Cour des comptes

LE DISPOSITIF DU MÉDECIN TRAITANT

Une ambition partagée à mieux soutenir

Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale

Septembre 2026

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES **5**

SYNTHÈSE **7**

RECOMMANDATIONS **11**

INTRODUCTION **13**

CHAPITRE I UN DISPOSITIF CENTRAL DU SYSTÈME DE SOINS, AU DÉPLOIEMENT INSUFFISANT ET AU PILOