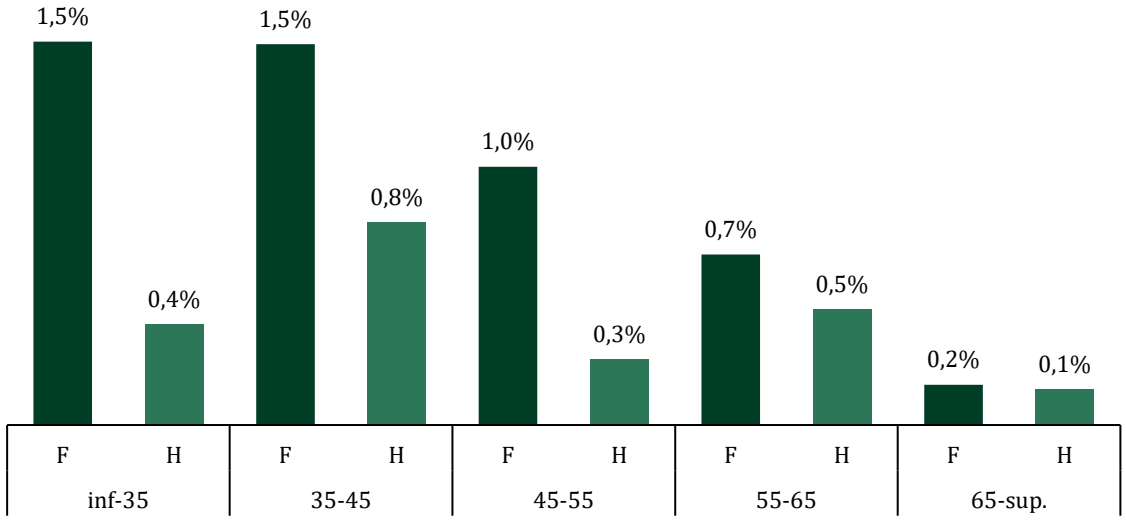
Graphique 12 : Part médiane de demandes de téléexpertise sur l'ensemble de l'activité des médecins, par spécialité



Source : Mission, à partir de données du SNDS.

Le sexe constitue un facteur différenciant dans la part que représente la formulation de demandes de téléexpertise sur l'ensemble de l'activité, pour l'ensemble des spécialités étudiées (cf. graphique 13). Si les courbes d'évolution suivant l'âge suivent les mêmes tendances, les demandes de téléexpertise occupent une part plus importante de l'activité des médecins femmes (part médiane en moyenne de 1,0 % pour les femmes contre 0,4 % pour les hommes).

Graphique 13 : Part médiane d'activité consacrée par les médecins à formuler de demandes de téléexpertise sur leur activité totale, selon le sexe et l'âge, en 2025



Source : Mission, à partir des données du SNDS.

Les médecins formulant le plus de demandes de téléexpertise exercent dans communes les plus denses médicalement (cf. tableau 30). Il convient de noter que seuls les médecins formulant au moins une demande de téléexpertise par an sont pris en compte pour calculer cette moyenne.

Tableau 30 : Nombre moyen de demandes de téléexpertise, par spécialité, en 2025

Spécialité	<2	2-3	3-4	>4
Anesthésie-réanimation	N.A.	0	0	9,6
Cardiologie	N.A.	6,9	33,3	25,7
Chirurgie	N.A.	0	13,8	19,2
Dermatologie	N.A.	19,7	31,6	32,3
Gynécologie	N.A.	13	21,1	20,9
Médecine générale (hors MEP)	60,3	72,7	79,7	81,7
Ophtalmologie	N.A.	0	0	18,3
Pédiatrie	N.A.	20,4	37,2	33,6
Psychiatrie	N.A.	0	8,2	47,9

Source : Mission, à partir des données du SNDS. Légende : Non applicable (N.A.).

2.2. Les gains de temps de travail permis par les outils numériques restent à évaluer

2.2.1. Les évaluations réalisées par les éditeurs de logiciels ne sont pas suffisamment objectivées et les retours de terrain demeurent limités

Les gains de temps que permettraient l'utilisation de leurs outils numériques constituent un argument commercial dans les discours des éditeurs de logiciels. Si les bénéfices en termes de performance et d'efficacité constituent des éléments récurrents des promesses de vente, certains éditeurs ciblent plus spécifiquement l'optimisation du temps de travail. Toutefois, à la connaissance de la mission, les données sur lesquelles reposent ces discours ne sont pas accessibles. À titre illustratif, les promesses commerciales suivantes peuvent être mentionnées :

- Doctolib valorise un « *élargissement de l'offre de soins grâce à la réduction de la charge administrative des soignants* », mesuré par le « *nombre de consultations de médecine générale ou pédiatrie potentiellement créées par an, grâce au temps libéré par Doctolib* » (1,4 M en de consultations créées en 2023, 2,7 M en 2024 avec l'objectif d'atteindre 3,5 M de consultations créées en 2025). Le rapport indique que « *les médecins généralistes et pédiatres* ont *gagné en moyenne 5h30 par semaine grâce à nos solutions, soit une heure de plus qu'en 2023* » et que la « *centralisation des échanges avec les patients a permis d'économiser environ 1 heure supplémentaire hebdomadaire* »[55]. La direction des affaires publiques de l'entreprise a indiqué à la mission que ces données sont fondées sur des questionnaires diffusés auprès des médecins utilisateurs ;
- la Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA) affirme que les solutions destinées par les éditeurs ont vocation à accompagner les médecins dans leurs pratiques quotidiennes, « *dans un souci constant de recherche de gain de temps et d'interaction avec les acteurs de l'écosystème sanitaire et sociale*[56] ».

Certains dispositifs ont fait l'objet d'évaluation qui ne portent toutefois pas sur leurs effets en termes d'optimisation du temps médical. L'évaluation de l'outil d'aide à la prescription d'antifongiques « Antifon-Clic », développé par les Hospices civils de Lyon, s'est concentrée sur sa pertinence clinique, sans analyser les éventuels gains de temps de travail associés à son utilisation[57]. De même, les travaux conduits par la Cour des comptes sur le déploiement de Mon espace santé et de l'ordonnance numérique portent principalement sur l'efficacité de ces dispositifs et sur l'adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mobilisés[58]. La Cour considère d'ailleurs que l'absence d'éléments d'évaluation socio-économique et d'étude d'impact préalable au déploiement du projet MES constitue « *une carence dans l'appréciation de [sa] valeur ajoutée*[59] ».

---

[55] Doctolib, « *Rapport d'impact 2025* ».

[56] Site de Feima, « *Missions et activités* ». Consulté le 1er juin 2026.

[57] AL. Bienvenu AL. Et *al.*, « *ANTIFON-CLIC®, a new clinical decision support system for the treatment of invasive aspergillosis: is it clinically relevant?* » Ann. Pharm. Fr., mai 2024.

[58] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, « Chapitre X – Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir », mai 2024 et Cour des comptes, « Le bon usage des produits de santé », septembre 2025.

[59] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, « Chapitre X – Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir », mai 2024.

Par ailleurs, les retours de terrain fournissent de premières indications sur les gains de temps susceptibles d'être associés à l'usage des outils numériques, mais ces éléments demeurent partiels et limités. La DNS, l'ANS et la Cnam ont mis en place une enquête de satisfaction du Ségur dans le cadre de l'opération « Sentinelle du Ségur du numérique en santé ». Si les résultats des trois vagues de mesures de satisfaction menées dans ce cadre ne sont pas publics, des éléments issus de l'enquête de satisfaction vague 1 ont donné lieu à l'intégration d'attendus dans la vague 2 concernant les médecins[60]. Ce dispositif concerne principalement la médecine de ville.

En juin 2024, la DNS a conclu un accord avec l'association 100000medecins.org pour « soutenir la transformation numérique de la médecine de ville[61] ». Ce site dédié à l'e-santé, fondé par un mouvement intersyndical de médecins libéraux, recense les avis des professionnels de santé utilisateurs et de l'intersyndicale sur différents logiciels de gestion de cabinet disponibles pour les médecins libéraux. Il propose de comparer différents logiciels sur la base de cinq critères[62] parmi lesquels ne figure pas explicitement le gain en temps médical. Les éditeurs peuvent demander à être référencés sur le site afin de faire connaître leurs solutions. 24 logiciels sont recensés à date. Le site proposera prochainement un recensement et des avis concernant les logiciels proposant les fonctionnalités de téléconsultation, d'agenda ainsi que les objets connectés proposés par certains éditeurs.

Par ailleurs, une enquête menée par l'union régionale des professionnels de santé d'Île-de-France met en exergue les difficultés à mesurer les effets du Ségur en termes de temps de travail[63]. Les effets perçus par les médecins interrogés diffèrent sensiblement selon le logiciel utilisé. En particulier, pour l'une des solutions, aucun utilisateur d'un des logiciels étudiés ne déclare de gain de temps, alors qu'à l'inverse, 48 % des utilisateurs d'un autre logiciel métier estiment bénéficier d'un gain de temps. La même polarisation s'observe concernant les pertes de temps ressenties : seuls 10 % des utilisateurs du logiciel le plus considéré comme permettant des gains de temps déclarent une perte de temps, contre 86 % des utilisateurs du logiciel considéré comme ne permettant aucun gain de temps. La note médiane attribuée par les médecins répondants à l'intérêt du Ségur numérique sur leur pratique professionnelle est de 4 sur 10.

Ces résultats sont à considérer avec précaution en raison du faible taux de réponse obtenu (343 médecins répondants dont 54 % de généralistes, 94,75 % de médecins âgés de plus de 35 ans). Ils invitent toutefois à initier un travail plus large de recueil des avis des professionnels de santé sur les gains de temps perçus lors de l'utilisation des différents outils numériques.

---

[60] Site de l'ANS, « *Le Sentinelle du Ségur du numérique en santé, on vous explique tout !* », 2 janvier 2024. Consulté le 3 juin 2026.

[61] DNS, Communique de presse, « *Un partenariat inédit entre la délégation au numérique en santé (DNS) et l'association 100000medecins.org pour soutenir la transformation numérique de la médecine de ville* », Paris, 18 juin 2024.

[62] Interface utilisateur, fonctionnalités, fiabilité, éditeur, rapport qualité/prix.

[63] Union régionale des professionnels de santé Île-de-France, « *Votre avis sur les logiciels Ségur : résultats d'enquête* », 11 juillet 2024.

2.2.2. Des éléments d'évaluation issus de la littérature internationale mettent en évidence des gains de temps potentiels ou perçus derrière l'usage de certains outils numériques, sans fournir de cadre d'analyse au niveau organisationnel qui permettrait de les transposer en France

La mission n'a identifié aucune étude académique française cherchant à évaluer les gains de temps médical potentiels permis par l'usage des outils numériques.

Hors études menées au niveau national, la littérature académique reste limitée. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) présente les outils numériques et l'intelligence artificielle comme un levier pour améliorer la productivité des professionnels[64]. Elle cite dans cette perspective une étude non académique estimant que jusqu'à 30 % des tâches administratives réalisées par le personnel médical pourraient être automatisées, au moins partiellement[65]. Plusieurs études académiques menées aux États-Unis constatent par ailleurs que les outils de documentation clinique peuvent réduire le temps passé dans le dossier et la charge administrative pesant sur les médecins.

Ainsi, une étude menée auprès de 144 médecins de différentes spécialités aux États-Unis, considère que l'utilisation d'un assistant de saisie (« *virtual scribe* ») pendant au moins trois mois est associée, en moyenne, à une diminution d'environ 5,6 minutes du temps total passé dans le dossier par consultation, et de 1,3 minute sur le temps de saisie de notes au cours d'une consultation[66]. Ces gains varient selon le profil du praticien : les spécialistes (- 7,8 minutes) et les médecins dont le temps de base consacré au remplissage du dossier patient était important, ont le plus bénéficié de la mise en place de cet outil. Ces résultats sont à manier avec précaution en raison de la taille réduite de l'échantillon et des biais possibles dans la sélection des médecins.

Des études portant sur les outils intégrant l'intelligence artificielle (IA) formulent des constats similaires. L'utilisation d'un outil de transcription assisté par IA pendant 30 jours est associée à une diminution significative du nombre de médecins se déclarant épuisés professionnellement (de 51,9 % à 38,8 %) et à un gain de temps déclaré de 10,8 minutes par jour[67]. Les médecins exerçant en ambulatoire, soumis à une lourde charge documentaire, rapportent les bénéfices les plus nets, ce qui améliore leur qualité de vie au travail et constitue un levier d'attractivité.

L'utilisation d'un outil d'IA de saisie automatique par 46 professionnels de santé exerçant en ambulatoire dans 17 spécialités à l'Université de Pennsylvanie, est associée à une réduction de 20,4 % du temps consacré à la rédaction des notes par consultation (de 10,3 à 8,2 minutes), à une augmentation de 9,3 % des consultations clôturées le jour même (de 66,2 % à 72,4 %) et à une réduction de 30,0 % du temps de travail après les heures de bureau par jour ouvré (de 50,6 à 35,4 minutes par jour ouvré). Les praticiens ont rapporté moins de charge mentale liée à la documentation et une plus grande disponibilité pour le patient.

Une étude menée à plus grande échelle, auprès de 125 médecins exerçant en ambulatoire pendant trois mois, confirme ces résultats[68]. Le temps médian alloué à l'alimentation du dossier patient électronique diminue de 2,0 minutes par rendez-vous et le temps de prise de notes de 0,5 minute. Aucun changement significatif n'a toutefois été observé sur le temps consacré à la documentation en dehors des heures de travail, la durée et le volume de consultations.

---

[64] OCDE, « *Health at a Glance : Europe 2024. State of Health in the EU Cycle* », novembre 2024.

[65] EIT Health; McKinsey & Company (2020), *Transforming healthcare with AI: The impact on the workforce and organizations.*

[66] L. Rotenstein et al., « *Virtual Scribes and Physician Time Spent on Electronic Health Records* », 2024.

[67] K. D. Olson et *al.*, « *Use of Ambient AI Scribes to Reduce Administrative Burden and Professional Burnout* », 2025.

[68] K. Pearlman, « *Use of an AI Scribe and Electronic Health Record Efficiency* », 2025.

Par ailleurs, les retours d'expérience soulignent souvent l'importance du ressenti qualitatif des médecins associés à l'utilisation de ces outils. Une étude menée à Stanford auprès de 48 médecins sur le déploiement d'un assistant fondé sur l'intelligence artificielle, dédié à la saisie automatique et au classement des dossiers administratifs des patients, souligne l'importance accordée par les praticiens à la possibilité de s'affranchir de l'écran afin de se recentrer sur l'échange avec le patient. Ces résultats indiquent que le principal avantage perçu réside dans la réduction du stress documentaire et l'amélioration de la relation médecin-patient.

Ces études, menées notamment à l'étranger, mettent en exergue des effets micro-organisationnels en termes d'amélioration de la qualité de vie au travail, variant selon le profil des médecins. L'analyse des effets macro-organisationnels (notamment sur l'augmentation de la capacité de consultation, en lien avec le recentrage du médecin sur l'interaction clinique) demeure limitée. Une limite réside également dans le fait que ces études concernent principalement les outils d'IA, qui ne constituent qu'une partie des solutions numériques mises à disposition des médecins. La portée de ces études doit être relativisée, dès lors qu'elles sont menées dans des contextes locaux déterminés et sur des échantillons de taille réduite. La réalisation d'évaluation à plus grande échelle, permettrait d'attester de la robustesse des relations causales mises en avant par ces études.

Certaines études relevées par la mission et issues de la littérature académique étrangère sur les outils d'aide au diagnostic médical livrent des pistes d'analyse complémentaires, sans se focaliser directement sur le temps médical disponible. À titre d'exemple, les effets d'un logiciel d'imagerie basé sur l'IA (« Stroke AI ») pour faciliter l'identification et la sélection des patients pouvant bénéficier du traitement de référence prescrits chez les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) a été évalué en Angleterre[69]. Cet outil d'aide à la téléexpertise permet aux médecins non-radiologues d'interpréter des images radiographiques et de partager ces images avec des médecins de premier recours et les équipes de prises en charge des AVC en temps réel. Si les chercheurs ne démontrent pas l'existence d'une relation causale, ils associent l'utilisation de ces logiciels à une réduction d'environ 64 minutes du délai de transfert vers un centre spécialisé, ce qui améliore significativement les résultats cliniques.

Des modèles d'IA fondés sur l'ADN (tuberculose) [70] ou le traitement automatique du langage[71], aident à détecter rapidement des pathologies et orienter les prises en charge précoces. Ces innovations sont surtout évaluées au regard d'indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge (temps jusqu'au diagnostic, gestion des flux de patients, amélioration clinique).

Les évaluations des outils numériques existants au regard de leurs effets en termes d'optimisation du temps médical disponible sont donc limitées. Les résultats de ces études s'inscrivent dans des contextes précis, en partie différents du contexte français, et n'évaluent pas les effets macro-organisationnels liés à des gains en termes de temps de travail au niveau individuel. Ces limites invitent à poursuivre les travaux publics d'évaluation des effets des outils numériques, en intégrant pleinement à l'analyse l'étude de leurs effets sur le temps médical disponible.

---

[69] K. Nagaratnam et *al.*, *The Lancet Digital*, « *Artificial intelligence imaging decision support for acute stroke treatment in England: a prospective observational study* », 2025.

[70] K. A. Horan et *al.*, « *Bringing tuberculosis genomics to the clinic: development and validation of a comprehensive pipeline to predict antimicrobial susceptibility from genomic data, accredited to ISO standards* », 2025.

[71] F. Xie et *al.*, « *Development and validation of a pre-trained language model for neonatal morbidities: a retrospective, multicentre, prognostic study* », 2025.

2.2.3. Les travaux d'évaluation doivent se poursuivre au niveau national, en intégrant l'étude des effets des outils numériques sur les gains de temps médical disponible en mobilisant les sources de données publiques et privées existantes

Les travaux d'évaluation menés par les pouvoirs publics doivent se poursuivre en intégrant une réflexion sur la contribution des outils numériques à l'optimisation du temps médical disponible. Le lancement de nouveaux chantiers d'évaluation pourrait ainsi servir de cadre à une analyse de l'impact de ces outils sur l'organisation et la disponibilité du temps médical. Ces travaux devront tenir compte du rythme de l'innovation dans le secteur du numérique en santé et de la rapidité d'évolution des outils, en commençant par les outils dont les usages sont les plus stabilisés.

Au moment de la mission, la DNS prépare une étude qui aura pour objectif de mesurer l'impact médico-économique réel de MES et qui sera menée en partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Ce travail aura notamment pour mission d'objectiver les effets du déploiement de MES sur le temps médical, de produire des données exploitables sur le sujet et de mettre en évidence les freins à l'usage et les limites structurelles existantes. De tels partenariats avec la recherche doivent être encouragés et poursuivis.

D'autres travaux d'évaluation en cours pourraient être enrichis en intégrant la réflexion sur l'optimisation du temps médical disponible à l'analyse :

- l'expérimentation visant à évaluer les économies générées par l'utilisation des services d'aide à la décision médicale (SADM) par les médecins et assortie de la possibilité pour la Cnam de contractualiser avec les éditeurs de logiciels afin de favoriser leur mobilisation (article 84 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026), pourrait être complétée par une analyse de l'optimisation du temps médical rendue possible par ces outils ;
- les expérimentations de solutions d'IA dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, soutenues par les appels à manifestation d'intérêt lancés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec l'appui de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap)[72], pourraient intégrer une évaluation spécifique de leur impact sur l'organisation des soins, la réduction des tâches administratives et l'optimisation du temps médical disponible ;
- le lancement de l'évaluation du rôle de la télésanté dans les parcours de santé prioritaires, prévue par la feuille de route du numérique en santé 2023-2027, pourrait permettre d'apprécier la contribution des usages gradués de la téléexpertise au sein de parcours structurés à l'amélioration de l'accès aux soins et à l'optimisation du temps médical ;
- les travaux menés par la HAS pourraient également constituer un terrain intéressant pour étudier les effets des outils numériques sur l'optimisation du temps médical disponible. La HAS a en effet pour mission d'« *évaluer les technologies de santé ; recommander les bonnes pratiques ; mesurer et améliorer la qualité et la sécurité des soins*[73] ». Si les évaluations ont pour objectif principal d'éclairer la décision de prendre en charge d'outils par la Cnam, la HAS souhaite « *construire de nouvelles démarches d'évaluation et d'accompagnement* » pour les actes sans prise en charge directe par la Cnam, ce cas de figure pouvant concerner les outils numériques faisant l'objet de la présente analyse. À ce stade, les travaux de la HAS sur les outils numériques se concentrent sur ceux mobilisant l'IA ;
- le travail de synthèse et de prospective réalisé par le Haut Conseil pour l'avenir de la Cnam (Hcaam) sur les outils d'IA disponibles dans le domaine de santé, pourrait également être enrichi d'une telle réflexion ;

[72] Anap, « *Intelligence Artificielle. Mesurer et soutenir son déploiement aux urgences et pour les plannings* ».

[73] HAS, « Numérique et intelligence artificielle à la HAS », 30 janvier 2026, Haute Autorité de Santé - Numérique et intelligence artificielle à la HAS.

- les travaux d'évaluation des outils numériques déployés dans le cadre des expérimentations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pourraient constituer le un terrain intéressant pour déployer une telle réflexion sur l'optimisation du temps médical disponible.

Ces évaluations pourraient s'appuyer sur les nombreuses sources de données déjà disponibles, publiques comme privées. La Cnam et le GIE Sesam-Vitale disposent d'un ensemble riche d'informations sur le déploiement et l'usage des outils numériques en santé, notamment de MES, du DMP, de l'ordonnance numérique et des téléservices. La Cnam recueille également des données relatives à l'équipement numérique des médecins libéraux et à leurs usages, dans le cadre du suivi des indicateurs conditionnant le versement du forfait structure puis de la dotation numérique, dont certaines ont été mobilisées dans la présente annexe.

Ces données constituent un socle précieux pour évaluer l'impact des outils numériques sur l'organisation des soins et le temps médical disponible. L'enjeu est désormais d'en faciliter l'accès et l'exploitation, notamment par les chercheurs, afin de favoriser leur croisement avec d'autres sources de données, notamment le panel des médecins généralistes de la Drees, et d'enrichir les analyses conduites par la Cnam.

Les éditeurs de logiciels disposent par ailleurs de données complémentaires aux sources publiques. Elles portent à la fois sur l'appropriation des outils numériques par les professionnels de santé et sur leurs effets potentiels en matière d'organisation des soins et de temps médical. Ces données, encore insuffisamment exploitées par les acteurs publics et académiques, pourraient contribuer à évaluer le déploiement des outils numériques, à suivre la mise en œuvre de la feuille de route du numérique en santé et à apprécier les effets des financements publics nationaux et régionaux accordés au secteur. Certaines données, notamment celles issues des agendas numériques, pourraient en outre être croisées avec les données d'activité et de facturation afin de mesurer plus finement le temps de travail des médecins et l'impact des outils numériques sur son évolution (cf. annexe I).

La réalisation d'évaluations portant véritablement sur les effets de ces outils sur le temps médical disponible suppose de définir des métriques uniformisées du temps de travail. Dès 2019, la HAS soulignait ainsi la nécessité de « *construire une matrice qui structurera une évaluation graduée des outils numériques*[74] ». Cela renforce la nécessité de construire une définition du temps médical utile aux patients et au système de santé.

Les chercheurs, notamment états-uniens, affirment que l'adoption de standards de mesure et de méthodologies communes apparaît indispensable pour évaluer et comparer les effets des innovations technologiques, notamment celles mobilisant l'IA, sur le système de santé[75]. Dans cette perspective, l'Association médicale américaine (« *The American Medical Association Joy in Medicine Recognition Program* ») recommande de considérer qu'une journée de travail dure huit heures, en incluant le temps de documentation clinique (remplissage des dossiers patients informatisés, réponse aux demandes reçues, etc.). Sur cette base, les chercheurs ont comparé, par spécialité, le nombre d'heures consacrées aux patients dans le cadre d'une semaine de travail de 40 heures. Cette approche permet d'estimer la part du temps dédiée aux tâches administratives et de mesurer les gains, souvent limités, apportés par des outils d'IA de transcription automatique, lesquels ne sauraient se substituer à une optimisation plus structurelle du temps médical via la réduction des charges administratives.

L'élaboration de conventions similaires au niveau national, sur la base de données objectivées, sera indispensable dans une optique d'évaluation de l'impact des outils numériques sur le temps médical.

---

[74] HAS, « Rapport d'analyse prospective 2019 : Numérique : quelle (R)évolution ? » 2019.

[75] K. D. Olson et *al.*, « *Use of Ambient AI Scribes to Reduce Administrative Burden and Professional Burnout* », 2025.

ANNEXE VI

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS MINISTÉRIELS 1

1.1. Cabinet du Premier ministre 1

1.2. Cabinet de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées 1

1.3. Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics 1

2. MINISTÈRES ET ADMINISTRATIONS 1

2.1. Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées ...1

2.1.1. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 1

2.1.2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2

2.1.3. Délégation au numérique en santé (DNS) 2

2.1.4. Inspection générale des affaires sociales (Igas) 2

2.2. Ministère de l'économie, des finances, de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique 2

2.2.1. Direction du budget 2

2.2.2. Direction générale du Trésor 2

2.2.3. Direction générale des finances publiques 3

2.3. Ministère des armées et des anciens combattants 3

2.3.1. Service de santé des armées 3

2.4. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) 3

2.5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) 3

2.6. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (Anap) 3

3. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM) 3

4. ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET LEURS REPRÉSENTANTS 4

4.1. Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) 4

4.1.1. Direction générale 4

4.1.2. Groupement hospitalo-universitaire de Saclay 4

4.2. Hospices civils de Lyon 4

4.3. Centre hospitalier de Tourcoing 5

4.4. Fédérations hospitalières 5

4.4.1. Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) 5

4.4.2. Fédération hospitalière française (FHF) 5

4.5. Conférences hospitalières 5

4.5.1. Conférence nationale des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires 5

4.5.2. Conférence nationale des directeurs généraux des centres hospitaliers 6

4.5.3. Conférence nationale des directeurs des affaires médicales d'Ile-de-France 6

9. AUTRES 10

9.1. Haute autorité de santé 10

9.2. Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) 10

9.3. GIE SESAM-Vitale 10

4.5.4. *Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier* 6

4.5.5. *Conférence des présidents des commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers universitaires* 6

4.5.6. *Conférence des doyennes et des doyens des facultés de médecine* 6

5. REPRÉSENTANTS DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES 7

5.1. Fédération des spécialités médicales (FSM) 7

5.2. Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire 7

5.3. Conseil national professionnel de pédiatrie 7

5.4. Conseil national professionnel de cardiologie 7

5.5. Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et de gynécologie médicale 7

6. ORGANISATIONS SYNDICALES ET ORGANISMES REPRÉSENTATIFS DES MÉDECINS 7

6.1. Conseil national de l'ordre des médecins 7

6.2. Avenir spé 7

6.3. Action praticiens hôpital 8

6.4. MG France 8

6.5. Jeunes médecins 8

6.6. Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF) 8

6.7. Alliance hôpital - Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (SNAM-HP) 8

6.8. Coordination médicale hospitalière (CMH) 8

6.9. Syndicat des médecins libéraux (SML) 8

6.10.. Intersyndicale Nationale des internes (ISNI) 8

6.11.. Intersyndicat national des praticiens hospitaliers 8

6.12.. Union régionale des médecins libéraux (URML) de Normandie 9

6.13.. SAMU-Urgences de France 9

7. ÉDITEURS DE LOGICIELS 9

7.1. Fédération des éditeurs d'informatique médicale (FEIMA) 9

7.2. Doctolib 9

8. ACTEURS DE LA RECHERCHE ACADÉMIQUE 9

8.1. Centre de recherche en économie et statistique (Crest) 9

8.2. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) 9

8.3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) 9

8.4. Observatoire régional de la santé (ORS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur 10

9. AUTRES 10
9.1. Haute autorité de santé 10
9.2. Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) 10
9.3. GIE SESAM-Vitale 10

1. Cabinets ministériels

1.1. Cabinet du Premier ministre

- Mme Cléa Bloch, conseillère auprès du directeur de cabinet ;
- M. Jean-Benoît Eymeoud, conseiller macroéconomie et politique publique ;
- M. Étienne Barraud, conseiller comptes sociaux ;
- M. Sébastien Delescluse, conseiller santé.

1.2. Cabinet de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

- M. Stéphane Mulliez, directeur de cabinet adjoint en charge de la santé ;
- Mme Jeanne Lanquetot-Moreno, directrice de cabinet adjointe en charge des comptes sociaux, de l'efficience et du médico-social ;
- M. Artus de Cormis, conseiller accès aux soins, premier recours et hôpital ;
- M. Jordan Challier, conseiller spécial, en charge de la formation, des compétences, de l'attractivité des métiers et du dialogue social.

1.3. Cabinet du ministre de l'action et des comptes publics

- M. Louis Nouaille-Degorce, conseiller chargé des comptes sociaux et des questions européennes.

2. Ministères et administrations

2.1. Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

2.1.1. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Marie Daudé, directrice générale ;
- Mme Clotilde Durand, cheffe de service, adjointe à la directrice générale ;
- M. Mickael Benzaqui, sous-directeur de l'accès aux soins et du premier recours ;
- M. Romain Bégué, sous-directeur des ressources humaines du système de santé ;
- M. Marc Reynier, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé ;
- M. Florian Bon, chef du bureau de l'accès territorial aux soins ;
- Mme Flore Henneresse, cheffe du bureau des personnels médicaux des établissements de santé (RH5) ;
- M. Hugo Chamaret, adjoint à la cheffe du bureau RH5.

2.1.2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

- M. Thomas Wanecq, directeur ;
- M. Benoit Ourliac, sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie ;
- M. Fanny Mikol, adjointe au sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie ;
- Mme Isabelle Leroux, cheffe du bureau des professions de santé ;
- M. Christophe Dixte, rédacteur.

2.1.3. Délégation au numérique en santé (DNS)

- M. David Sainati, délégué au numérique en santé ;
- Mme Sandra Malak, directrice de projet.

2.1.4. Inspection générale des affaires sociales (Igas)

- M. Mathias Albertone, membre de l'IGAS ;
- M. Yann-Gaël Amghar, membre de l'IGAS ;
- Mme Nadège Grataloup, membre de l'IGAS
- Mme Emmanuelle Michaud, membre de l'IGAS ;
- Mme Lucile Olier, membre de l'IGAS ;
- M. Thierry Paux, membre de l'IGAS.

2.2. Ministère de l'économie, des finances, de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique

2.2.1. Direction du budget

- Mme Élise Delaitre, sous-directrice budget des secteurs de la santé, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la solidarité et de l'insertion ;
- M. David Béthoux, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé ;
- Mme Clarisse Boquet, adjointe au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé ;
- M. Charles Toussaint, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé ;
- M. Pierre-Louis Pousse, adjoint au chef du bureau des comptes sociaux et de la santé.

2.2.2. Direction générale du Trésor

- M. Rémy Mathieu, adjoint à la sous-directrice des politiques sociales et de l'emploi ;
- M. Rémi Monin, chef du bureau de la santé et des comptes sociaux ;
- M. Damien Théry-Dupressoir, adjoint au chef du bureau de la santé et des comptes sociaux.

2.2.3. Direction générale des finances publiques

- M. Éric Barbier, chef du service des gestions publiques locales, des activités bancaires et économiques ;
- M. Cédric Dutruel, sous-directeur du conseil fiscal, financier et économique ;
- Mme Corinne Rassy, adjointe à la cheffe du bureau des affaires juridiques et institutionnelles locales et hospitalières ;
- Mme Séverine Fargeat-Lugnier, adjointe au chef du bureau des gestion et valorisation financières et fiscales locales et hospitalières ;
- Mme Anne Uteza, bureau des gestion et valorisation financières et fiscales locales et hospitalières.

2.3. Ministère des armées et des anciens combattants

2.3.1. Service de santé des armées

- M. Serges Crémades, directeur des hôpitaux des armées ;
- M. Didier Lanteri, directeur adjoint de la médecine des forces ;
- M. Samuel Girardot, sous-directeur des études et des politiques ressources humaines.

2.4. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

- M. Vladimir Passeron, chef du département de l'emploi et des revenus d'activité ;
- M. Lino Galiana, data scientist.

2.5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Mme Pauline Renaud, directrice demande accès traitements analyses ;
- Mme Caroline Revelin, directrice collecte des informations de gestion ;
- M. Alexis Grevel, directeur adjoint financement et analyse économique.

2.6. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux-sociaux (Anap)

- M. Matthieu Girier, directeur de la performance des ressources humaines ;
- M. Aurélien Pierre, expert ressources humaines ;
- Mme Marine Pradier.

3. Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)

- M. Thomas Fatome, directeur général ;
- M. Guillaume Couillard, directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins ;
- M. Emmanuel Gomez, directeur des services de la maîtrise d'ouvrage informatique ;
- Mme Typhaine Moguerou, responsable adjointe du département des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ;

- Mme Camille Peter, conseillère auprès du directeur général ;
- M. Grégoire de Lagasnerie, adjoint au directeur de la stratégie, des études et des statistiques ;
- M. Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soin ;
- Mme Laure Fernandez de Martini.

4. Établissements hospitaliers et leurs représentants

4.1. Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

4.1.1. Direction générale

- M. Nicolas Revel, directeur général ;
- M. Étienne Gayat, directeur général adjoint ;
- M. Emmanuel Raison, directeur des affaires médicales ;
- M. Kévin Marcombe, directeur adjoint des affaires médicales ;
- M. Raphaël Beaufret, directeur des services numériques ;
- M. Éric Mora, directeur de programme et responsable des systèmes d'information sur les ressources humaines ;

  M. Julien Gallaud, directeur du département statut et rémunération du personnel médical ;
- Mme Sandrine Houzé, membre de la CME.

4.1.2. Groupement hospitalo-universitaire de Saclay

- M. Mathieu Rebaudières, directeur des ressources médicales ;
- M. Arnaud Bernet, directeur des ressources médicales adjoint ;
- Mme Sophie Viane, responsable des ressources humaines médicales ;
- M. Emmanuel Bloch-Laine, chef du service d'accueil des urgences de l'hôpital Bicêtre ;
- Mme Véronique Molina, cheffe adjointe du service de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Mme Hélène Prigent, membre de la commission vie hospitalière locale ;
- Mme Nadia Anguel, présidente de la COPS ;
- Mme Céline Desconclois, vice-présidente de la COPS ;
- Mme Coralie Pallier, praticien hospitalier.

4.2. Hospices civils de Lyon

- M. Raymond Le Moign, directeur général ;
- M. Vincent Piriou, président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- Mme Aurélie Fontana, vice-présidente de la CME ;
- M. Francois Cotton, vice-président de la CME, achef du pôle d'imagerie ;
- Mme Fanny Fleurisson, directrice des affaires médicales ;
- Mme Anne-Gaelle Rigamonti, responsable du temps de travail médical ;

- Mme Aurélie Dossier, directrice des finances et de l'analyse de gestion ;
- M. Gilles Rode, doyen de la faculté de médecine Lyon Est ;
- M. Philippe Panarel, doyen de la faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud ;
- Mme Anne-Claire Lukaszewicz, cheffe de service d'anesthésie-réanimation ;
- Mme Hodane Yonis, cheffe adjointe de service de médecine intensive et réanimation ;
- M. Emmanuel Morelon, professeur des universités-praticien hospitalier.

4.3. Centre hospitalier de Tourcoing

- M. Vincent Kauffman, directeur général ;
- Mme Laurence Thirard, présidente de la commission médicale d'établissement ;
- M. Florent Hénin, chef du service des urgences ;
- M. Olivier Robineau, chef du service universitaire régional de maladies infectieuses et du voyageur ;
- M. Hugues Georges, chef du service de réanimation ;
- Mme Nathalie van Evercoren, responsable des affaires médicales ;
- Mme Coralie Vasseur, directrice de la stratégie et des affaires médicales ;
- M. Jean-Paul Leroy, responsable des systèmes d'information.

4.4. Fédérations hospitalières

4.4.1. Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

- M. Lamine Gharbi, président ;
- Mme Christine Schibler, déléguée générale ;
- Mme Laurence Mikano,, directrice adjointe des relations sociales et ressources humaines.

4.4.2. Fédération hospitalière française (FHF)

- M. Rodolphe Soulier, responsable du pôle ressources humaines ;
- Mme Hélène Geandreau, adjointe au responsable du pôle ressources humaines.

4.5. Conférences hospitalières

4.5.1. Conférence nationale des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires

- M. Frédéric Varnier, membre de la conférence, directeur général du CHU Caen-Normandie ;
- Mme Armelle Drexler, coordinatrice de la commission des affaires médicales de la conférence, directrice des affaires médicales hospitalières et hospitalo-universitaires au CHRU de Strasbourg ;
- Mme Anne-Lucie Boulanger, directrice des affaires médicales du CHU Dijon ;

- M. Marc Lebosse, directeur adjoint du département des ressources humaines du CHU Caen-Normandie.

4.5.2. Conférence nationale des directeurs généraux des centres hospitaliers

- M. Francis Saint-Hubert, président de la conférence, directeur général du CH du Pays d'Aix – CH intercommunal Aix-Pertuis ;
- M. Fabrice Leburge, membre du bureau, directeur du CH de Roubaix ;
- M. Bastien Ripert, membre du bureau, directeur du groupe hospitalier Sophia Antipolis Vallée du Var ;
- Mme Véronique Budanic, cheffe de cabinet du CH intercommunal Aix-Pertuis.

4.5.3. Conférence nationale des directeurs des affaires médicales d'Ile-de-France

- M. Maxime Lemée, membre de la conférence, directeur des affaires médicales du GHT Paris Nord-Est ;
- Mme Souad Ben Belaid, attaché d'administration au GHI Le Raincy Montfermeil.

4.5.4. Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier

- M. David Piney, président, président de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers du Grand-Est ;
- Mme Leila Lazaro, vice-présidente, présidente de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de la Côte Basque ;
- M. Édouard Devaud, vice-président recherche, innovation et numérique, président de la commission médicale d'établissement de l'hôpital Novo.

4.5.5. Conférence des présidents des commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers universitaires

- M. Thierry Thomas, président de la commission médicale d'établissement du CHU de Saint-Étienne ;
- M. Pierre Michel, président de la commission médicale d'établissement du CHU de Rouen.

4.5.6. Conférence des doyennes et des doyens des facultés de médecine

- Mme Isabelle Laffont, présidente, doyenne de la faculté de médecine Montpellier Nîmes ;
- M. Pierre Clavelou, membre de la conférence, doyen-directeur de l'UFR de médecine et des professions paramédicales de l'Université Clermont Auvergne ;
- M. Philippe Berthelot, membre de la conférence, doyen de la faculté de médecine de l'Université Jean Monnet.

5. Représentants des spécialités médicales

5.1. Fédération des spécialités médicales (FSM)

- M. Frédéric Fossati, président ;
- M. Olivier Goeau-Brissonnière, ancien président ;
- Mme Valérie le Borgne, déléguée générale.

5.2. Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire

- M. Laurent Hayer, président.

5.3. Conseil national professionnel de pédiatrie

- M. Emmanuel Cixous, président ;
- Mme Fabienne Kochert, secrétaire générale.

5.4. Conseil national professionnel de cardiologie

- M. Marc Villacque, président ;
- M. Simon Cattan, ancien secrétaire.

5.5. Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et de gynécologie médicale

- Mme Mauricette Sébaoun, membre du conseil national ;
- Mme Géraldine Giraudet, membre du conseil national.

6. Organisations syndicales et organismes représentatifs des médecins

6.1. Conseil national de l'ordre des médecins

- M. Stéphane Oustric, président ;
- M. Rene-Pierre Labarrière, président de la section exercice professionnel ;
- Mme Clarisse Joachim, conseillère Antilles-Guyane ;
- M. Jean Luc Fontenoy, conseiller Ile-de-France, président du conseil départemental de Seine-Saint-Denis ;
- Mme Valerie Lacroix, présidente de la section d'entraide ;
- Mme Caroline Nicet-Blanc, conseillère juridique.

6.2. Avenir spé

- M. Vincent Pradeau, président.

6.3. Action praticiens hôpital

- M. Yves Rébufat, président ;
- M. Jean-François Cibien, délégué général.

6.4. MG France

- M. Yohan Saynac, premier vice-président ;
- M. Jean-Christophe Nogrette, secrétaire général.

6.5. Jeunes médecins

- Mme Anna Boctor, présidente ;
- Mme Lucie Saccani, directrice juridique.

6.6. Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF)

- M. Franck Devulder, président ;
- M. Bruno Perrouty, président de la branche spécialistes.

6.7. Alliance hôpital - Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (SNAM-HP)

- M. Sadek Beloucif, président.

6.8. Coordination médicale hospitalière (CMH)

- M. Norbert Skurnik, président.

6.9. Syndicat des médecins libéraux (SML)

- Mme Sophie Bauer, présidente ;
- M. Éric Tanneau, secrétaire général.

6.10. Intersyndicale Nationale des internes (ISNI)

- M. Arthur Poncin, président ;
- Mme Marie-Bérénice Roux, première vice-présidente ;
- M. Nicolas Doudeau, vice-président aux affaires juridiques.

6.11. Intersyndicat national des praticiens hospitaliers

- Mme Rachel Bocher, présidente ;
- M. Patrick Léglise, délégué général.

6.12. Union régionale des médecins libéraux (URML) de Normandie

- M. Philippe Cholet, président ;
- Mme Aline Joint, directrice ;
- M. Xavier Humbert, professeur des universités de médecine générale.

6.13. SAMU-Urgences de France

- M. Yann PENVERNE, président ;
- M. Jean-François CIBIEN, vice-président.

7. Éditeurs de logiciels

7.1. Fédération des éditeurs d'informatique médicale (FEIMA)

- M. Francis Mambrini, président ;
- M. Jean-François Magne, vice-président « collège médecins ».

7.2. Doctolib

- Mme Camille Vaziaga, directrice des affaires publiques ;
- M. Brice Bottégal, responsable de la stratégie pour les produits public ;
- Mme Amélie Martins, stagiaire.

8. Acteurs de la recherche académique

8.1. Centre de recherche en économie et statistique (Crest)

- M. Philippe Choné, chercheur ;
- M. Lionel Wilner chercheur.

8.2. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

- M. Matthieu Cassou, chargé de recherche.

8.3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

- M. Denis Raynaud, directeur ;
- Mme Véronique Lucas-Gabrielli, directrice de recherche ;
- M. Renaud Legal, directeur de recherche ;
- M. Julien Mousquès, directeur de recherche ;
- Mme Carine Franc, chargée de recherche ;
- M. Simon Drapala, doctorant.

8.4. Observatoire régional de la santé (ORS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Mme Hélène Tréhard, ingénieure de recherche ;
- M. Pierre Verger, chercheur sénior ;
- M. Yann Videau, économiste de la santé ;
- Mme Hélène Dumesnil, ingénieure de recherche ;
- Mme Bérengère Davin, ingénieure de recherche.

9. Autres

9.1. Haute autorité de santé

- M. Alexandre Fonty, directeur de cabinet ;
- M. Patrick Méchain, chef du service Certification des établissements de santé ;
- Mme Amélie Lansiaux, responsable de la mission sur les ratios de soignants ;
- Mme Candice Legris, adjointe à la cheffe du service Évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins ;
- Mme Julie Marc, adjointe à la responsable de la mission Numérique en santé ;
- Mme Céline Mounier, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

9.2. Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf)

- M. Christian Bourguelle, directeur général.

9.3. GIE SESAM-Vitale

- M. Anthony Gomes de Carvalho, directeur général ;
- Mme Carole Fongue Kayser, secrétaire générale ;
- M. David Ledru, directeur des services et des relations avec les industriels.

PIÈCE JOINTE N° 1

Lettre de mission

PREMIER
MINISTRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Paris, le 26 DEC. 2025

Madame la Cheffe de l'Inspection générale des Finances,
Monsieur le Chef de l'Inspection générale des Affaires Sociales,

Objet : Mission relative au temps de travail des médecins en ville et à l'hôpital

Le temps de travail médical est une ressource essentielle pour répondre aux enjeux d'accès aux soins. Le temps médical disponible, le niveau de sa mobilisation comme les modalités de son utilisation constituent des déterminants centraux de la capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

Le temps de travail des médecins relève de cadres très différents selon qu'ils exercent à l'hôpital avec un exercice principalement salarié, sauf dans le privé lucratif, ou en ville encore dominé par l'exercice libéral même si le salariat se développe ces dernières années. En outre, à ces deux modes d'exercice sont associées des modalités de décompte du temps de travail et de rémunération très différentes :

- En milieu hospitalier public le temps de travail ne fait pas l'objet d'un décompte horaire mais forfaitaire comptabilisé en demi-journées, le temps presté au-delà des obligations de service, réalisé uniquement avec l'accord du praticien, est rémunéré sous la forme de temps de travail additionnel. Il n'existe par ailleurs pour ainsi dire aucun mécanisme permettant de corréler la rémunération d'un praticien à son engagement et à son niveau d'activité, à l'exception du dispositif de l'activité libérale hospitalière. La notion d'équipe prévaut largement dans l'organisation hospitalière.

- Le cadre est beaucoup plus souple pour les praticiens libéraux qui ils ne connaissent pas d'encadrement spécifique de leur temps de travail qu'ils définissent librement. Leur rémunération dépend principalement du niveau de leur activité (et de la nature des actes pratiqués), elle peut être considérée comme assez largement corrélée au temps de travail effectif et donc à la volumétrie de leur patientèle ou de leur file active.

De manière générale, les dépenses de rémunération des médecins ont sensiblement progressé dans la période récente notamment sous l'effet des revalorisations issues du Ségur de la santé et des négociations conventionnelles mais également sous l'effet de mesures spécifiques destinées à mieux reconnaitre les sujétions liées à la permanence de soins, à encourager l'exercice à temps partagé dans les territoires ou à inciter au développement de la maitrise de stage.

Parallèlement, les inégalités de rémunérations, de temps de travail et de contraintes en termes de gardes et astreintes entre les spécialités, les territoires et les modes d'exercice suscitent leur propre dynamique et affectent l'attractivité de certaines spécialités et de certains postes médicaux entrainant du désengagement, des difficultés de recrutement qui peuvent fragiliser voire remettre en cause l'offre de soins.

Dans ce contexte, nous souhaitons qu'une mission soit réalisée afin d'éclairer les enjeux relatifs au temps de travail médical.

Pour cela, votre mission devra :

- **Recenser et analyser les données disponibles** sur le temps de travail, la rémunération et la productivité des médecins, en ville et à l'hôpital, selon les différentes spécialités. L'analyse devra en particulier tenir comptes, pour la ville, des données de carte vitale ;

- **Etudier les évolutions du temps de travail à l'hôpital public** et analyser l'impact des niveaux de rémunérations sur ce temps de travail. Une attention particulière sera portée aux gardes, astreintes et au temps de travail additionnel. Vous évaluerez également l'efficacité et la régularité des modes de rémunérations dérogatoires et tenterez d'estimer une élasticité entre le temps de travail effectif et la rémunération perçue ;

- **Objectiver le temps de travail des médecins exerçant en ville**, en comparant l'activité des médecins libéraux et salariés, à la fois en volume et rapportée au temps de travail effectif. Vous étudierez aussi l'impact de la coopération avec d'autres professionnels (paramédicaux ou non médicaux) sur la productivité. Enfin, vous proposerez des pistes d'organisation, d'outils (notamment numériques) ou de délégation de tâches pour augmenter le temps médical disponible, tout en préservant la qualité des soins et à effectif médical constant ;

- **Comparer, pour certaines spécialités, les écarts de temps de travail, d'amplitude horaire et de rémunération** entre les différents modes d'exercice (public/privé, salarié/libéral), en analysant leur évolution récente. Vous évaluerez l'impact de ces écarts sur l'attractivité des modes d'exercice et proposerez des leviers pour rapprocher la rémunération rapportée au temps de travail.

L'ensemble de vos recommandations sera à relier aux enjeux de formation des futures générations de médecins, pour intégrer aux projections du nombre de médecins à former les évolutions tendancielles de leur activité.

Sébastien LECORNU

RÉSULTATS DE L'ENQUETE MENÉE AUPRES DES MEDECINS DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

SOMMAIRE

1. CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS À L'ENQUÊTE 1

1.1. Les médecins répondant sont à 57,7 % des femmes 1

1.2. Le nombre le plus important de répondants se situe dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans 1

1.3. Les médecins répondants travaillent majoritairement dans un CHU 2

1.4. Les médecins répondants sont à 63 % des praticiens hospitaliers 2

1.5. Les répondants se répartissent sur l'ensemble des spécialités médicales 3

2. L'EXERCICE À TEMPS PARTIEL CONCERNE UN MÉDECIN SUR CINQ ET CONCERNE DAVANTAGE LES FEMMES ET LES MÉDECINS DE PLUS DE 65 ANS 4

2.1. 21 % des médecins répondants déclarent exercer à temps partiel, les femmes étant plus fréquemment à temps partiel que les hommes 4

2.1.1. Les spécialités médicales dans lesquelles les femmes sont proportionnellement les plus nombreuses sont également celles dans lesquelles le temps partiel est le plus fréquent, à l'exception de la médecine d'urgence 5

2.1.2. 55 % des médecins ayant déclaré un temps partiel sont à 80 % 7

2.1.3. La très grande majorité des médecins répondants est en exercice hospitalier public exclusif 7

3. LES MODALITÉS DE DÉCOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS HOSPITALIERS 8

3.1.1. La demie journée est la modalité de comptabilisation du temps la plus courante (81 %) mais le temps de travail continu représente un quart des situations en CH 8

3.1.2. Volume horaire réglementaire : une méconnaissance massive des obligations de services 9

3.1.3. Les activités non postées comprennent des activités très diverses sans dominante particulière 10

3.1.4. La journée continue de 24h est respectée pour les deux tiers des médecins répondants 11

3.1.5. Les tableaux de service mensuels prévisionnels ne sont pas toujours respectés 13

4. LE TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL (TTA) 13

4.1. Plus de la moitié des médecins répondants font fréquemment du TTA 13

4.2. Plus de la majorité des médecins n'ont pas de contrat de temps de travail additionnel et privilégient le paiement du TTA 16

4.3. Les médecins acceptent de faire du TTA majoritairement pour maintenir le bon fonctionnement du service 18

5. LES GARDES ET ASTREINTES 18

5.1. Les médecins effectuent en moyenne 1,9 garde par mois mais 47 % des médecins répondants ne font pas de gardes 18

5.2. 33 % des médecins répondants ne font aucune astreinte et le nombre moyen d'astreinte par médecin par mois est de 2,6 21

5.3. Seuls 10 % des médecins ont déclaré bénéficier de la prime de solidarité territoriale 23

6. LES FACTEURS QUI SONT PRIS EN COMPTE LORS DE LA PRISE D'UN POSTE DE MÉDECIN AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ 23

6.1. La rémunération dans le choix d'un poste : critère positif pour un peu moins du tiers des médecins 23

6.2. La possibilité de faire du temps de travail additionnel dans le choix d'un poste est un avantage pour seulement un quart des médecins répondants 24

6.3. Le fait de pouvoir bénéficier de la prime de solidarité territoriale (PST) est pour 49 % des médecins plutôt un frein au choix d'un poste 25

6.4. 48 % des médecins estiment que le fait de pouvoir faire de la recherche ou des travaux transversaux est un critère positif dans le cadre du choix d'un poste ... 26

6.5. Pour 45 % des répondants la capacité d'être en exercice mixte est un élément favorable dans le choix d'un poste 27

6.6. L'existence de gardes et astreintes fréquentes est le critère le moins favorable à la prise d'un poste 73 % des médecins estimant que c'est un frein 28

6.7. L'attractivité du territoire est un critère favorable pour prendre un poste pour 55 % des médecins 29

L'enquête a été conduite du 7 avril 2026 au 20 mai 2026 et adressée à 284 directions d'établissements auxquelles il a été demandé de transmettre le questionnaire à leurs praticiens.

14 716 médecins ont répondu au moins partiellement à ce questionnaire. Les données ci-dessous exploitent les réponses à chaque question, le nombre de répondants peut par conséquent varier.

1. Caractéristiques des répondants à l'enquête

1.1. Les médecins répondant sont à 57,7 % des femmes

La part des femmes parmi les médecins ayant répondu à l'enquête est légèrement supérieure à celle constatées dans les données sur les effectifs (52,3 %) en 2024.

Tableau 1 : Part des répondants selon leur genre

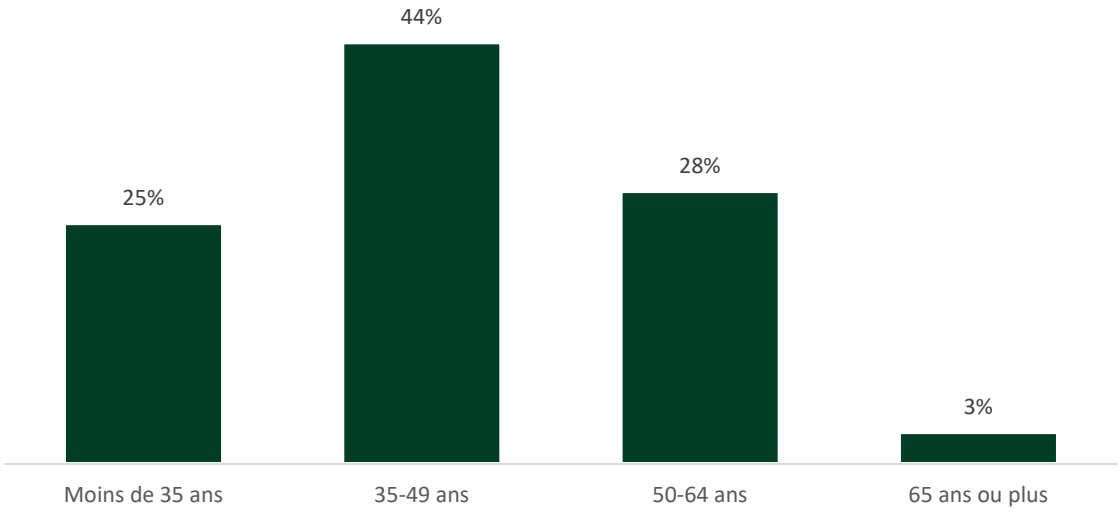
	Femmes	%	Hommes	%	Préfère ne pas répondre	%	Total
Nombre de répondants	8 488	57,7 %	6 163	41,9 %	65	0,4 %	14 716

1.2. Le nombre le plus important de répondants se situe dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans

Tableau 2 : Part des répondants selon leur âge et leur genre

Classe d'âge	Femmes	%	Hommes	%	Préfère ne pas répondre	%
Moins de 35 ans	2 190	26 %	1 459	24 %	15	23 %
35-49 ans	3 820	45 %	2 567	42 %	28	43 %
50-64 ans	2 328	27 %	1 806	29 %	18	28 %
65 ans ou plus	150	2 %	331	5 %	4	6 %

Graphique 1 : Répartition par tranche d'âge des répondants



Réponse à la question : Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

1.3. Les médecins répondants travaillent majoritairement dans un CHU

Alors que les CHU représentent 39 % des ETP de médecins, les médecins travaillant dans ce type d'établissement représentent 51 % du panel de répondants. Les praticiens des CHU sont donc surreprésentés dans les résultats de l'enquête.

Tableau 3 : Types d'établissement dans lesquels travaillent les médecins répondants

Type d'établissement	Répondants	%
CH	6 666	45 %
CH spécialisé en santé mentale	483	3 %
CHU	7 541	51 %
Total	**14 690**	**100 %**

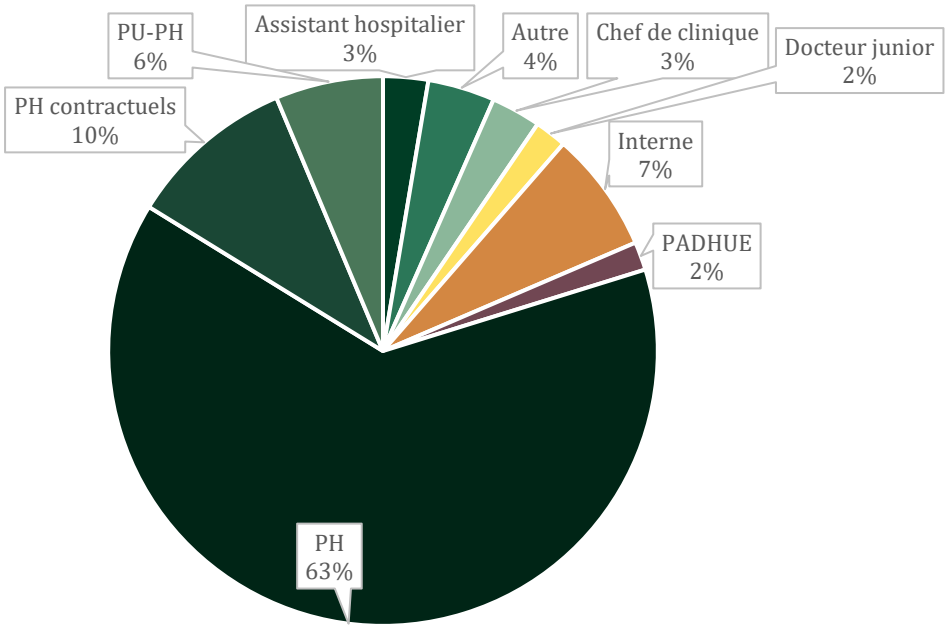
1.4. Les médecins répondants sont à 63 % des praticiens hospitaliers

Les praticiens hospitaliers (PH) titulaires représentent la grande majorité des répondants et avec les praticiens contractuels quasi les trois quarts du panel de répondants.

Tableau 4 : Statuts et genre des répondants

Statut	Femmes	Hommes
Assistant hospitalier	242	146
Autre	333	244
Chef de clinique	211	217
Docteur junior	175	100
Interne	655	390
PADHUE	117	126
PH	5 602	3 698
PH contractuels	825	620
PU-PH	315	612
Total	**8 475**	**6 153**

Graphique 2 : part des médecins répondants par statut



Réponses à la question : quel est votre statut ?

1.5. Les répondants se répartissent sur l'ensemble des spécialités médicales

Tableau 5 : spécialités médicales des médecins répondants

Spécialité déclarée	Nombre de répondants	%
Praticien hygiéniste	3	0,0 %
Chirurgie cervico-faciale	4	0,0 %
Chirurgie vasculaire	4	0,0 %
Orthopédie pédiatrique	4	0,0 %
Médecine cardiovasculaire	9	0,1 %
Chirurgie orale	15	0,1 %
DIM	24	0,2 %
Allergologie	24	0,2 %
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique	28	0,2 %
Neurochirurgie pédiatrique	31	0,2 %
Chirurgie	33	0,2 %
Réanimation pédiatrique	42	0,3 %
Addictologie	49	0,4 %
Médecine nucléaire	50	0,4 %
Médecine et santé au travail	53	0,4 %
Algologie	56	0,4 %
Hygiène hospitalière	58	0,4 %
Médecine vasculaire	68	0,5 %
Soins palliatifs	69	0,5 %
Ophtalmologie	73	0,5 %
Génétique médicale	75	0,5 %
Chirurgie pédiatrique	77	0,6 %
Médecine légale et expertises médicales	81	0,6 %
Neurochirurgie	88	0,6 %
Gynécologie médicale	105	0,8 %

Spécialité déclarée	Nombre de répondants	%
Anatomie et cytologie pathologique	115	0,8 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	130	0,9 %
Santé publique	135	1,0 %
Urologie	137	1,0 %
Chirurgie maxillo-faciale	154	1,1 %
Dermatologie et vénérologie	160	1,2 %
Médecine physique et de réadaptation	169	1,2 %
Rhumatologie	171	1,2 %
Oto-rhino-laryngologie	175	1,3 %
Oncologie	196	1,4 %
Hématologie	207	1,5 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	226	1,6 %
Chirurgie viscérale et digestive	251	1,8 %
Maladies Infectieuses et Tropicales	258	1,9 %
Néphrologie	262	1,9 %
Radiologie et imagerie médicale	303	2,2 %
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	307	2,2 %
Pneumologie	315	2,3 %
Médecine intensive-réanimation	322	2,3 %
Cardiologie	373	2,7 %
Médecine interne et immunologie clinique	374	2,7 %
Hépato-gastro-entérologie	381	2,8 %
Neurologie	452	3,3 %
Gynécologie obstétrique	501	3,6 %
Psychiatrie	706	5,1 %
Biologie médicale	727	5,3 %
Gériatrie	785	5,7 %
Pédiatrie	975	7,1 %
Médecine Générale	1 015	7,3 %
Anesthésie - Réanimation	1 205	8,7 %
Médecine d'urgence	1 207	8,7 %
Total	**13 817**	**100 %**

Réponses à la question : Quelle est votre spécialité ?

2. L'exercice à temps partiel concerne un médecin sur cinq et concerne davantage les femmes et les médecins de plus de 65 ans

2.1. 21 % des médecins répondants déclarent exercer à temps partiel, les femmes étant plus fréquemment à temps partiel que les hommes

Les femmes sont proportionnellement plus fréquemment en temps partiel que les hommes parmi les médecins répondants. 27 % des femmes ayant répondu sont en effet en temps partiel alors que seuls 12 % des hommes ont choisi ce mode d'exercice.

C'est dans la tranche d'âge ayant entre 35 et 49 ans que sont les médecins qui exercent le plus fréquemment à temps partiel avec 28 % de cette classe d'âge ayant recours au temps partiel, ce phénomène étant encore plus renforcée pour les femmes qui sont 37 % en temps partiel. Les médecins de plus de 65 ans sont également à 25 % à temps partiel avec une différence moins marquée entre femmes et hommes.

Tableau 6 : proportion de médecins à temps partiel et temps plein

Classe d'âge / genre	À temps partiel	À temps plein	Total général	% en temps partiel
Moins de 35 ans	407	3 234	3 641	11 %
Femmes	*283*	*1 902*	*2 185*	*13 %*
Hommes	*124*	*1 332*	*1 456*	*9 %*
35-49 ans	1 776	4 584	6 360	28 %
Femmes	*1 412*	*2 387*	*3 799*	*37 %*
Hommes	*364*	*2 197*	*2 561*	*14 %*
50-64 ans	717	3 394	4 111	17 %
Femmes	*538*	*1 775*	*2 313*	*23 %*
Hommes	*179*	*1 619*	*1 798*	*10 %*
65 ans ou plus	119	356	475	25 %
Femmes	*43*	*104*	*147*	*29 %*
Hommes	*76*	*252*	*328*	*23 %*
Total	**3 019**	**11 568**	**14 587**	**21 %**
Femmes	**-**	**-**	**-**	***27 %***
Hommes	**-**	**-**	**-**	***12 %***

Réponses à la question : Exercez-vous : A temps plein / à temps partiel ? Lecture : 11 % des médecins de moins de 35 ans ayant répondu sont à temps partiel. Parmi les femmes de moins de 35 ans, 13 % d'entre elles sont à temps partiel

Ce sont parmi les praticiens hospitaliers contractuels que la proportion de médecins en temps partiel est la plus importante.

Tableau 7 : Proportion de médecins à temps partiel selon le statut

Statut	À temps partiel	À temps plein	Total général	% à temps partiel
Assistant hospitalier	18	373	391	5 %
Autre	107	469	576	19 %
Chef de clinique	16	416	432	4 %
Docteur junior	1	273	274	0 %
Interne	11	1 037	1 048	1 %
PADHUE	4	243	247	2 %
PH	2 299	7 012	9 311	25 %
PH contractuels	553	888	1 441	38 %
PU-PH	24	905	929	3 %
Total	**3 033**	**11 616**	**14 649**	**21 %**

2.1.1. Les spécialités médicales dans lesquelles les femmes sont proportionnellement les plus nombreuses sont également celles dans lesquelles le temps partiel est le plus fréquent, à l'exception de la médecine d'urgence

Parmi les spécialités dans lesquelles le temps partiel est le plus fréquent, le taux de féminisation est élevé. Ce sont également des spécialités au sein desquelles la maitrise des emplois du temps est également plus aisée soit parce que s'y pratique plus fréquemment de la consultation soit ce sont des fonctions non cliniques (DIM, praticien hygiéniste). A l'inverse, les spécialités chirurgicales sont celles où le temps partiel est plus rare.

Néanmoins, la proportion de temps partiel pour la médecine d'urgence est au-dessus du taux moyen avec 27 % de temps partiel alors que les femmes y sont minoritaires (44 %).

Tableau 8 : Proportion par spécialité de médecins en temps partiel et de femmes

Spécialités[1]	À temps partiel	À temps plein	% de temps partiel dans la spécialité	% de femmes à temps partiel dans la spécialité
Addictologie	21	28	43 %	67 %
Médecine générale	375	636	37 %	65 %
Soins palliatifs	25	44	36 %	70 %
Praticien hygiéniste	1	2	33 %	67 %
Algologie	18	38	32 %	63 %
Médecine et santé au travail	17	36	32 %	66 %
DIM	7	17	29 %	54 %
Neurochirurgie pédiatrique	9	22	29 %	81 %
Dermatologie et vénérologie	46	113	29 %	73 %
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	86	220	28 %	85 %
Médecine physique et de réadaptation	46	123	27 %	57 %
Médecine d'urgence	321	885	27 %	44 %
Gériatrie	204	577	26 %	68 %
Gynécologie médicale	27	77	26 %	89 %
Pédiatrie	249	722	26 %	76 %
Psychiatrie	177	528	25 %	66 %
Hygiène hospitalière	14	44	24 %	84 %
Médecine Vasculaire	15	53	22 %	62 %
Radiologie et imagerie médicale	65	235	22 %	49 %
Rhumatologie	37	134	22 %	59 %
Réanimation pédiatrique	9	33	21 %	90 %
Allergologie	5	19	21 %	88 %
Oncologie	40	153	21 %	69 %
Pneumologie	64	250	20 %	55 %
Biologie médicale	145	580	20 %	64 %
Maladies Infectieuses et Tropicales	50	208	19 %	58 %
Anesthésie - Réanimation	223	979	19 %	48 %
Médecine nucléaire	9	41	18 %	34 %
Ophtalmologie	13	60	18 %	39 %
Chirurgie maxillo-faciale	27	125	18 %	53 %
Néphrologie	46	216	18 %	55 %
Médecine interne et immunologie clinique	60	313	16 %	53 %
Neurologie	72	378	16 %	62 %
Anatomie et cytologie pathologique	18	97	16 %	61 %
Médecine légale et expertises médicales	12	67	15 %	51 %
Hématologie	30	173	15 %	62 %
Hépato-gastro-entérologie	54	326	14 %	53 %
Santé publique	19	116	14 %	55 %
Chirurgie pédiatrique	10	66	13 %	53 %
Cardiologie	48	321	13 %	37 %
Chirurgie	4	29	12 %	30 %
Gynécologie obstétrique	53	448	11 %	77 %
Médecine intensive-réanimation	32	289	10 %	36 %
Oto-rhino-laryngologie	17	157	10 %	46 %
Génétique médicale	7	68	9 %	72 %
Chirurgie viscérale et digestive	17	234	7 %	37 %
Neurochirurgie	5	83	6 %	38 %

[1] Certaines spécialités ont été retirées car les répondants y sont en nombre trop réduit

Spécialités 1	À temps partiel	À temps plein	% de temps partiel dans la spécialité	% de femmes à temps partiel dans la spécialité
Chirurgie orthopédique et traumatologique	10	215	4 %	16 %
Urologie	5	132	4 %	28 %
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique	1	27	4 %	32 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	3	127	2 %	38 %
Total			**21 %**	**58 %**

2.1.2. 55 % des médecins ayant déclaré un temps partiel sont à 80 %

La majorité des médecins (55 %) ayant déclaré être à temps partiel ont une quotité de temps de travail à 80 %. Le temps partiel moyen pour le panel des répondant est de 75 %.

Tableau 9 : Quotité de temps de travail des médecins ayant déclaré être à temps partiel

Quotité	Nombre de répondants	%
50 %	281	9 %
60 %	421	14 %
70 %	166	6 %
75 %	13	0 %
80 %	1 652	55 %
90 %	483	16 %
Total	3 016	100 %
Quotité moyenne	-	75,4 %

2.1.3. La très grande majorité des médecins répondants est en exercice hospitalier public exclusif

83 % des médecins ayant répondu à l'enquête se sont déclarés être en service public exclusif. Ils ne sont que 5 % à avoir déclaré avoir une activité libérale dans le cadre d'un temps plein à l'hôpital.

5 % des médecins sont par ailleurs en temps partagé avec un autre établissement qu'il appartienne au même GHT ou non.

Tableau 10 : Proportion des médecins ayant un cumul d'activité

Réponse	Nombre de médecins répondants	En %
A temps partiel avec une activité libérale ?	11	0 %
A temps partiel avec une activité libérale au sein de votre établissement ?	63	0 %
A temps partiel avec une activité libérale dans un cabinet ou un établissement privé ?	297	2 %
A temps partiel avec une activité salariée dans un établissement hors GHT ?	146	1 %
A temps plein avec une activité libérale ?	645	5 %
Aucune de ces situations ?	192	1 %
En exercice hospitalier exclusif ?	11054	83 %
En temps partagé avec un autre établissement ?	94	1 %
En temps partagé avec un autre établissement de votre GHT ?	505	4 %
En temps partagé avec une activité d'intérêt général ?	278	2 %
Total général des réponses	13285	

Réponses à la question Êtes-vous : liste de choix

3. Les modalités de décompte du temps de travail des médecins hospitaliers

3.1.1. La demie journée est la modalité de comptabilisation du temps la plus courante (81 %) mais le temps de travail continu représente un quart des situations en CH

La demi-journée est le mode de comptabilisation du temps de travail majoritaire avec 81 % des répondants qui déclarent travailler selon cette modalité. Compte tenu du nombre réduit de spécialités pouvant donner lieu à une autre forme de décompte, cette proportion est attendue. La proportion de temps médical continu est néanmoins plus élevée dans les CH que dans les CHU avec 24 % de médecins déclarant être en TMC pour seulement 16 % en CHU.

Tableau 11 : Modalités de comptabilisation du temp de travail

Type d'établissement	Médecins en temps médical continu	En %	Médecins en demi-journées	%
CH	1 424	24 %	4 549	76 %
CH spécialisé en santé mentale	14	3 %	430	97 %
CHU	1 039	16 %	5 645	84 %
Total	**2 477**	**19 %**	**10 624**	**81 %**

Réponses à la question : Comment est comptabilisé votre temps de travail ?

Le temps médical continu est réservé à certaines spécialités (cf. annexe II) : l'anesthésie-réanimation ; l'accueil et le traitement des urgences ; la réanimation ; la néonatalogie et la réanimation postnatale ; la gynécologie obstétrique (pour les structures réalisant plus de 2 000 accouchements par an.). Les réponses au questionnaire montrent néanmoins que le TMC a été ouverts à d'autres spécialités que celles autorisées.

Tableau 12 : Modalité de décompte du temps de travail par spécialité

Spécialité déclarée par le médecin	Modalités de décompte du temps de travail		
	En temps médical continu	En demi-journées	% TTC
Médecine d'urgence	931	144	87 %
Anesthésie - Réanimation	695	423	62 %
Médecine intensive-réanimation	127	166	43 %
Réanimation pédiatrique	12	25	32 %
Pédiatrie	172	732	19 %
Gynécologie obstétrique	83	370	18 %
Gynécologie médicale	13	79	14 %
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique	3	24	11 %
Médecine générale	92	783	11 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	12	104	10 %
Allergologie	2	19	10 %

Réponses à la question : Comment est comptabilisé votre temps de travail ?

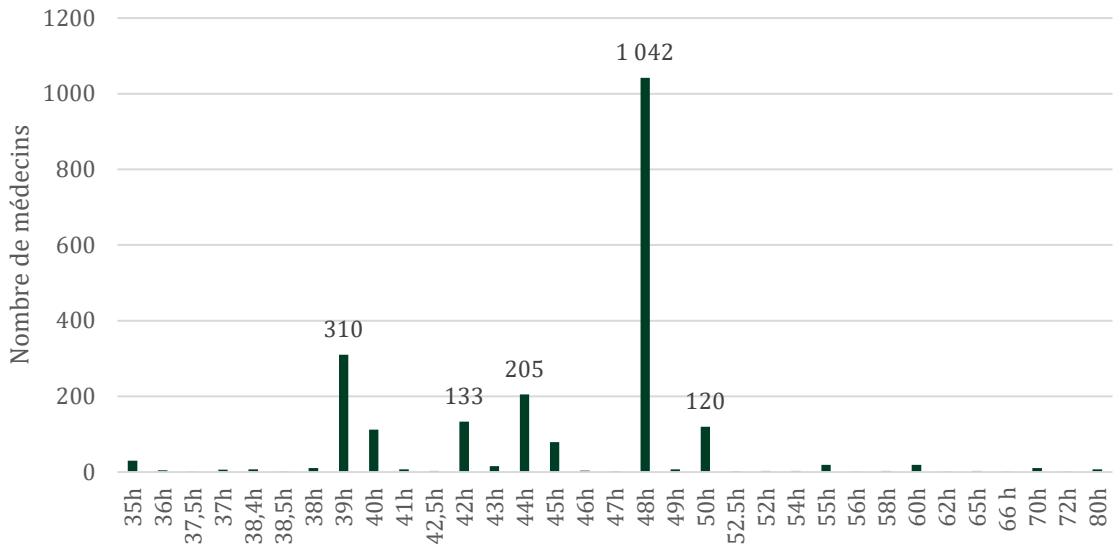
3.1.2. Volume horaire réglementaire : une méconnaissance massive des obligations de services

Seul 19 % des répondants au questionnaire ont répondu à la question : « quel est le volume horaire de vos obligations de service ? **». 84 % de ces répondants ont déclaré être en temps médical continu.** Parmi ces répondants, 6 % d'entre eux ont répondu qu'ils ne savaient pas ou qu'il n'était pas comptabilisé.

Cette absence de réponse démontre l'absence de connaissance par les médecins des obligations qui leur incombent en termes de temps de travail et le raisonnement généralisé en demie journée sans interrogation sur la traduction de ces demies journées en volume horaire.

Majoritairement les médecins ont déclaré que leurs obligations horaires étaient de 48 heures.

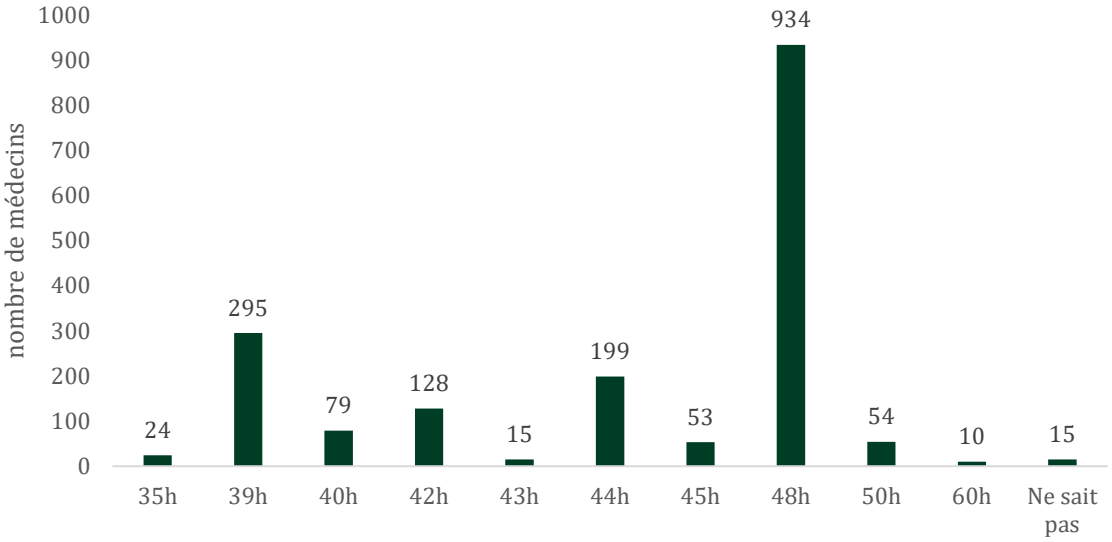
Graphique 3 : Cycles hebdomadaires de travail déclaré par les médecins quelle que soit les modalités de décompte de leur temps de travail



Réponse à la question : volume horaire de l'obligation de service ?

S'agissant plus spécifiquement des médecins en temps continu ayant déclaré un volume horaire, les cycles de travail oscillent entre 35h et 50h. Il n'est par ailleurs pas possible de distinguer les réponses tenant compte du temps non clinique et celles n'en tenant pas compte.

Graphique 4 . Cycles hebdomadaires déclarés par les médecins en temps médical continu

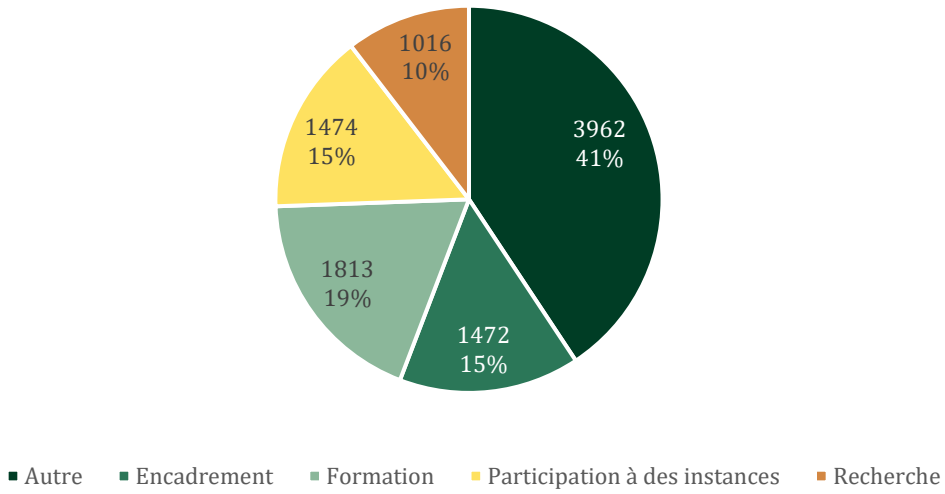


Réponse à la question : volume horaire de l'obligation de service ?

3.1.3. Les activités non postées comprennent des activités très diverses sans dominante particulière

La nature des activités non clinique est très diverse et ne permet pas de déduire de tendance d'autant que le plus grand nombre de médecins (41 %) a déclaré une activité autre que celles présélectionnées.

Graphique 5 : Nature des activités non postées



Réponses à la question : quelle est la nature de votre activité non postée ?

3.1.4. La journée continue de 24h est respectée pour les deux tiers des médecins répondants

Les garanties minimales en matière de temps de travail prévoit qu'une journée de travail ne peut excéder 24 heures et qu'elle doit être suivi d'un repos de sécurité (cf. annexe II).

Cette durée maximale de travail est globalement respectée mais 20 % des médecins ayant répondu dépassent néanmoins plus d'une fois par mois une durée continue de travail de 24 %.

Tableau 13 : Dépassement de la durée de journée continue de 24h

Nombre de fois où une durée de travail continue de 24h est dépassée :	Nombre de répondants	En %
Jamais ou moins de trois fois par an	8 810	67 %
Plusieurs fois par an mais moins d'une fois par mois	1 683	13 %
Plus d'une fois par mois	2 622	20 %

Réponses à la question : Dépassez-vous une durée de travail continue maximale de 24 heures.

Dans plusieurs spécialités, la proportion de médecins qui sont appelés à dépasser une journée continue de plus de 24 heures est plus élevée.

Tableau 14 : Dépassement de la journée continue de 24 heures dans certaines spécialités

Spécialités	Nombre de fois où une durée de travail continue de 24h est dépassée :					
	Jamais ou moins de trois fois par an		Plus d'une fois par mois		Plusieurs fois par an mais moins d'une fois par mois	
	Nombre	en %	Nombre	en %	Nombre	en %
Réanimation pédiatrique	10	26 %	23	61 %	5	13 %
Médecine intensive-réanimation	75	26 %	172	59 %	47	16 %
Gynécologie obstétrique	117	26 %	262	57 %	79	17 %
Chirurgie viscérale et digestive	70	31 %	101	45 %	53	24 %
Cardiologie	136	40 %	147	43 %	61	18 %
Chirurgie pédiatrique	32	46 %	27	39 %	11	16 %
Anesthésie - Réanimation	548	49 %	424	38 %	150	13 %
Neurochirurgie	28	36 %	28	36 %	22	28 %
Pédiatrie	447	49 %	308	34 %	151	17 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	99	48 %	70	34 %	37	18 %
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	36	30 %	34	28 %	50	42 %
Urologie	47	40 %	30	25 %	41	35 %
Médecine d'urgence	640	59 %	275	25 %	170	16 %
Chirurgie	12	43 %	7	25 %	9	32 %
Gynécologie médicale	63	68 %	20	22 %	9	10 %
Neurologie	258	63 %	87	21 %	66	16 %
Oto-rhino-laryngologie	112	68 %	34	21 %	19	12 %
Médecine légale et expertises médicales	47	64 %	15	21 %	11	15 %

Réponses à la question : Dépassez-vous une durée de travail continue maximale de 24 heures.

À l'issue de la journée de 24h, 72 % déclarent qu'il ne bénéficie jamais ou moins de trois fois par an d'un repos d'une durée équivalente à leur journée continue.

Tableau 15 : Bénéfice d'un repos de sécurité après une journée continue

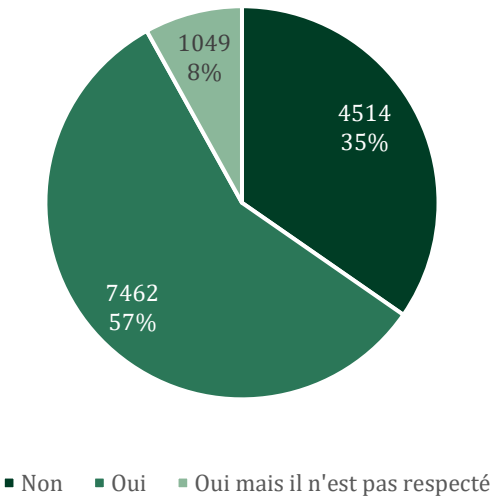
Bénéfice d'un repos de sécurité après une journée continue de 24h	Nombre de répondants	En %
Jamais ou moins de trois fois par an	6 017	72 %
Plus d'une fois par mois	1 259	15 %
Plusieurs fois par an mais moins d'une fois par mois	1 042	13 %
Total	**8 318**	**100 %**

Réponses à la question : en cas de dépassement, bénéficiez-vous immédiatement, à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente ?

3.1.5. Les tableaux de service mensuels prévisionnels ne sont pas toujours respectés

35 % des médecins déclarent qu'il n'existe pas dans leur établissement de tableau de service prévisionnel planifiant le temps de travail des médecins pour le mois à venir. Parmi les 65 % pour lesquels il existe un tableau de service, 8 % des médecins déclarent qu'il n'est pas respecté.

Tableau 16 : Existence d'un tableau de service mensuel prévisionnel



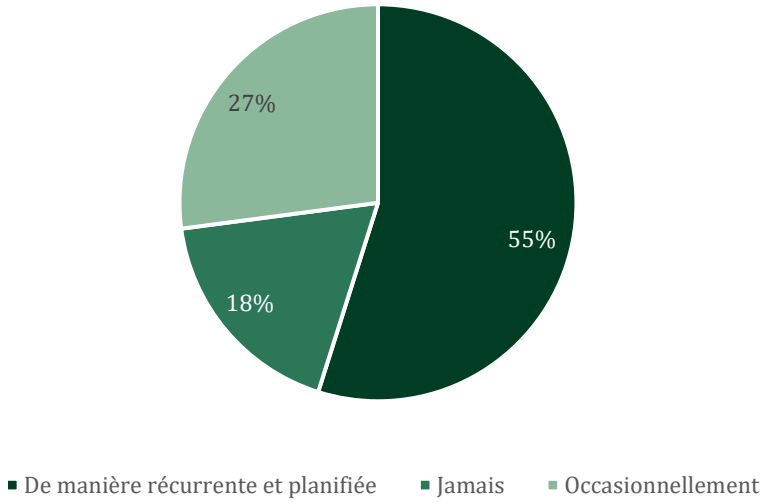
Réponses à la question : Existe-t-il une tableau de service mensuel prévisionnel du temps de travail réalisé par les médecins ?

4. Le temps de travail additionnel (TTA)

4.1. Plus de la moitié des médecins répondants font fréquemment du TTA

55 % des médecins ayant répondu à l'enquête déclarent faire du temps de travail additionnel de manière récurrente et planifiée. Seuls 18 % des répondants ne font jamais de TTA.

Graphique 6 : Fréquence du temps de travail additionnel



Réponses à la question : Faites-vous du travail additionnel (TTA – temps travaillé au-delà des obligations de service) ?

Il n'existe pas de différences significatives entre les femmes et les hommes s'agissant du TTA mais en revanche, les médecins de 65 ans et plus ne sont pas majoritaires à faire du TTA de manière récurrente et planifiée, contrairement aux autres classes d'âges.

Tableau 17 : Fréquence du temps de travail additionnel en fonction de l'âge et du genre

Faites-vous du TTA ?	Femmes	Hommes	Total général	En %
De manière récurrente et planifiée	3 741	2 933	6 674	55 %
Moins de 35 ans	863	647	1 510	54 %
35-49 ans	1 884	1 369	3 253	59 %
50-64 ans	954	808	1 762	50 %
65 ans ou plus	40	109	149	38 %
Jamais	1 279	915	2 194	18 %
Moins de 35 ans	362	215	577	21 %
35-49 ans	509	329	838	15 %
50-64 ans	377	276	653	19 %
65 ans ou plus	31	95	126	32 %
Occasionnellement	1 991	1 303	3 294	27 %
Moins de 35 ans	418	288	706	25 %
35-49 ans	880	509	1 389	25 %
50-64 ans	650	435	1 085	31 %
65 ans ou plus	43	71	114	29 %
Total	**7 011**	**5 151**	**12 162**	**100 %**

Réponses à la question : Faites-vous du travail additionnel (TTA – temps travaillé au-delà des obligations de service) ?

Le TTA est plus développé dans les spécialités avec des soins non programmés fréquents : réanimation, pédiatrie, chirurgie, urgence, obstétrique et cardiologie.

Tableau 18 : Spécialités pour lesquelles le TTA récurrent est le plus fréquent

Spécialité	De manière récurrente et planifiée		Jamais		Occasionnellement		
	nombre répondants	% de la spécialité	nombre répondants	% de la spécialité	nombre répondants	% de la spécialité	Total général
Réanimation pédiatrique	28	76 %	1	3 %	8	22 %	37
Anesthésie - Réanimation	800	74 %	75	7 %	208	19 %	1083
Médecine intensive-réanimation	203	72 %	26	9 %	53	19 %	282
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	75	70 %	17	16 %	15	14 %	107
Chirurgie pédiatrique	46	69 %	7	10 %	14	21 %	67
Urologie	76	68 %	12	11 %	23	21 %	111
Pédiatrie	579	68 %	91	11 %	186	22 %	856
Chirurgie orthopédique et traumatologique	133	67 %	22	11 %	43	22 %	198
Néphrologie	153	67 %	35	15 %	42	18 %	230
Médecine d'urgence	681	66 %	45	4 %	312	30 %	1038
Gynécologie obstétrique	287	66 %	57	13 %	94	21 %	438
Chirurgie viscérale et digestive	135	64 %	37	17 %	40	19 %	212
Cardiologie	202	63 %	59	18 %	61	19 %	322
Hépato-gastro-entérologie	196	61 %	57	18 %	66	21 %	319
Chirurgie	15	60 %	3	12 %	7	28 %	25
Neurochirurgie	42	60 %	14	20 %	14	20 %	70
Neurologie	221	58 %	85	22 %	74	19 %	380
Oto-rhino-laryngologie	87	56 %	33	21 %	35	23 %	155
Maladies Infectieuses et Tropicales	120	55 %	38	17 %	61	28 %	219

Réponses à la question : Faites-vous du travail additionnel (TTA – temps travaillé au-delà des obligations de service) ?

La récurrence du TTA est un peu plus importante dans les CH que les CHU : 58 % des médecins travaillant en centre hospitalier déclarent faire du TTA de manière récurrente et planifiée alors qu'ils sont 53 % dans les CHU. Ils ont surtout plus nombreux à ne jamais faire de TTA dans les CHU (21 %) que dans les CH (13 %).

Tableau 19 : Fréquence du TTA en fonction du statut des établissements

Type d'établissement	De manière récurrente et planifiée		Jamais		Occasionnellement		Total
CH	3 239	58 %	714	13 %	1 677	30 %	5 630
CH spécialisé en santé mentale	182	43 %	88	21 %	151	36 %	421
CHU	3 267	53 %	1 402	23 %	1 486	24 %	6 155

Réponses à la question : Faites-vous du travail additionnel (TTA – temps travaillé au-delà des obligations de service) ?

4.2. Plus de la majorité des médecins n'ont pas de contrat de temps de travail additionnel et privilégient le paiement du TTA

67 % des médecins répondants déclarent qu'ils ne disposent d'aucun contrat encadrant leur temps de travail additionnel, contrairement à ce que prévoit la réglementation. Cette obligation est néanmoins mieux respectée dans les centres hospitaliers où 42 % des médecins déclarent bénéficier d'un contrat alors qu'ils ne sont que 25 % dans les CHU.

Tableau 20 : Proportion de médecins ayant un contrat de temps de travail additionnel en fonction du statut de l'établissement

	Type d'établisement				
Existence d'un contrat	CH	CH spécialisé en santé mentale	CHU	Total l	En %
Non	3 123	224	4 381	7 728	67 %
Oui	2 241	159	1 469	3 869	33 %
Total général	5 364	383	5 850	11 597	

Réponses à la question : Disposez-vous d'un contrat dans le cadre de ce temps de travail additionnel ?

Les médecins peuvent choisir d'être indemnisé pour leur plages de TTA ou bénéficier de jour de récupération qui peuvent éventuellement être placés sur leur compte épargne temps (CET). 58 % d'entre eux choisissent d'être indemnisés. L'indemnisation est la forme la plus fréquente de compensation du TTA quel que soit l'âge mais après 50 ans la proportion de médecin qui la choisissent et sensiblement inférieure et les médecins de 65 ans et plus ne sont pas majoritaires à choisir cette option (46 %).

Tableau 21 : Modalités de compensation du TTA en fonction de l'âge

	Être indemnisé		Placer les journées de TTA sur le CET		Récupérer en temps		Total
Tranche d'âge	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %	
Moins de 35 ans	1 084	58 %	192	10 %	583	31 %	1 859
35-49 ans	2 760	62 %	700	16 %	967	22 %	4 427
50-64 ans	1 311	50 %	619	24 %	688	26 %	2 618
65 ans ou plus	108	46 %	73	31 %	56	24 %	237
Total général	5 263	58 %	1 584	17 %	2 294	25 %	9 141

Réponses à la question : lorsque vous effectuez du TTA vous demandez le plus souvent à : être indemnisé, placer vos journées sur votre CET, récupérer en temps votre temps additionnel ?

4.3. Les médecins acceptent de faire du TTA majoritairement pour maintenir le bon fonctionnement du service

Interrogés sur les motifs pour lesquels ils acceptent de faire du temps additionnel, les médecins ont à 53 % répondus qu'ils le font pour le bon fonctionnement du service et à 26 % parce qu'ils considèrent que la participation à la continuité des soins est consubstantielle à leurs fonctions. La rémunération n'est un motif déclaré que pour 5 % d'entre eux.

Tableau 22 : Motifs pour lesquels les médecins acceptent de faire du temps de travail additionnel

Motifs pour réaliser du TTA	Nombre répondants	En %
Parce que j'ai besoin d'un complément de rémunération	552	5 %
Parce que je considère que participer de manière régulière à la continuité des soins fait partie de mes fonctions	2 725	26 %
Pour maintenir ponctuellement le bon fonctionnement du service en cas d'insuffisance de médecins	5 500	53 %
Autre	1 587	15 %
Total	**10 364**	**100 %**

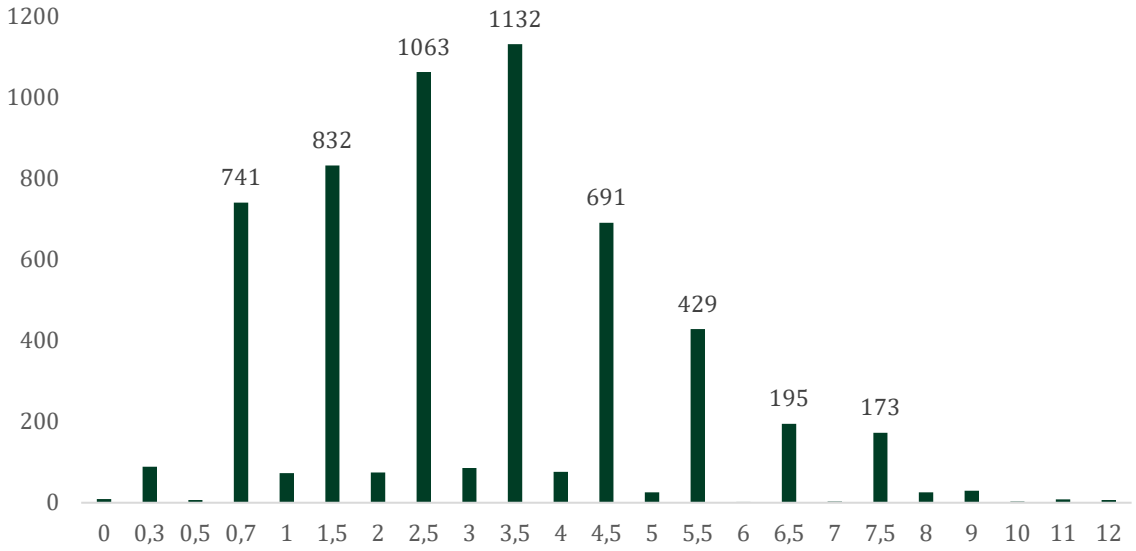
Réponses à la question : Pour quels motifs acceptez-vous de réaliser du TTA ?

5. Les gardes et astreintes

5.1. Les médecins effectuent en moyenne 1,9 garde par mois mais 47 % des médecins répondants ne font pas de gardes

47 % des médecins ayant répondu ont déclaré ne faire aucune garde. Les médecins effectuant des gardes effectuent en moyenne 3,6 jours de gardes par mois.

Graphique 7 : Nombre de jour de garde par mois en moyenne pour les médecins effectuant des gardes (en nombre de médecins)



Réponses à la question : Combien de gardes réalisez-vous en moyenne chaque mois ?

Se sont dans les spécialités où les urgences sont les plus fréquentes que les gardes sont logiquement les plus nombreuses, la médecine d'urgence, la médecine intensive et de réanimation, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie obstétrique se distinguent ainsi par la très faible proportion de médecins déclarant n'effectuer aucune garde et le nombre moyen de jours de garde par médecin et par mois qui se situe au-dessus de la moyenne.

Tableau 23 : Nombre de jours de garde mensuels selon la spécialité

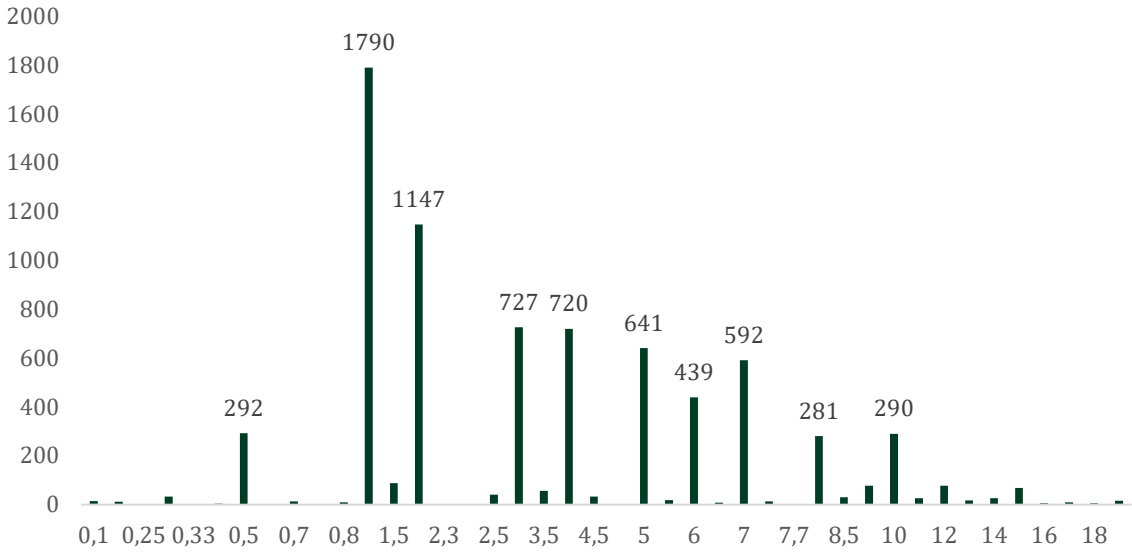
Spécialités[2]	% de la spécialité n'effectuant aucune garde	Nombre moyen de jours de garde par mois pour les médecins effectuant des gardes
Médecine d'urgence	3 %	5,7
Médecine intensive-réanimation	5 %	3,9
Anesthésie - Réanimation	6 %	3,6
Gynécologie obstétrique	8 %	3,5
Pédiatrie	18 %	3,0
cardiologie	25 %	2,1
Gynécologie médicale	55 %	1,9
Chirurgie viscérale et digestive	58 %	1,7
Chirurgie orthopédique et traumatologique	63 %	1,5
Neurologie	45 %	1,4
Néphrologie	43 %	1,4
Radiologie et imagerie médicale	51 %	1,3
Neurochirurgie	48 %	1,3
Chirurgie pédiatrique	71 %	1,2
Psychiatrie	39 %	1,1
Médecine générale	61 %	1,1
Hépato-gastro-entérologie	72 %	0,6
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	92 %	0,6
Pneumologie	73 %	0,6
Hématologie	68 %	0,6
Urologie	88 %	0,6
Gériatrie	73 %	0,5
Médecine interne et immunologie clinique	71 %	0,5
Chirurgie maxillo-faciale	86 %	0,5
Biologie médicale	70 %	0,5
Médecine physique et de réadaptation	82 %	0,5
Oncologie	80 %	0,4
Soins palliatifs	77 %	0,4
Maladies Infectieuses et Tropicales	77 %	0,4
Médecine légale et expertises médicales	88 %	0,4
Dermatologie et vénérologie	80 %	0,3
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	78 %	0,3
Ophtalmologie	89 %	0,3
Médecine Vasculaire	80 %	0,3
Addictologie	85 %	0,3
Oto-rhino-laryngologie	91 %	0,3
Rhumatologie	84 %	0,2
Médecine et santé au travail	92 %	0,2
Algologie	93 %	0,1
Médecine nucléaire	98 %	0,0
Génétique médicale	98 %	0,0
Santé publique	99 %	0,0
Anatomie et cytologie pathologique	97 %	0,0
DIM	100 %	0,0

[2] Certaines spécialités ne figurent pas dans le tableau compte tenu d'un nombre insuffisant de médecins répondants.

5.2. 33 % des médecins répondants ne font aucune astreinte et le nombre moyen d'astreinte par médecin par mois est de 2,6

33 % des médecins répondants ont déclarés qu'ils n'effectuaient aucune astreinte. Elles sont en moyenne de 2,6 par mois et par médecins. Pour les seuls médecins effectuant des astreintes, le nombre d'astreintes moyen par mois est de 3,9.

Tableau 24 : Nombre moyens d'astreintes par mois pour les médecins effectuant des astreintes (en nombre de médecins)



Réponses à la question : Combien d'astreintes réalisez-vous en moyennes par mois ?

En revanche, les spécialités parmi lesquelles le nombre de médecins n'effectuant aucune astreinte sont les moins nombreuses ne recoupent pas celles sur la participation aux gardes. Les spécialités qui se caractérisent par la fréquence des urgences ne sont pas nécessairement celles au sein desquelles les astreintes sont les plus systématiques.

Tableau 25 : Part des médecins déclarant n'effectuer aucune astreinte par spécialités

Spécialité[3]	% de médecins n'ayant aucune astreinte
Hépato-gastro-entérologie	10 %
Gériatrie	10 %
Hématologie	12 %
Urologie	12 %
Pneumologie	12 %
Maladies Infectieuses et Tropicales	13 %
Médecine interne et immunologie clinique	13 %
Oncologie	15 %
Néphrologie	15 %
Endocrinologie-diabétologie-nutrition	15 %
Biologie médicale	16 %
Soins palliatifs	16 %
Oto-rhino-laryngologie	18 %
Chirurgie viscérale et digestive	19 %
Rhumatologie	20 %
Pharmacie	20 %
Chirurgie orthopédique et traumatologique	23 %
Médecine physique et de réadaptation	26 %
Psychiatrie	26 %
cardiologie	26 %
Radiologie et imagerie médicale	31 %
Pédiatrie	31 %
Ophtalmologie	33 %
Neurologie	35 %
Médecine générale	38 %
Médecine intensive-réanimation	38 %
Réanimation pédiatrique	39 %
Dermatologie et vénérologie	40 %
Gynécologie obstétrique	41 %
Médecine Vasculaire	45 %
chirurgie maxillo-faciale	51 %
Algologie	52 %
Anesthésie - Réanimation	55 %
Gynécologie médicale	57 %
Addictologie	67 %
Anatomie et cytologie pathologique	70 %
Médecine d'urgence	74 %
DIM	83 %
Génétique médicale	94 %
Médecine nucléaire	95 %
Médecine et santé au travail	97 %
Santé publique	98 %
Allergologie	100 %

[3] Certaines spécialités ont été retirées compte tenu d'un nombre trop faible de réponses

5.3. Seuls 10 % des médecins ont déclaré bénéficier de la prime de solidarité territoriale

90 % des médecins ont déclaré qu'ils n'avaient pas bénéficié de la prime de solidarité territoriale, versée en cas de remplacement d'un praticien dans un autre établissements sur la base du volontariat.

Tableau 26 : Part des médecins déclarant avoir bénéficié de la PST

Bénéfice de la PST	Nombre de répondants	En %
Non	10 627	90 %
Oui	1 141	10 %

Réponses à la question : avez-vous bénéficié de la PST sur la dernière année ?

6. Les facteurs qui sont pris en compte lors de la prise d'un poste de médecin au sein d'un établissement public de santé

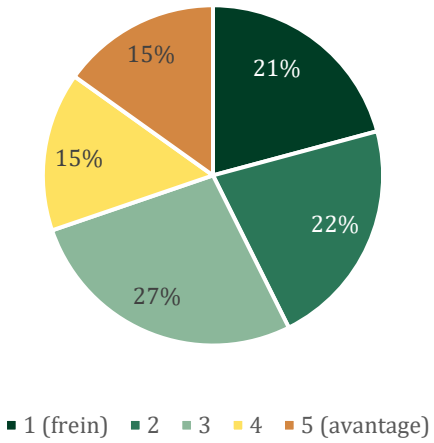
L'enquête a cherché à connaitre quels pouvaient être les facteurs qui influençaient les médecins lors de leur choix d'un poste dans un établissement public de santé. Il était dans ce cadre demandé aux médecins de classer sur une échelle de 1 à 5, 1 correspondant à un facteur très négatif et 5 à un facteur très positif les 8 critères présentés ci-dessous.

Pour aucun de ces critères il n'existe de différence significative entre femmes et hommes. En revanche, pour certains d'entre eux, l'âge peut appeler des choix différents.

6.1. La rémunération dans le choix d'un poste : critère positif pour un peu moins du tiers des médecins

Le critère de la rémunération n'est pas déclaré de façon tranchée comme facteur positif ou négatif. Il est le critère parmi les huit proposés où les réponses selon les plus dispersées avec des cotations assez équivalentes entre elles entre le positif (coté 5) et le négatif (coté 1). 21 % des médecins déclarent ainsi que la rémunération peut être un frein à la prise d'un poste, 15 à l'inverse considèrent que c'est un facteur très positif.

Graphique 8 : importance de la rémunération dans le choix d'un poste pour les médecins



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

Le classement du critère de la rémunération en fonction de l'âge ou du genre ne présente que peu de différence entre chaque tranche d'âge ou chaque sexe.

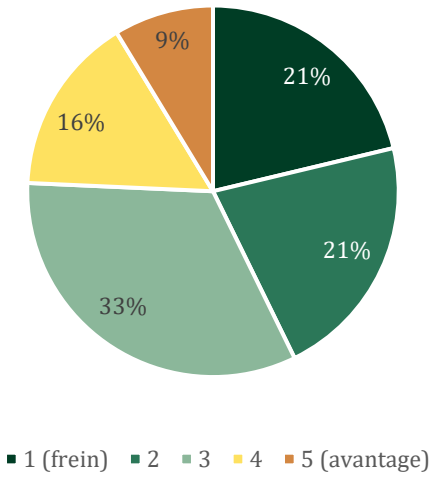
Tableau 27 : Importance de la rémunération dans le choix d'un poste en fonction de l'âge

Importance de la rémunération	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
		En %		En %		En %		En %
1 (frein)	536	20 %	1 148	22 %	623	19 %	67	19 %
2	589	22 %	1 140	22 %	691	21 %	69	19 %
3	592	22 %	1 384	27 %	1 001	31 %	116	33 %
4	481	18 %	691	13 %	498	15 %	53	15 %
5 (avantage)	435	17 %	825	16 %	414	13 %	50	14 %

6.2. La possibilité de faire du temps de travail additionnel dans le choix d'un poste est un avantage pour seulement un quart des médecins répondants

Le fait de pouvoir du TTA est perçu par 25 % des médecins comme un facteur positif (9 % ayant coté 5, 16 % coté 4). 42 % des médecins placent plutôt défavorablement le fait de pouvoir faire du TTA, 21 % l'ayant coté en 5 dans leurs réponses. Pour un tiers des médecins qui ont coté 3 ce critère le fait de pouvoir réaliser du temps supplémentaire est par conséquent relativement neutre.

Graphique 9 : Importance du temps de travail additionnel dans le choix d'un poste



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

Même si l'ordre de préférence est identique, les médecins de moins de 35 ans apparaissent comme plus positifs que les médecins plus âgés quant au TTA : 30 % l'ont classé en 4 ou en 5 quand ils ne sont que 19 à 24 % dans les autres classes d'âge.

Tableau 28 : Importance du temps de travail additionnel dans le choix d'un poste selon la classe d'âge

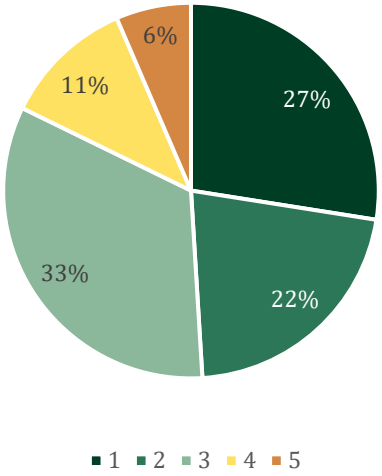
Importance du TTA	Moins de 35 ans	%	35-49 ans	%	50-64 ans	%	65 ans ou plus	
1 (frein)	457	18 %	1 072	22 %	695	23 %	80	24 %
2	481	19 %	1 088	22 %	684	23 %	74	22 %
3	818	33 %	1 628	33 %	1 009	33 %	112	34 %
4	484	19 %	736	15 %	419	14 %	43	13 %
5 (avantage)	269	11 %	432	9 %	219	7 %	21	6 %

.

6.3. Le fait de pouvoir bénéficier de la prime de solidarité territoriale (PST) est pour 49 % des médecins plutôt un frein au choix d'un poste

Seuls 6 % des médecins ont déclaré que la PST était un avantage qu'ils prenaient en compte comme premier critère pour la prise d'un poste. Quasiment la moitié des médecins a classé en 1 et 2 ce dispositif. Pour un tiers des médecins, il est neutre.

Graphique 10 : importance de la prime de solidarité territoriale dans le choix d'un poste



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

Pour ce critère également les moins de 35 ans se distinguent du reste des médecins avec une proportion plus élevée de médecins classant favorablement en 4 et 5.

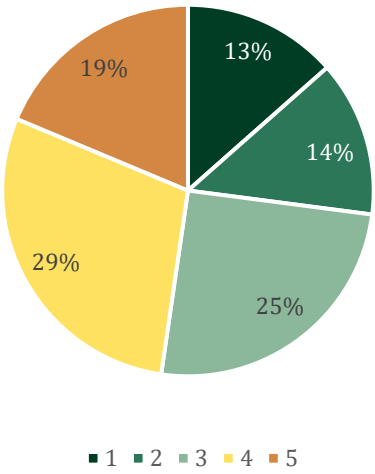
Tableau 29 : Importance de la prime de solidarité territoriale dans le choix d'un poste

Importance de la solidarité territoriale	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
1 (frein)	506	21 %	1 359	29 %	828	29 %	93	31 %
2	440	19 %	999	22 %	676	24 %	65	22 %
3	902	38 %	1 463	32 %	899	32 %	98	33 %
4	337	14 %	505	11 %	275	10 %	23	8 %
5 (avantage)	186	8 %	307	7 %	146	5 %	17	6 %

6.4. 48 % des médecins estiment que le fait de pouvoir faire de la recherche ou des travaux transversaux est un critère positif dans le cadre du choix d'un poste

Le fait de pouvoir faire des travaux de recherche ou des travaux transversaux est un facteur positif pour les médecins qui à 48 % l'ont coté en 4 (29 %) ou 5 (19 %). 27 % des médecins déclarent néanmoins que cette possibilité fait plutôt partis des freins à l'occupation d'un emploi.

Graphique 11 : Importance du fait de pouvoir effectuer des travaux transversaux et de recherche



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

Pour ce critère, l'âge n'a que des effets réduits.

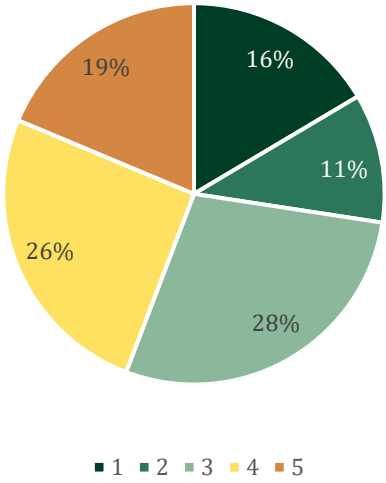
Tableau 30 : Importance de la possibilité de la faire de la recherche et des travaux transversaux dans le choix d'un poste par tranche d'êge

Importance de la possibilité de faire de la recherche	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
1 (frein)	331	13 %	702	14 %	408	13 %	49	14 %
2	356	14 %	645	13 %	460	15 %	39	12 %
3	663	26 %	1 263	25 %	763	25 %	88	26 %
4	805	32 %	1 434	28 %	869	28 %	91	27 %
5 (favorable)	395	15 %	1 004	20 %	597	19 %	71	21 %

6.5. Pour 45 % des répondants la capacité d'être en exercice mixte est un élément favorable dans le choix d'un poste

Le fait de pouvoir avoir un exercice mixte soit une activité libérale en plus de l'activité salariée à l'hôpital est estimé être un critère très favorable par 19 % et favorable (coté 4) par 26 % d'entre eux. 16 % considère néanmoins que c'est un frein.

Graphique 12 : importance de la possibilité d'être en exercice mixte dans le choix d'un poste



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

L'âge des médecins a une incidence sur leur opinion quant à la capacité à être en exercice mixte. Les médecins de moins de 35 % cotent ainsi à 55 % en 4 et 5, soit positivement, cette capacité alors qu'un tiers environ des plus de 35 ans font de même.

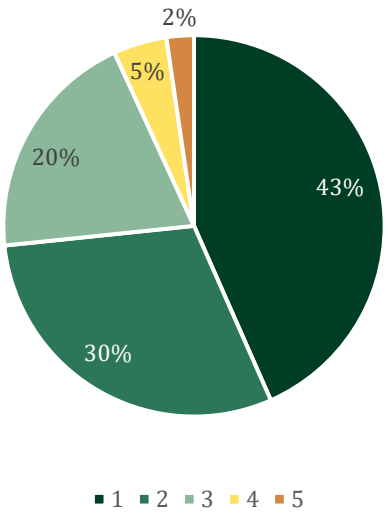
Tableau 31 : Importance de la capacité à être en exercice mixte dans le choix d'un poste par tranche d'âge

Importance de l'exercice mixte	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
1 (frein)	269	11 %	819	17 %	609	21 %	69	21 %
2	211	8 %	540	11 %	382	13 %	46	14 %
3	656	26 %	1 398	28 %	907	31 %	88	27 %
4	787	31 %	1 242	25 %	651	22 %	61	19 %
5 (avantage)	620	24 %	911	19 %	415	14 %	58	18 %

6.6. L'existence de gardes et astreintes fréquentes est le critère le moins favorable à la prise d'un poste 73 % des médecins estimant que c'est un frein

Pour 43 % des médecins, le fait d'avoir des gardes et astreintes fréquentes est un obstacle à la prise d'un poste dans un établissement (coté 1), 30 % le cote en 2 avec une opinion négative par conséquent. Ils ne sont que 2 % à estimer que c'est un avantage et à le coter en 5 comme très positif. Ce critère est par conséquent celui qui suscite les opinions les plus tranchées et le plus discriminant selon la perception des médecins.

Graphique 13 : Importance des gardes et astreintes fréquentes dans le choix d'un poste



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

Comme pour les autres critères, l'âge module les opinions avec une distinction des moins de 35 ans qui se distinguent avec 65 % d'opinions négatives sur les gardes et astreintes mais également les plus de 65 ans avec 70 % quand les 35 à 64 ans, soit la tranche qui est la plus appelée à participer aux gardes et astreintes sont 75 à 77 % à juger ce critère comme un frein à la prise d'un poste.

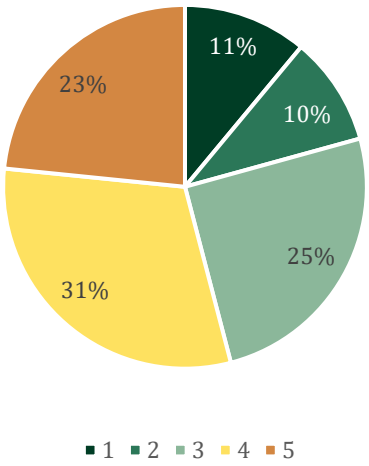
Tableau 32 : Importance des gardes et astreintes fréquentes dans le choix d'un poste par tranche d'âge

Importance des gardes et astreintes fréquentes	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
1 (frein)	915	35 %	2 276	45 %	1 453	47 %	146	44 %
2	784	30 %	1 500	30 %	938	30 %	84	26 %
3	648	25 %	940	19 %	522	17 %	74	22 %
4	175	7 %	216	4 %	92	3 %	17	5 %
5 (avantage)	62	2 %	106	2 %	79	3 %	8	2 %

6.7. L'attractivité du territoire est un critère favorable pour prendre un poste pour 55 % des médecins

Pour 23 % des médecins l'attractivité du territoire est un élément très positif dans le choix d'un poste (coté 5) et pour 31 % positif (coté 4). Pour 25 % des médecins le territoire peut être un frein pour prendre un poste dans un établissement (11 % coté 5 ; 10 % coté 4). L'attractivité apparait donc comme l'un des premiers critères de motivation des médecins, il est celui qui a reçu le plus d'avis positifs.

Graphique 14 : Importance de l'attractivité du territoire dans le choix d'un poste



Réponses à la question : quels sont pour vous les facteurs pour prendre un poste de praticien dans un établissement public (1=très négatif / 5=très positif) ? Rémunération / possibilité de TTA / possibilité PST / gardes et astreintes fréquentes / temps continu /quotité de temps pour la recherche ou les travaux transversaux / exercice mixte / attractivité du territoire.

Une fois encore les moins de 35 ans se distinguent avec une proportion plus élevée d'opinion positive (66 %) mais également proportionnellement moins de médecins estimant que l'attractivité est un obstacle (15 % contre 21 à 28 % pour les plus de 35 ans).

Tableau 33 : Importance de l'attractivité du territoire dans le choix d'un poste selon la classe d'âge

Importance de l'attractivité du territoire	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
1 (frein)	192	7 %	580	12 %	390	13 %	55	16 %
2	206	8 %	468	9 %	355	12 %	39	12 %
3	567	22 %	1 273	25 %	837	27 %	100	30 %
4	846	33 %	1 571	31 %	882	29 %	74	22 %
5 (avantage)	775	30%	1 129	22 %	606	20 %	67	20 %

RÉSULTATS DE L'ENQUETE MENÉE AUPRES DES MEDECINS SPECIALISTES LIBERAUX

SOMMAIRE

1. CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE 1

1.1. Spécialités, genre et âge des médecins répondants 1

1.2. 69 % des médecins ayant répondu ont pour secteur de conventionnement le secteur 2 2

1.3. Modes d'exercice des médecins ayant répondu 2

1.3.1. 41 % des médecins ayant répondu exercent en groupe avec d'autres médecins de la même spécialité 2

1.3.2. 74 % des répondants ont un exercice libéral exclusif 3

2. LES MÉDECINS DÉCLARENT TRAVAILLER EN MOYENNE ENTRE 46 ET 50 HEURES LORS D'UNE SEMAINE ORDINAIRE, TOUTES ACTIVITÉS COMPRISES 3

2.1. Temps de travail hebdomadaire lors d'une semaine ordinaire toutes activités comprises 3

2.2. Le temps de travail consacré à l'activité libérale est en moyenne entre 41 et 45h hebdomadaires 5

2.3. 72 % des médecins déclarent avoir entre 4 et 5 jours par semaine d'exercice d'activité libérale 6

2.4. 48 % des médecins déclarent travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine 8

2.5. Les débuts de journées avant 8 h et fin de journées après 20h sont des pratiques minoritaires 9

2.6. 77 % des médecins déclarent travailler occasionnellement ou régulièrement le week-end 10

2.7. 7 % des médecins déclarent ne jamais prendre de pause méridienne 11

3. LE TEMPS CLINIQUE REPRÉSENTE ENTRE 70 ET 90 % DU TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS LIBÉRAUX ET LE TEMPS ADMINISTRATIF MOINS DE 15 % DE LEUR TEMPS 11

3.1. Le temps clinique représente en moyenne entre 71 et 75 % du temps de travail des médecins ayant répondu 11

3.1. La durée des consultations est en moyenne de 22,4 minutes mais varie selon les spécialités 14

3.2. Le temps administratif et de coordination représentent majoritairement en dessous de 15 % du temps d'activité libérale 14

3.3. Le temps de formation représente majoritairement moins de 10 % du temps d'activité libérale 15

3.4. 37 % des médecins libéraux déclarent effectuer régulièrement des gardes et des astreintes 15

4. LES ÉVOLUTIONS ET LA MAITRISE DU TEMPS DE TRAVAIL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX 16

4.1. 36 % des médecins répondants ont le sentiment de ne pas maitriser leur temps de travail 16

4.2. 35 % des médecins déclarent que leur temps de travail a augmenté depuis les 5 dernières années 17

4.3. 66 % des médecins estiment que leur temps de travail est élevé ou trop élevé 18

4.4. 48 % des médecins déclarent qu'ils souhaitent réduire leur temps de travail dans les prochaines années 19

5. L'UTILISATION DE LEVIERS POUR LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL : PARTAGES DE TÂCHES, SECRÉTARIAT, OUTILS NUMÉRIQUES 21

5.1. 68 % des médecins déclarent disposer d'un secrétariat au sein de leur cabinet mais seulement 17 % d'un assistant médical 21

5.2. 68 % des médecins déclarent ne pas travailler avec un autre professionnel de santé 22

5.3. Les outils de prise de rendez-vous et le dossier patient sont majoritairement utilisés comme outils d'appui par les médecins spécialistes libéraux 23

5.4. 30 % des médecins déclarent effectuer régulièrement des téléconsultations 24

5.5. 58 % des médecins n'ont pas recours à un remplaçant 25

L'enquête a été conduite du 7 avril au 4 juin 2026. Elle était destinée aux médecins libéraux des sept spécialités suivantes :

- anesthésie-réanimation ;
- cardiologie ;
- dermatologie ;
- gynécologie ;
- ophtalmologie ;
- pédiatrie ;
- psychiatrie.

1 560 médecins ont répondu, parfois appartenant à d'autres spécialités. La mission a choisi de conserver l'ensemble des réponses exploitables même si les médecins n'appartenaient pas aux spécialités ciblées. Ces résultats englobant l'ensemble des médecins libéraux ayant répondu sont présentés ci-après.

Une partie du questionnaire était facultative, les développements ci-après reprennent également ces réponses. Pour chaque question, le nombre de répondants est indiqué.

Seuls les gynécologues, pédiatres et ophtalmologues ont répondu en nombre suffisant pour qu'une approche par spécialité puisse être retenue, elle est présentée dans l'annexe IV du rapport.

1. Caractéristiques des médecins ayant répondu à l'enquête

1.1. Spécialités, genre et âge des médecins répondants

43 % des médecins ayant répondu sont des gynécologues (gynécologie obstétrique et médicale). L'échantillon de l'enquête est donc fortement orienté par les réponses de cette spécialité et induit vraisemblablement des biais liés aux spécificités qui la caractérise. 28 % des répondants sont des pédiatres et 12 % des ophtalmologues ce qui induit la aussi des réponses aux questions marquées par les particularités de l'exercice de ces deux spécialités.

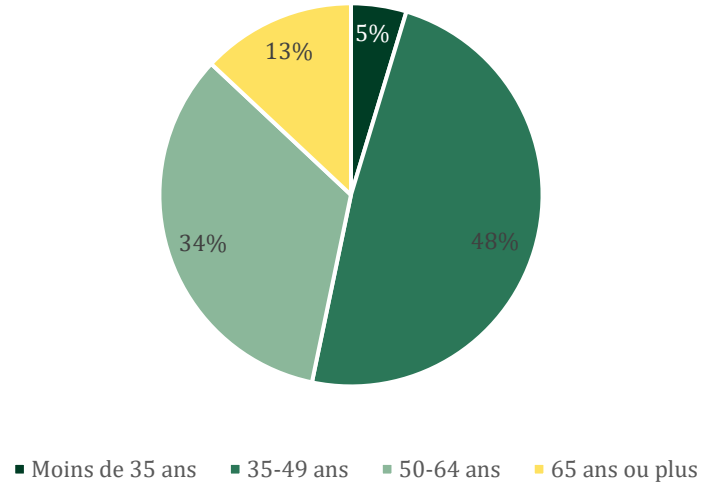
De même les femmes y sont surreprésentées : elles sont 67 % des médecins ayant répondus.

Tableau 1 : Spécialités des médecins libéraux ayant répondu à l'enquête

	Femmes	Hommes	Total général	% des répondants
Anesthésie-réanimation	37	49	86	6 %
Autre	93	56	149	10 %
Cardiologie	5	14	19	1 %
Dermatologie et vénéréologie	6		6	0 %
Gynécologie-obstétrique	461	208	669	43 %
Ophtalmologie	76	104	180	12 %
Pédiatrie	362	69	431	28 %
Psychiatrie	8	12	20	1 %
Total	1048	512	1560	100 %

48 % des médecins ayant répondu ont entre 35 et 49 ans.

Graphique 1 : Répartition par tranche d'âge des médecins ayant répondu



1.2. 69 % des médecins ayant répondu ont pour secteur de conventionnement le secteur 2

Plus des 2/3 des médecins appartiennent au secteur 2 dont 27 % avec une contractualisation Optam, soit une proportion légèrement supérieure à la moyenne des médecins spécialistes (56 % en 2024).

Tableau 2 : Secteur de conventionnement des médecins ayant répondu à l'enquête

secteur de conventionnement	Nombre de médecins	en %
Secteur 1	428	29 %
Secteur 2 avec OPTAM	399	27 %
Secteur 2 hors OPTAM	611	42 %
Non conventionné	8	1 %
Je ne sais pas	8	1 %
Total	1454	100 %

Réponses à la question : quel est votre secteur conventionnel ?

1.3. Modes d'exercice des médecins ayant répondu

1.3.1. 41 % des médecins ayant répondu exercent en groupe avec d'autres médecins de la même spécialité

La majorité des médecins répondants (54 %) exercent en groupe : soit avec des médecins de la même spécialité (41 %) soit avec des médecins d'autres spécialités (6 %) ou d'autres professionnels de santé (7 %).

Ils ne sont que 19 % à avoir un exercice en cabinet seul exclusif.

Tableau 3 : Modalité d'exercice pluriprofessionnel des répondants

Mode d'exercice	Nombre de médecins	En %
En groupe avec d'autres médecins de la même spécialité	572	41 %
En groupe avec d'autres médecins de spécialités différentes	90	6 %
En groupe avec d'autres professionnels de santé	100	7 %
Principalement au sein d'un établissement de santé privé	165	12 %
Seul	261	19 %
Seul en cabinet + en clinique	184	13 %
en groupe + clinique	19	1 %
autre	13	1 %

1.3.2. 74 % des répondants ont un exercice libéral exclusif

Seuls 26 % des médecins ayant répondu déclarent avoir une autre activité en complément de leur activité libérale. Pour ceux ayant une activité, elle est majoritairement à l'hôpital public (55 %).

Tableau 4 : Structures dans lesquels les médecins déclarent exercer une activité en plus de leur activité libérale

Structure d'exercice	Nombre de médecins	En %
En entreprise	9	3 %
Enseignement / expertises	25	9 %
Salarié (y c vacations) clinique	27	10 %
Salarié (y c vacations) hôpital public	152	55 %
Salarié (y c/ vacations) clinique	5	2 %
Salarié en centres de santé	5	2 %
Salarié établissement médico-sociaux ou PMI	43	16 %
Autre	8	3 %
Total	274	100 %

Réponses à la question : en complément de votre activité avez-vous une autre activité ? si oui laquelle ?

2. Les médecins déclarent travailler en moyenne entre 46 et 50 heures lors d'une semaine ordinaire, toutes activités comprises

2.1. Temps de travail hebdomadaire lors d'une semaine ordinaire toutes activités comprises

Les médecins spécialistes ont déclaré un cycle de travail lors d'une semaine normale en moyenne de 46 à 50 heures, toutes activités comprises.

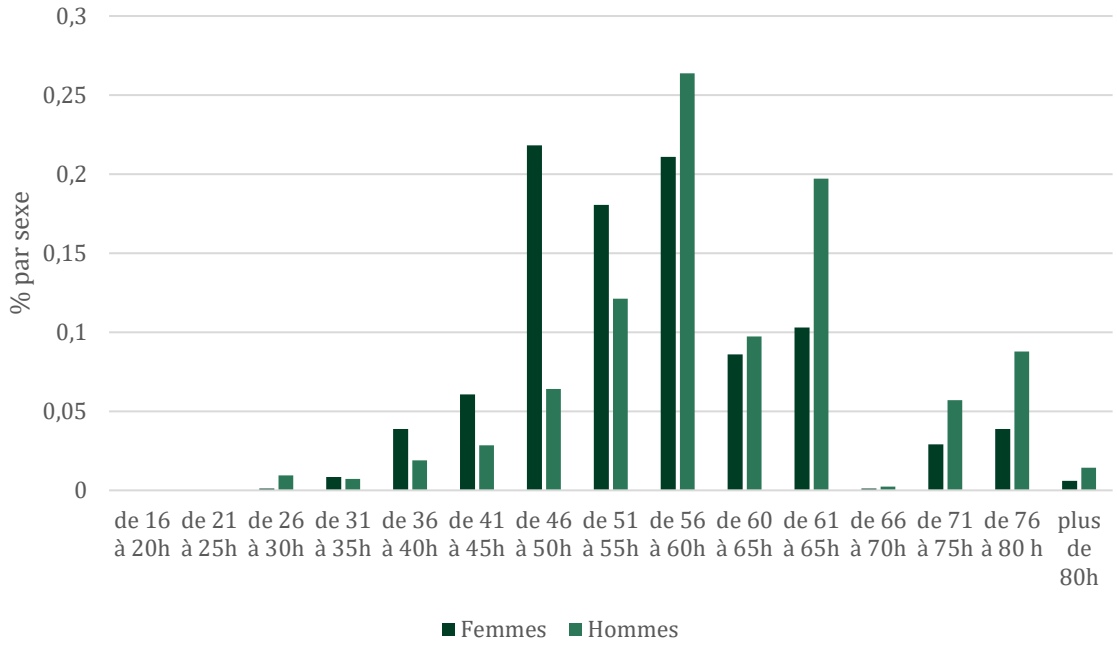
Tableau 5 : Cycles hebdomadaires de travail lors d'une semaine ordinaire toutes activités comprises

Cycle hebdomadaire	Nombre de répondants	En %
Moins de 15h	7	0,5 %
de 16 à 20h	5	0,4 %
de 21 à 25h	10	0,8 %
de 26 à 30h	40	3,1 %
de 31 à 35h	62	4,9 %
de 36 à 40h	207	16,2 %
de 41 à 45h	201	15,8 %
de 46 à 50h	285	22,4 %
de 51 à 55h	112	8,8 %
de 56 à 60h	169	13,3 %
de 61 à 65h	50	3,9 %
de 66 à 70h	69	5,4 %
de 71 à 75h	11	0,9 %
de 76 à 80 h	18	1,4 %
plus de 80h	9	0,7 %
Ne sait pas	19	1,5 %

Réponses à la question : Lors d'une semaine ordinaire, en comptant l'ensemble de vos activités professionnelles, combien d'heures travaillez-vous approximativement ?

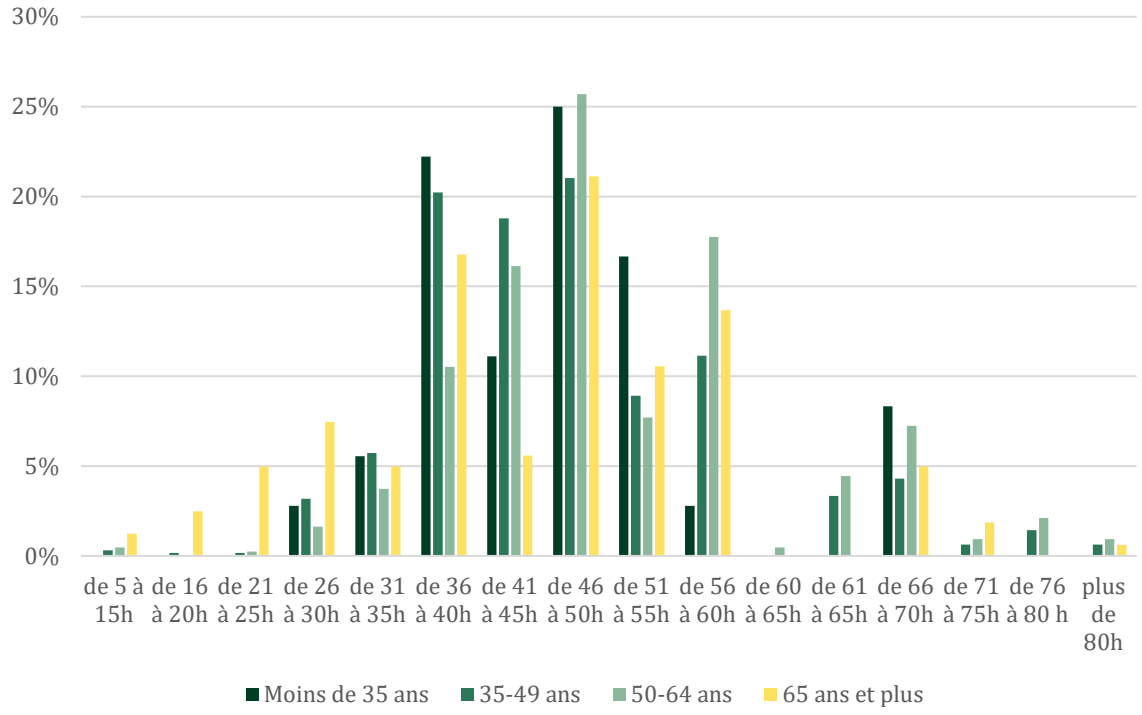
Les cycles hebdomadaires, toutes activités comprises, des femmes sont néanmoins moins élevés proportionnellement que ceux des hommes. Le plus grand nombre d'entre elles a en effet un cycle de 46 à 50h et les effectifs se concentrent sur des durées hebdomadaires allant de 46 à 60h lorsque les effectifs des hommes se concentre sur les cycles de 56 à 65 heures hebdomadaires

Graphique 2 : Cycles hebdomadaires de travail lors d'une semaine ordinaire par sexe



Le plus grand nombre de médecins travaillent entre 36 et 60h par semaine. Les médecins de moins de 35 ans concentrent néanmoins leur activité sur les cycles entre 36 et 55 heures alors que la dispersion des autres médecins est entre 36 et 60 heures

Graphique 3 : Cycles de travail lors d'une semaine ordinaire déclarés par tranche d'âges



2.2. Le temps de travail consacré à l'activité libérale est en moyenne entre 41 et 45h hebdomadaires

S'agissant de la seule activité libérale, le cycle de travail moyen déclaré est entre 41 et 45 heures hebdomadaires.

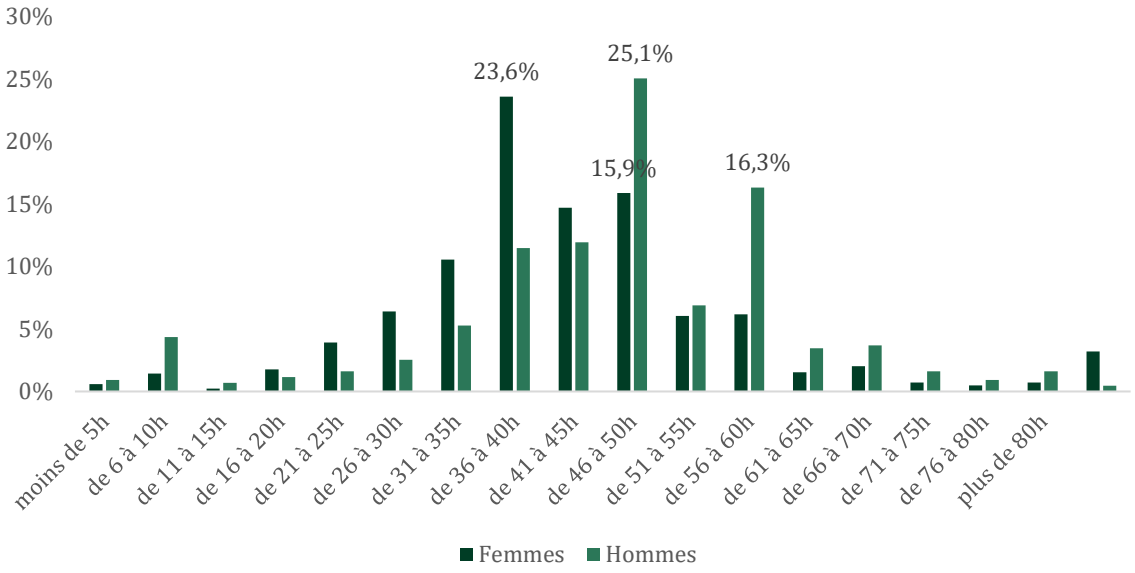
Tableau 6 : Cycles hebdomadaires de l'activité libérale

Temps moyen pour l'activité libérale	Nombre de médecins	En %
moins de 5h	9	0,7 %
de 6 à 10h	31	2,4 %
de 11 à 15h	5	0,4 %
de 16 à 20h	20	1,6 %
de 21 à 25h	40	3,1 %
de 26 à 30h	65	5,1 %
de 31 à 35h	112	8,7 %
de 36 à 40h	249	19,4 %
de 41 à 45h	177	13,8 %
de 46 à 50h	243	19,0 %
de 51 à 55h	81	6,3 %
de 56 à 60h	124	9,7 %
de 61 à 65h	28	2,2 %
de 66 à 70h	33	2,6 %
de 71 à 75h	13	1,0 %
de 76 à 80h	8	0,6 %
plus de 80h	13	1,0 %
Ne sait pas	30	2,3 %
Total	1281	

Réponses à la question Lors d'une semaine ordinaire, combien d'heures consacrez-vous approximativement à votre activité libérale ?

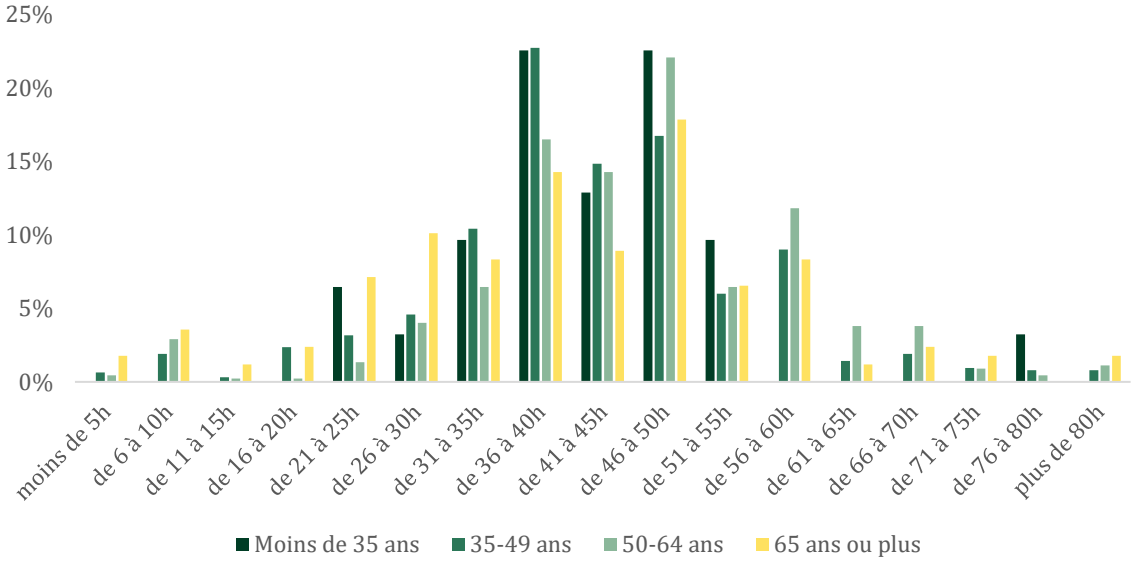
Les cycles hebdomadaires consacrés à l'activité libérale diffèrent sensiblement entre les femmes et les hommes. Quasiment un quart des femmes déclarent en effet consacrer entre 36 et 40h à leur activité libérale quand les hommes se concentrent davantage sur des cycles plus élevés, un quart d'entre eux déclarent consacrer entre 46 et 50 heures à leur activité libérale.

Graphique 4 : Cycles hebdomadaires pour l'activité libérale par sexe



Les différences à raison de l'âge sont moins marquées s'agissant de l'activité libérale que pour l'activité globale, les moins de 35 ans ne se distinguant pas des autres tranches d'âge.

Graphique 5 : Cycles hebdomadaires pour l'activité libérale par tranches d'âge



2.3. 72 % des médecins déclarent avoir entre 4 et 5 jours par semaine d'exercice d'activité libérale

30,7 % des médecins déclarent avoir une activité libérale par semaine de 4 jours et 30,3 % une activité de 5 jours. Ils ne sont que 10,4 % à déclarer une activité libérale supérieure à 5 jours.

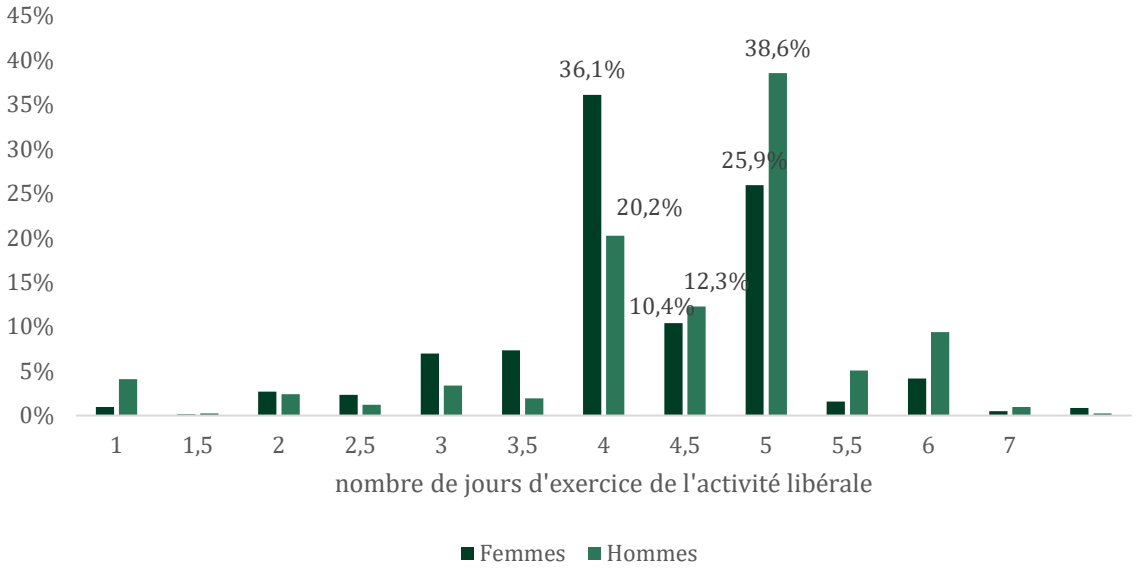
Tableau 7 : Nombre de jours d'activité libérale par semaine

Nombre de jours d'exercice de l'activité libérale	Nombre de médecins	En %
1	25	2,0 %
1,5	2	0,2 %
2	32	2,6 %
2,5	24	1,9 %
3	71	5,7 %
3,5	68	5,5 %
4	379	30,7 %
4,5	136	11,0 %
5	374	30,3 %
5,5	34	2,8 %
6	74	6,0 %
7	8	0,6 %
Ne sait pas	8	0,6 %

Réponses à la question : Lors d'une semaine ordinaire, sur combien de jours exercez-vous votre activité libérale

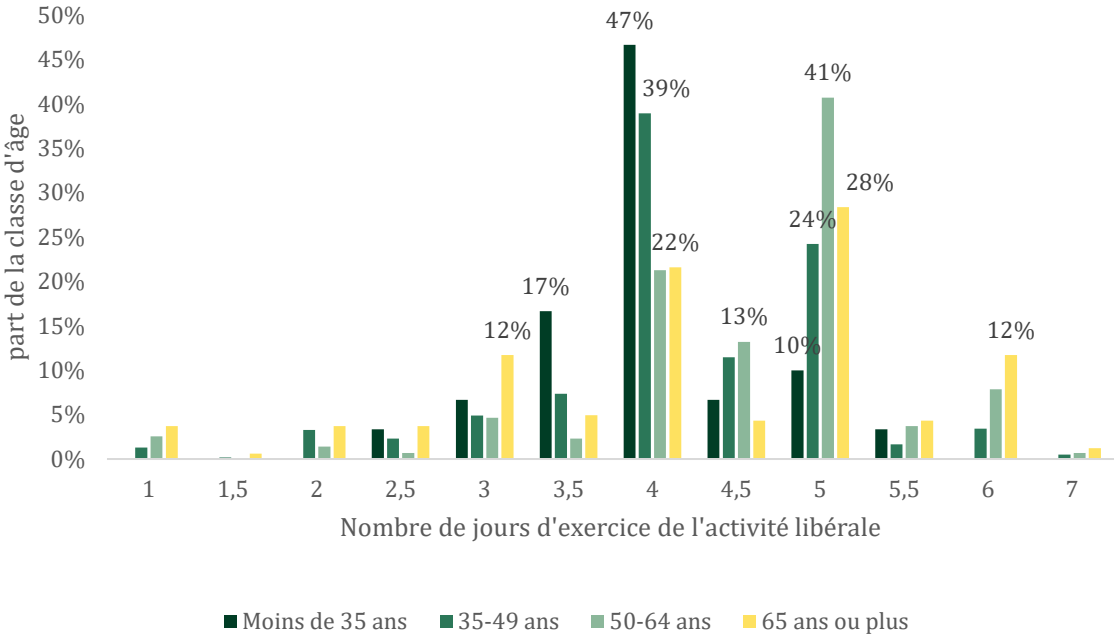
Il existe une différence de comportement entre les femmes et les hommes, les femmes concentrant leur activité libérale principalement sur 4 jours, les hommes sur 5 jours.

Graphique 6 : Nombre de jours par semaine d'activité libérale selon le sexe



Il existe également des différences significatives entre les différentes tranches d'âge. Les moins de 35 ans sont en effet 47 % à déclarer une activité libérale concentrée sur 4 jours, ils sont 39 % pour les 35-49 ans et seulement un peu plus de 20 % pour les 50 ans et plus. Les médecins ayant entre 50 et 65 ans sont 41 % à avoir une activité libérale de 5 jours par semaine alors qu'ils ne sont que 24 % pour la classe d'âge 35-49 ans.

Graphique 7 : Nombre de jours par semaine d'activité libérale par tranche d'âge



2.4. 48 % des médecins déclarent travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine

La semaine des médecins ayant répondu à l'enquête, toutes activités comprises, se concentre sur 4 à 5 jours. 69 % des médecins ont déclarés travailler entre 8 et 10 demi-journées. Il existe une différence entre femmes et hommes, les femmes étant proportionnellement plus nombreuses à travailler 8 demi-journées (31 % des répondantes) et les hommes proportionnellement plus nombreux à travailler sur 10 demi-journées (33 %).

Tableau 8 : Nombre de journées travaillées lors d'une semaine toutes activités comprises

Nombre de demies journées travaillées	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
1	1	0 %	2	1 %	3	0 %
2	3	0 %	1	0 %	4	0 %
2,5		0 %	1	0 %	1	0 %
3		0 %	1	0 %	1	0 %
3,5		0 %	1	0 %	1	0 %
4	7	1 %	2	1 %	9	1 %
4,5	3	0 %	5	2 %	8	1 %
5	10	2 %	5	2 %	15	2 %
5,5	1	0 %	2	1 %	3	0 %
6	29	5 %	6	2 %	35	4 %
6,5	3	0 %		0 %	3	0 %
7	77	12 %	7	2 %	84	9 %
7,5	10	2 %	2	1 %	12	1 %
8	192	31 %	51	18 %	243	27 %
8,5	12	2 %	1	0 %	13	1 %
9	130	21 %	63	22 %	193	21 %
9,5	8	1 %	2	1 %	10	1 %
10	96	15 %	94	33 %	190	21 %
10,25		0 %	1	0 %	1	0 %
10,5	2	0 %	2	1 %	4	0 %
11	22	4 %	25	9 %	47	5 %
12	7	1 %	6	2 %	13	1 %
13	1	0 %		0 %	1	0 %
14	1	0 %	1	0 %	2	0 %
NSP	7	1 %	2	1 %	9	1 %
Total	622		283		905	

Réponses à la question : Lors d'une semaine ordinaire, combien de demi-journées travaillez-vous approximativement ?

2.5. Les débuts de journées avant 8 h et fin de journées après 20h sont des pratiques minoritaires

S'agissant des amplitudes de journée déclarées par les médecins, la majorité déclarent ne jamais travailler avant 8h (55 %) et 34 % ne jamais travailler après 20h.

Le début de journée avant 8h n'est une pratique régulière que pour 16 % des médecins ayant répondu et la fin de journée une pratique pour 10 % des répondants.

Les comportements entre les femmes et les hommes diffèrent sensiblement sur le début de journée avant 8h : 61 % des femmes déclarent ne jamais travailler avant 8h et seulement 43 % des hommes. 24 % des hommes travaillent au moins 4 jours par semaine avant 8h pour 13 % de femmes.

Il n'existe en revanche pas de différence sensible s'agissant du travail après 20h.

Tableau 9 : Nombre de fois par semaine où l'activité des médecins débute avant 8h le matin

Récurrence hebdomadaire	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
1 fois	87	13 %	47	15 %	134	14 %
2 fois	42	6 %	36	12 %	78	8 %
3 fois	38	6 %	19	6 %	57	6 %
4 fois ou plus	84	13 %	72	24 %	156	16 %
Jamais	400	61 %	130	43 %	530	55 %
Je ne sais pas	5	1 %	1	0 %	6	1 %

Réponses à la question : Combien de fois par semaine travaillez-vous habituellement avant 8 heures ?

Tableau 10 : Nombre de fois par semaine où l'activité se termine après 20h

Récurrence hebdomadaire	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
1 fois	181	28 %	82	27 %	263	27 %
2 fois	98	15 %	61	20 %	159	17 %
3 fois	64	10 %	40	13 %	104	11 %
4 fois ou plus	55	8 %	43	14 %	98	10 %
Jamais	249	38 %	79	26 %	328	34 %
Je ne sais pas	8	1 %	1	0 %	9	1 %

Combien de fois par semaine travaillez-vous habituellement après 20 heures ?

2.6. 77 % des médecins déclarent travailler occasionnellement ou régulièrement le week-end

Le travail le week-end est une pratique relativement courante seuls 22 % des médecins déclarant ne jamais travailler le week-end. Il n'existe pas de différence sensible entre femmes et hommes.

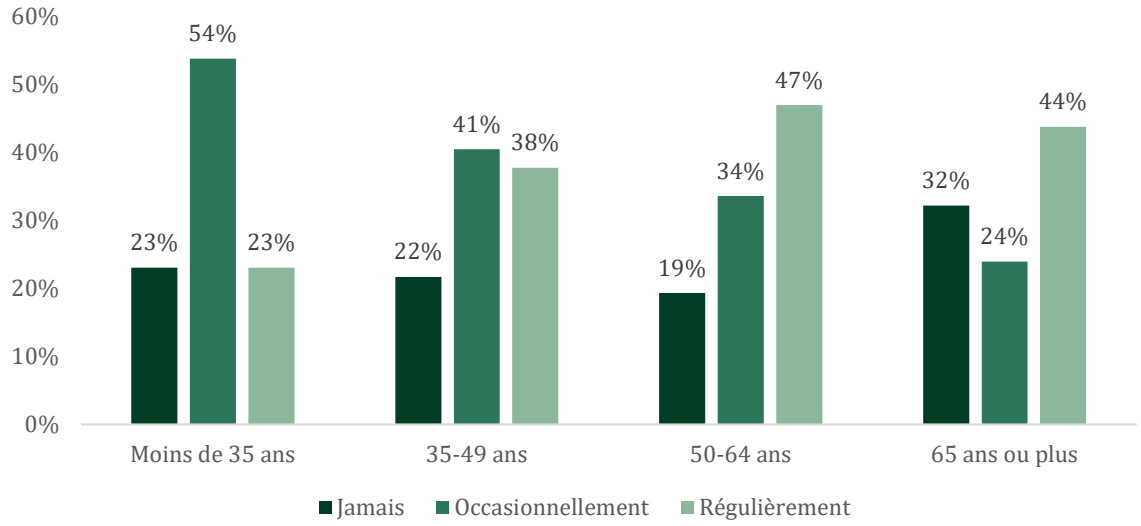
Tableau 11 : Récurrence du travail le week-end

Récurrence hebdomadaire	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
Jamais	164	25 %	51	17 %	215	22 %
Occasionnellement	229	35 %	120	39 %	349	36 %
Régulièrement	263	40 %	135	44 %	398	41 %

Réponses à la question : Travaillez-vous habituellement le week-end ?

Il existe des différences de pratiques entre les différentes classes d'âge, les 50 ans et plus étant proportionnellement plus nombreux à travailler de manière régulière le week-end (47 % pour les 50-64 ans et 44 % pour les 65 ans et plus).

Graphique 8 : récurrence du travail le week-end par tranche d'âge



2.7. 7 % des médecins déclarent ne jamais prendre de pause méridienne

Quasiment les deux tiers des médecins (64 %) prennent toujours où souvent une pause méridienne d'au moins 20 minutes mais 7 % d'entre eux déclarent ne jamais en prendre.

Tableau 12 : Récurrence de la pause méridienne

Récurrence	Nombre de médecins	En %
Jamais	72	7 %
Parfois	273	28 %
Souvent	317	33 %
Toujours	299	31 %
Je ne sais pas	2	0 %

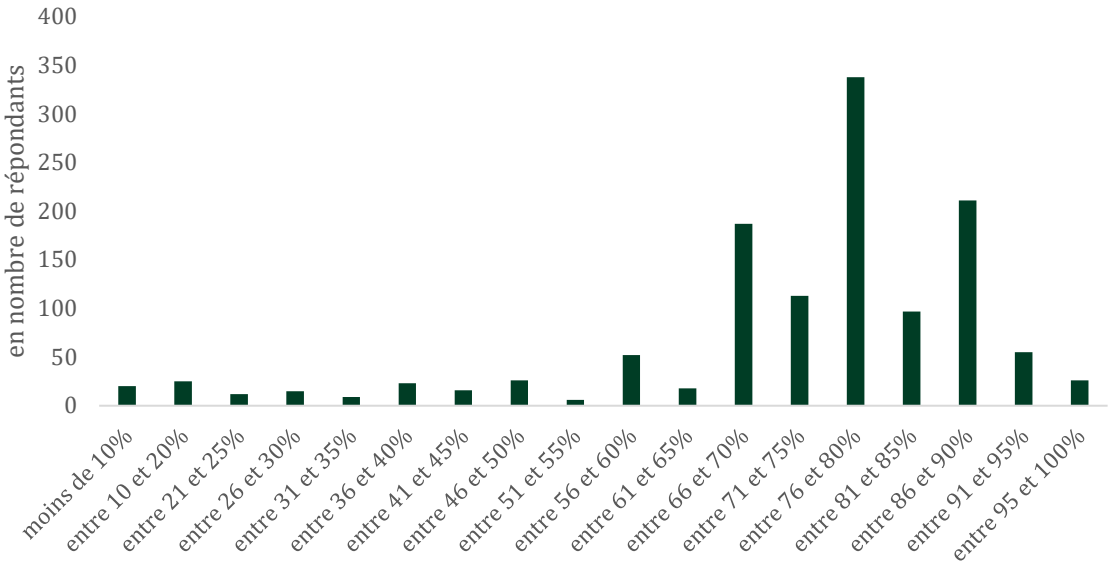
Réponses à la question : Lors d'une semaine ordinaire, disposez-vous généralement d'une pause méridienne d'au moins 20 minutes ?

3. Le temps clinique représente entre 70 et 90 % du temps de travail des médecins libéraux et le temps administratif moins de 15 % de leur temps

3.1. Le temps clinique représente en moyenne entre 71 et 75 % du temps de travail des médecins ayant répondu

15 % des médecins déclarent qu'ils consacrent entre 66 et 70 % de leur temps de travail au temps clinique ; 27 % qu'ils y concentrent entre 76 et 80 % de leur temps et 17 % entre 86 et 90 % de leur temps. En moyenne, le temps clinique déclaré se situe entre 71 et 75 % du temps de travail des médecins

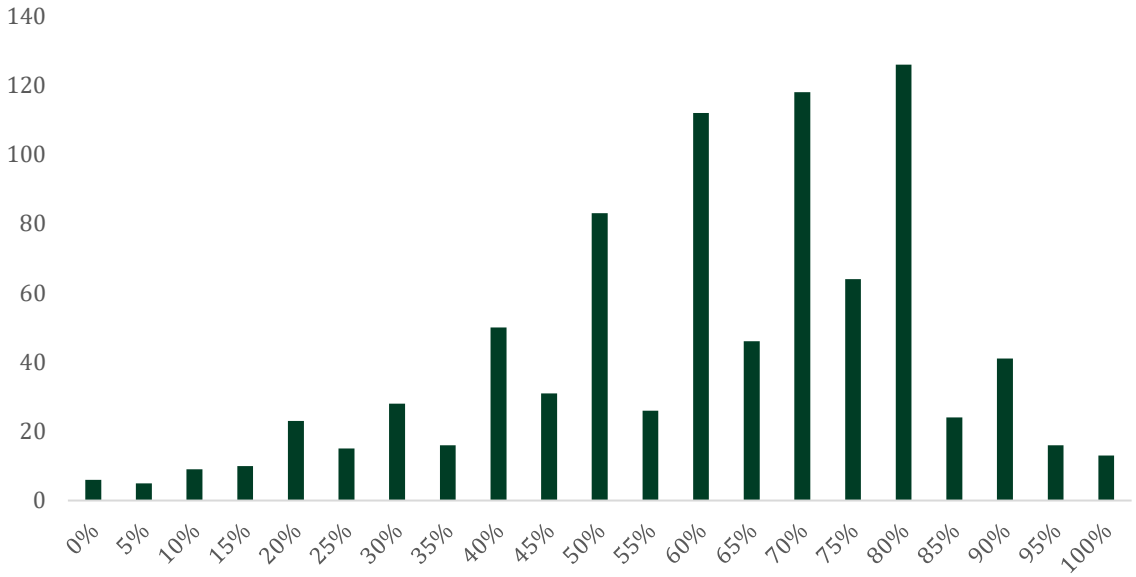
Graphique 9 : Part du temps clinique dans le temps de travail des médecins libéraux



Réponses à la question : . Dans votre activité libérale de ville, quelle part de votre temps consacrez-vous principalement aux activités cliniques ?

Dans le cadre de leur temps clinique, les médecins déclarent passer en moyenne 61 % de leur temps à une activité programmée.

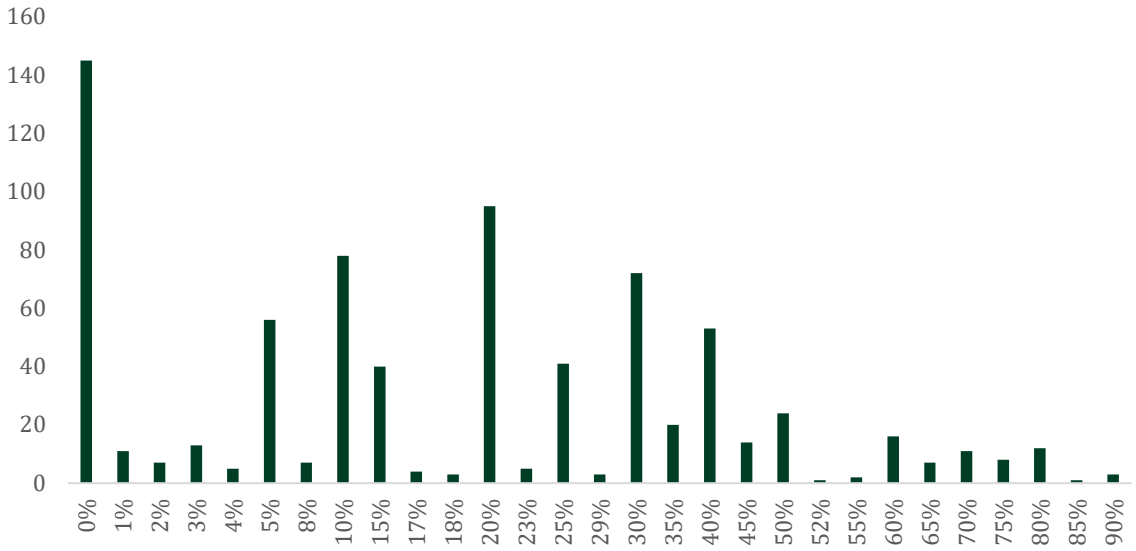
Graphique 10 : Part du temps consacrée à l'activité programmée



Réponses à la question : quelle quotité de temps consacrez-vous à l'activité non programmée

Les actes techniques et exploratoires représentent en moyenne 21 % du temps déclaré par les médecins répondants. 18 % des médecins déclarent cependant n'en effectuer aucun.

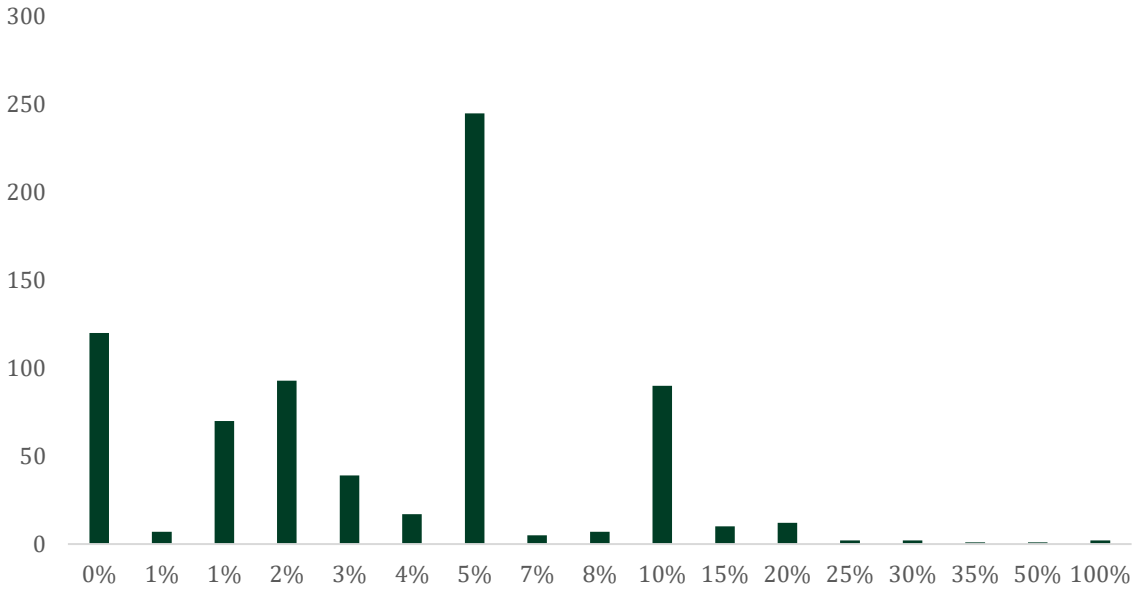
Graphique 11 : Quotité de temps consacrée aux actes techniques et exploratoires déclarée



Réponses à la question : quelle quotité de temps consacrez-vous aux actes techniques et exploratoires

La coordination avec d'autres professionnels représente 5 % du temps en moyenne des médecins spécialistes répondants. 16 % des médecins déclarent n'y consacrer aucun temps.

Graphique 12 : Quotité de temps consacrée à la coordination avec d'autres professionnels de santé déclarée



Réponses à la question : quelle quotité de temps consacrez-vous à la coordination avec d'autres professionnels de santé ?

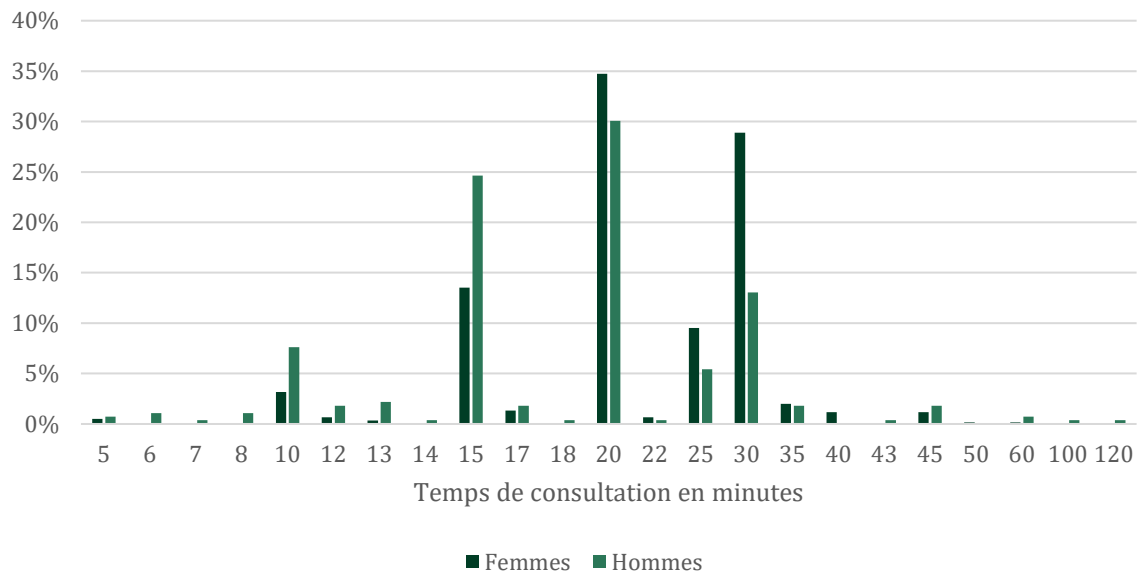
3.1. La durée des consultations est en moyenne de 22,4 minutes mais varie selon les spécialités

La durée des consultations déclarée est en moyenne de 22,5 minutes déclarés. Ce temps varie cependant significativement entre les spécialités. Pour la gynécologie, la pédiatrie et l'ophtalmologie, seules spécialités ayant un nombre suffisant de réponses pour pouvoir être exploité, les temps moyens de consultation sont en effet de :

- 26,3 minutes pour la pédiatrie
- 21,3 minutes pour la gynécologie
- 14,4 minutes pour l'ophtalmologie.

Il existe par ailleurs des différences entre hommes et femmes sur les temps de consultation, les femmes étant plus nombreuses proportionnellement à avoir des temps de consultation de 20 minutes ou plus (79 %) que les hommes (54 %).

Graphique 13 : Temps de consultation déclarés par sexe



3.2. Le temps administratif et de coordination représentent majoritairement en dessous de 15 % du temps d'activité libérale

40 % des médecins ont déclaré que le temps administratif représentait entre 5 et 10 % de leur temps d'activité libérale, 16 % qu'il représentait entre 11 et 15 % et 22 % qu'il représentait 16 à 20 % de leur temps.

Tableau 13 : Part du temps administratif dans le temps de travail des médecins libéraux

Quotité de temps administratif	nbre répondants	%
Moins de 5 %	90	7,1 %
5 à 10 %	509	40,0 %
11 à 15 %	200	15,7 %
16 à 20 %	278	21,9 %
21 à 30 %	129	10,1 %
31 à 50 %	32	2,5 %
plus de 50 %	9	0,7 %
NSP	25	2,0 %

Réponses à la question : Dans votre activité libérale de ville, quelle part de votre temps consacrez-vous principalement aux activités de gestion, coordination, tâches administratives ?

3.3. Le temps de formation représente majoritairement moins de 10 % du temps d'activité libérale

La formation représente une quotité réduite de temps dans l'activité libérale des médecins. Ils déclarent à 89 % y consacrer moins de 10 % de leur temps en moyenne.

Tableau 14 : Part du temps de formation dans le temps de travail des médecins libéraux

Quotité de temps administratif	Nombre répondants	%
Moins de 5 %	303	26 %
De 5 à 10 %	746	63 %
De 11 à 20 %	71	6 %
Plus de 20 %	27	2 %
Ne se prononce pas	41	3 %
Total	1188	100 %

Réponses à la question : Dans votre activité libérale de ville, quelle part de votre temps consacrez-vous principalement aux activités de formation ?

3.4. 37 % des médecins libéraux déclarent effectuer régulièrement des gardes et des astreintes

La majorité des médecins libéraux qui ont répondu ne fait jamais de gardes ou d'astreintes mais la proportion de médecins qui en font régulièrement est élevée avec 37 % des répondants qui déclarent y être astreints régulièrement. Ces proportions doivent néanmoins être prises avec prudence compte tenu du poids des gynécologues et pédiatres dans les répondants, ces spécialités étant appelées à traiter régulièrement des urgences.

Tableau 15 : Récurrence des gardes et astreintes chez les médecins spécialistes libéraux

Récurrence	Nombre de médecins	En %
Non	677	52 %
Oui, occasionnellement (moins d'une fois par mois)	146	11 %
Oui, régulièrement (plus d'une fois par mois)	485	37 %

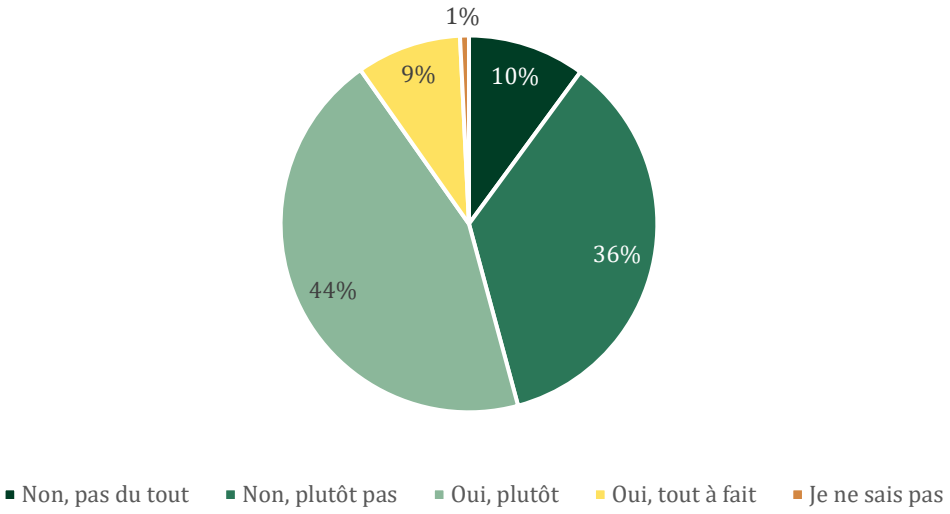
Réponses à la question : effectuez-vous des gardes et astreintes ?

4. Les évolutions et la maitrise du temps de travail des médecins spécialistes libéraux

4.1. 36 % des médecins répondants ont le sentiment de ne pas maitriser leur temps de travail

La majorité des médecins a le sentiment de maitriser son temps de travail : 44 % des médecins déclarent qu'ils maitrisent plutôt leur temps de travail. La proportion de médecins qui répondent qui ne le maitrise plutôt pas (36 %) ou pas du tout (10 %) est néanmoins élevée.

Graphique 14 : Sentiment de maitrise du temps de travail



Réponses à la question : Avez-vous le sentiment de maîtriser globalement votre temps de travail ?

Les différences entre hommes et femmes sont peu significatives contrairement à l'effet de l'âge. Ce sont dans les classes d'âge les plus actives que le sentiment de non maitrise est également le plus élevé : 52 % des médecins ayant entre 50 et 64 ans déclarent ainsi ne pas maitriser leur temps de travail et 46 % des 35-49 ans quand ils sont 33 % chez les 65 ans et plus et 38 % chez les moins de 35 %.

Graphique 15 : Sentiment de maitrise du temps de travail par classe d'âge

	Moins de 35 ans		35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
Non, pas du tout	2	5 %	67	10 %	54	12 %	9	5 %
Non, plutôt pas	13	33 %	224	35 %	182	40 %	49	28 %
Oui, plutôt	22	56 %	302	47 %	181	40 %	76	44 %
Oui, tout à fait	2	5 %	50	8 %	29	6 %	37	21 %
Je ne sais pas		0 %	4	1 %	4	1 %	2	1 %

Les motifs évoqués par les médecins à cette non maitrise dans le cadre d'une question ouverte se regroupe sous des catégories faisant part d'une charge lourde de travail, notamment les charges administratives, et de demandes des patients de plus en plus fortes. Les urgences sont également un facteur de difficultés d'organisation.

Tableau 16 : Les motifs de non maitrise du temps de travail

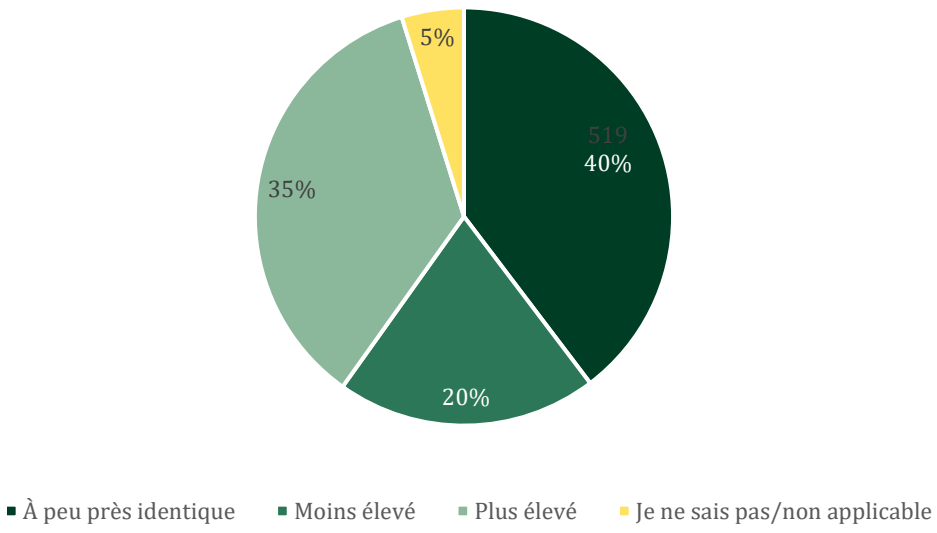
Motifs	Répondants
Beaucoup de coordination à faire	4
Besoin de payer les charges du cabinet	9
Charge de travail trop lourde et augmentant ne permettant pas de réguler son temps (épuisement, se sentir dépassé etc)	25
Demandes des patients de plus en plus nombreuses (réponses à faire, actes / consultations plus longs)	46
Nombre insuffisant de confrères (Désert médical, spécialiste manquant)	16
Tâches administratives lourdes	30
Urgences inopinées	32
Total	162

Regroupement des réponses à la question : Pour quels motifs le temps n'est pas maitrisé ?

4.2. 35 % des médecins déclarent que leur temps de travail a augmenté depuis les 5 dernières années

Interrogés sur la perception qu'ils avaient sur l'évolution de leurs temps de travail depuis les cinq dernières années, 35 % d'entre eux ont effet répondu que leur temps de travail était plus élevé et 40 % à peu près identique, aucune différence significative n'apparaissant entre les femmes et les hommes. Seuls les plus de 65 ans ont majoritairement estimé que leur temps de travail avait baissé (50 % d'entre eux).

Graphique 16 : Perception de l'évolution du temps de travail depuis les 5 dernières années



Réponses à la question : Par rapport à il y a 5 ans, votre temps de travail est-il aujourd'hui : liste item ci dessus

Les médecins de 65 ans et plus sont les seuls à faire état dans leur majorité d'un temps de travail moins élevé que 5 ans auparavant, ce qui illustre un ralentissement de l'activité libérale en fin de carrière.

Tableau 17 : Perceptions de l'évolution du temps de travail sur les 5 dernières années par tranches d'âge

Réponse	35-49 ans		50-64 ans		65 ans ou plus	
À peu près identique	258	40 %	189	42 %	56	33 %
Je ne sais pas/non applicable	35	5 %	10	2 %	4	2 %
Moins élevé	91	14 %	80	18 %	85	50 %
Plus élevé	263	41 %	171	38 %	26	15 %

Compte tenu de la brièveté de leur exercice les médecins de moins de 35 ans ont été exclus de ce tableau

Les femmes et les hommes ont une perception peu éloignée de l'évolution de leurs temps de travail.

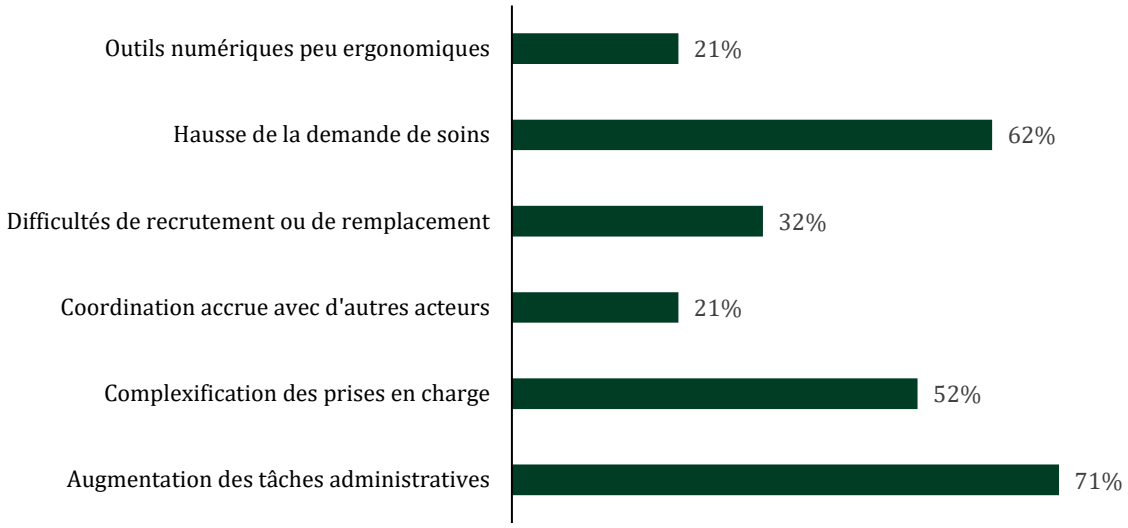
Tableau 18 : Perceptions de l'évolution du temps de travail sur les 5 dernières années par sexe

Réponse	Femmes	En proportion du nombre de femmes	Hommes	En proportion du nombre d'hommes
À peu près identique	329	38 %	188	43 %
Je ne sais pas/non applicable	54	6 %	9	2 %
Moins élevé	168	19 %	96	22 %
Plus élevé	315	36 %	146	33 %

Les motifs qui conduisent le plus à l'augmentation de leur charge de travail sont majoritairement de deux ordres :

- l'augmentation des tâches administratives pour 71 % des répondants ;
- les soins eux-mêmes qui sont plus complexes (52 %) avec une attente accrue de la patientèle (62 %).

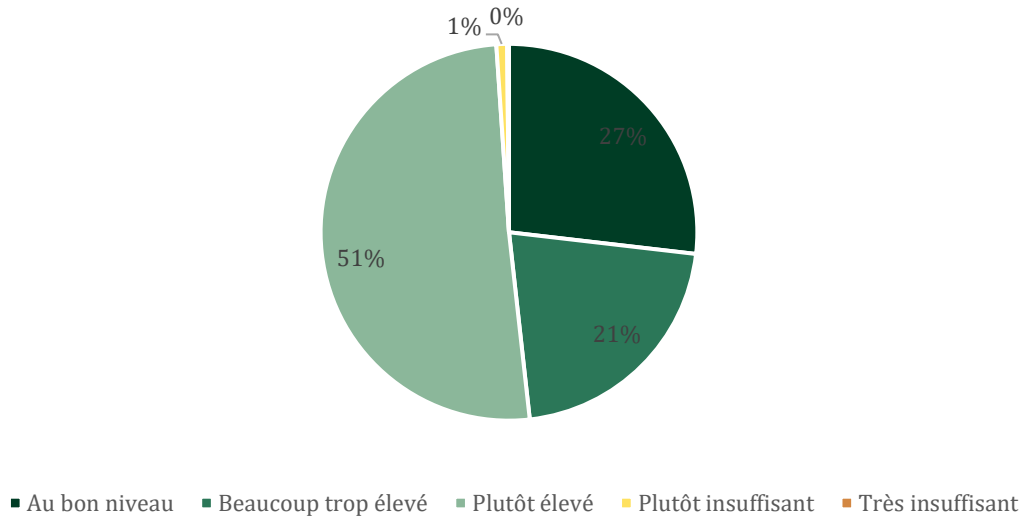
Graphique 17 : Motifs d'augmentation de la charge de travail des médecins



4.3. 66 % des médecins estiment que leur temps de travail est élevé ou trop élevé

51 % des médecins ayant répondu estiment que leur temps de travail est plutôt élevé et 21 % qu'il est beaucoup trop élevé. 27 % estiment qu'il est au bon niveau.

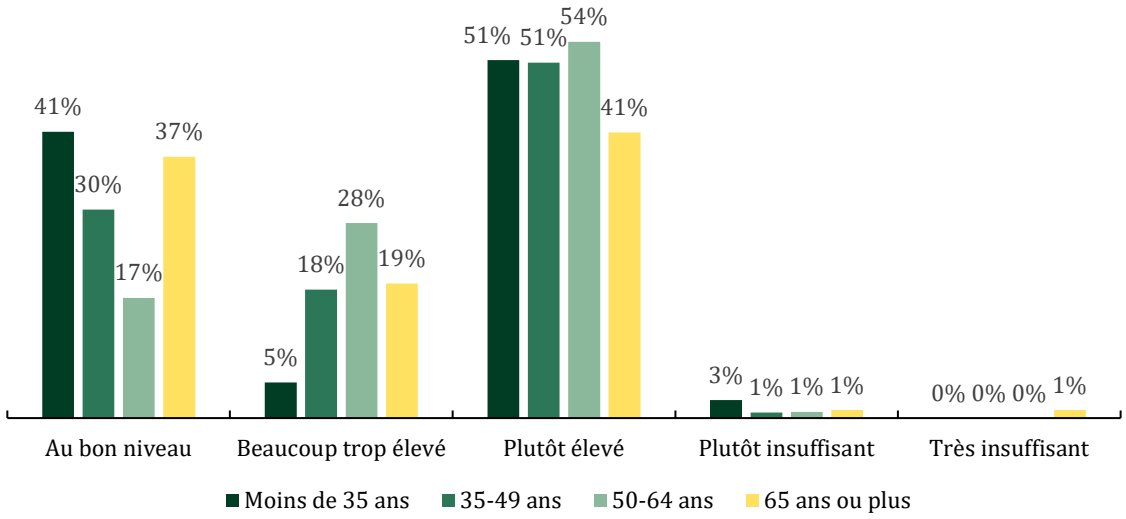
Graphique 18 : Estimation du niveau du temps de travail par les médecins spécialistes libéraux



Réponses à la question : Lors d'une semaine ordinaire, comment percevez-vous votre temps de travail ?

Ces estimations, sensiblement identiques entre femmes et hommes, varient en revanche en fonction de l'âge, les plus jeunes estimant majoritairement que leur temps de travail est au bon niveau quand les répondant appartenant aux tranches de 36 à 65 ans, les plus actifs, estiment majoritairement qu'il est plutôt élevé.

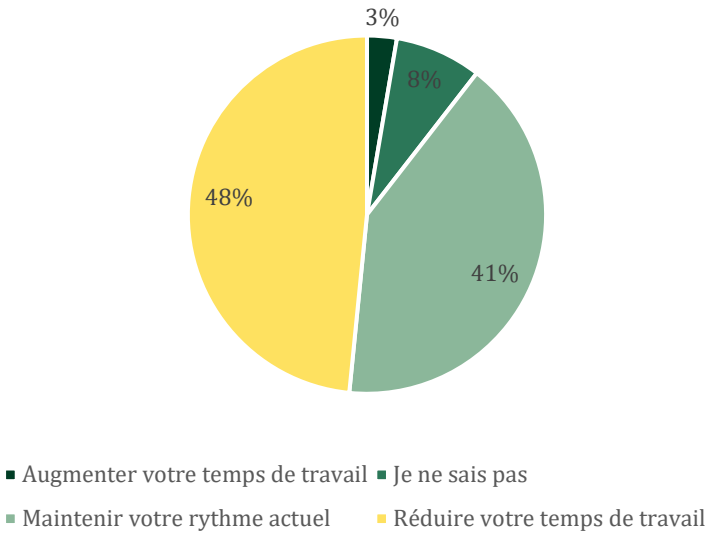
Graphique 19 : Estimations du niveau du temps de travail par âge



4.4. 48 % des médecins déclarent qu'ils souhaitent réduire leur temps de travail dans les prochaines années

48 % des médecins ont déclarés qu'ils souhaitaient réduire leur temps de travail dans les prochaines années et 41 % qu'ils souhaitaient maintenir leur rythme actuel.

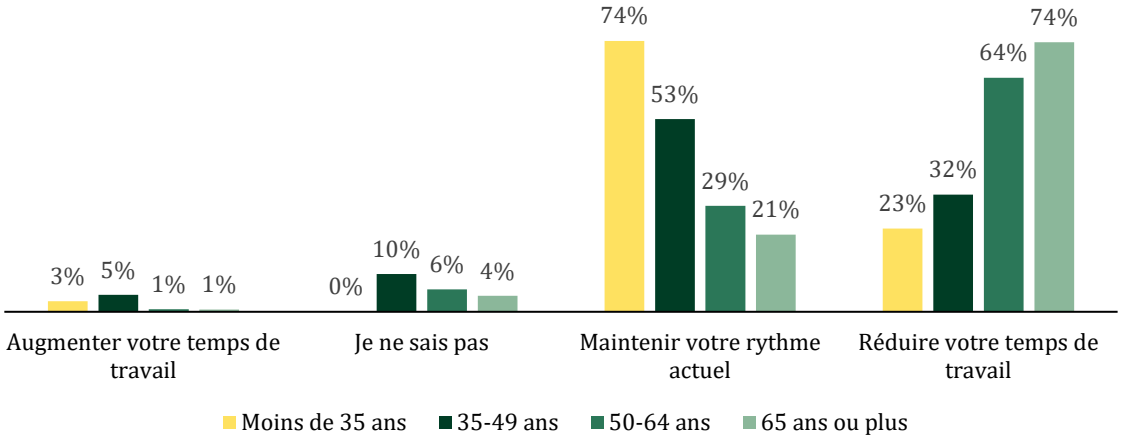
Graphique 20 : Evolution du temps de travail envisagée par les médecins spécialistes libéraux



Réponses à la question : Dans les prochaines années, envisagez-vous plutôt de

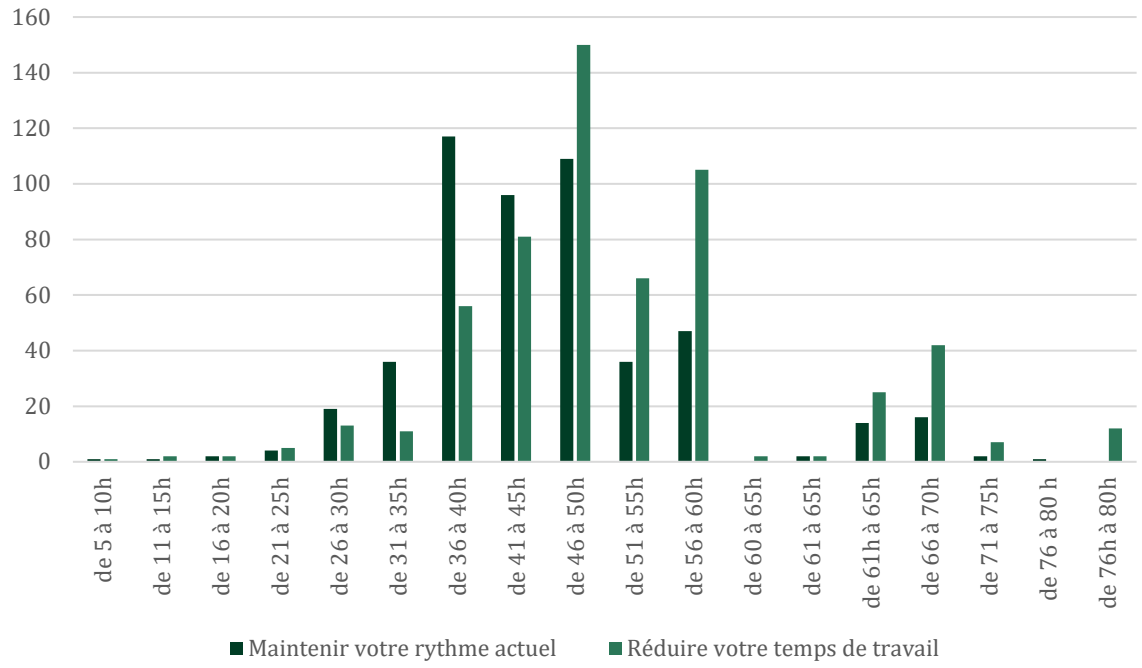
L'effet de l'âge sur les perspectives envisagées est très sensible, la volonté de réduire s'accroissant avec la tranche d'âge. Plus de 20 % des médecins de moins de 35 ans déclarent néanmoins vouloir réduire leur temps de travail. La proportion d'hommes souhaitant réduire leur temps de travail (56 %) est par ailleurs plus élevée que celle des femmes (46 %).

Graphique 21 : Perspective d'évolution du temps de travail en fonction de l'âge



Ce sont également pour les médecins dont les cycles de travail hebdomadaires déclarés sont les plus élevés que la proportion à vouloir réduire son temps de travail est également la plus élevée

Graphique 22 : Perspectives d'évolution du temps de travail en fonction du cycle hebdomadaire de travail déclaré



S'agissant des motifs pour lesquels les médecins déclarent qu'ils pourraient faire évoluer leur temps de travail, la fatigue professionnelle apparait au premier plan avec 71 % des médecins la mettant en avant ainsi que la conciliation vie professionnelle et vie personnelle qui regroupe 54 % des répondants.

Tableau 19 : Motifs pouvant faire évoluer le temps de travail des médecins

Motif	Nombre de répondants	Part de répondants
La fatigue professionnelle	899	71 %
L'arrivée ou le départ d'un médecin de la même spécialité sur votre zone d'exercice	171	14 %
Une meilleure conciliation de votre vie professionnelle et personnelle	676	54 %
Votre rémunération	470	37 %
Autre	93	7 %

5. L'utilisation de leviers pour libérer du temps médical : partages de tâches, secrétariat, outils numériques

5.1. 68 % des médecins déclarent disposer d'un secrétariat au sein de leur cabinet mais seulement 17 % d'un assistant médical

Dans l'exercice quotidien les médecins libéraux disposent pour gérer leur cabinet au premier chef d'un secrétariat sur place (68 %) mais également de dispositifs complémentaires tels qu'un système de prise de rendez-vous en ligne dont dispose la majorité d'entre eux (52 %). Le secrétariat à distance est également répandu avec 49 % de médecins déclarant en avoir un. Quasiment un tiers d'entre eux cumule au moins deux de ces types de secrétariat.

Seuls 7 % des médecins qui ont répondu déclarent ne disposer d'aucun outil d'appui à l'exercice de leur activité.

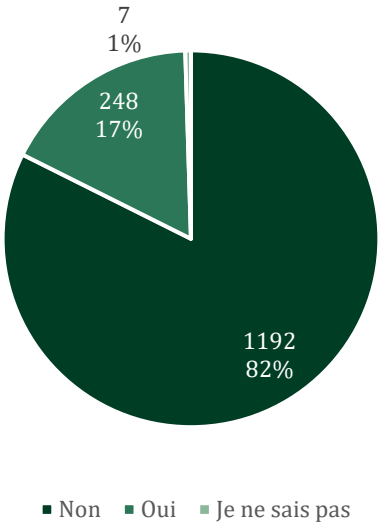
Tableau 20 : Appui à l'exercice de l'activité

Catégorie d'appui	Nombre de répondants	Part de répondants
Prise de rendez-vous en ligne	753	52 %
Secrétariat sur place	979	68 %
Secrétariat téléphonique à distance	715	49 %
Autre	12	1 %
Cumule au moins deux types d'assistance	469	32 %
Aucun appui	97	7 %

Réponses à la question : Disposez-vous d'un appui pour l'exercice de votre activité ?

En revanche, seuls 17 % des médecins libéraux ayant répondu déclarent disposer d'un assistant médical pour les appuyer.

Graphique 23 : Bénéfice d'un assistant médical



Réponses à la question disposez-vous d'un assistant médical ?

5.2. 68 % des médecins déclarent ne pas travailler avec un autre professionnel de santé

La coopération et le partage des tâches avec d'autres professionnels de santé sont peu fréquents chez les médecins qui ont répondu. Mis à part l'assistant médical auquel recourent 14 % des répondants, ils sont moins de 10 % à travailler avec des professions paramédicales et seuls 7 % des répondants travaillent au moins avec deux autres professionnels de santé.

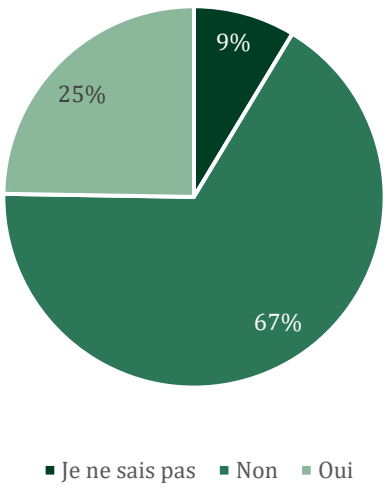
Tableau 21 : Collaboration avec d'autres professionnels de santé

Travail avec un professionnel de santé	Nombre de médecins	En %
Non	878	68 %
Oui, avec un assistant médical	185	14 %
Oui, avec un autre professionnel paramédical	115	9 %
Oui, avec un infirmier (hors IPA)	106	8 %
Oui, avec un IPA	21	2 %
Oui, avec un pharmacien	9	1 %
Oui, avec une sage-femme	64	5 %
Nombre de professionnels travaillant avec au moins deux de ces professionnels de santé	94	7 %
Je ne sais pas	7	1 %

Réponses à la question : Avez-vous recours à des formes de délégation ou de partage de tâches avec d'autres professionnels dans votre exercice quotidien ?

De la même façon, l'appartenance à une CPTS est minoritaire. Seus 25 % des médecins déclarent en faire partie

Graphique 24 : Appartenance à une CPTS



Réponses à la question : appartenez-vous à une CPTS ?

5.3. Les outils de prise de rendez-vous et le dossier patient sont majoritairement utilisés comme outils d'appui par les médecins spécialistes libéraux

Parmi les outils à la disposition des médecins pour les appuyer dans leur exercice libéral, seuls les outils de prise de rendez-vous et le dossier patient sont majoritairement utilisés, les outils de prise de rendez-vous étant utilisés par 81 % des médecins répondants.

Tableau 22 : Outils d'appui utilisés par les médecins spécialistes libéraux

Outil	Nombre de répondants	En %
Aide à la décision clinique ou à la prescription	141	11 %
Dictée vocale / transcription / génération documentaire	320	25 %
Dossier patient / partage d'information	780	61 %
Prise de rendez-vous / gestion du planning	1037	81 %
Questionnaires ou recueil de données avant consultation	240	19 %
Autre	35	3 %
Aucun	105	8 %
Je ne sais pas	8	1 %

Réponses à la question : A quels outils avez-vous recours ?

S'agissant des outils dont ils estiment qu'ils pourraient leur faire gagner du temps, les médecins déclarent le plus fréquemment que les outils de dictée vocale et génération documentaire (29 %), les questionnaires de recueils de données avant consultation (26 %) ainsi que les outils de prise de rendez-vous et dossiers patients (19 %) sont les plus adaptés.

Tableau 23 – Outils susceptibles de faire gagner du temps aux médecins spécialistes libéraux

Outil	Nombre de médecins	En %
Aide à la décision clinique ou à la prescription	162	13 %
Dictée vocale / transcription / génération documentaire	364	29 %
Dossier patient / partage d'information	245	19 %
Prise de rendez-vous / gestion du planning	243	19 %
Questionnaires ou recueil de données avant consultation	326	26 %
Aucun	200	16 %
Autre	161	13 %
Je ne sais pas	229	18 %

Réponses à la questions : Parmi les éléments suivants, lesquels vous feraient le plus gagner du temps médical ?

5.4. 30 % des médecins déclarent effectuer régulièrement des téléconsultations

La téléconsultation est une pratique répandue chez les médecins spécialistes ayant répondu mais n'est que légèrement majoritaire avec 53 % des médecins qui la pratique dont 30 % de manière régulière.

Tableau 24 : Pratique de la téléconsultation

Réponse	Nombre de médecins	En %
Non	611	47 %
Oui, occasionnellement	298	23 %
Oui, régulièrement (plages programmées ou plusieurs fois par semaine)	396	30 %

5.5. 58 % des médecins n'ont pas recours à un remplaçant

Le recours à un remplaçant de manière régulière concerne une minorité de médecins spécialistes libéraux. Seuls 13 % des répondants déclarent y recourir régulièrement et 20 % ponctuellement ;

Recours à un remplaçant	Nombre de médecins	En %
Non	540	58 %
Oui, ponctuellement	190	20 %
Oui, régulièrement	119	13 %
Oui, seulement pendant les congés	78	8 %

Réponses à la question : avez-vous recours à des remplaçants ?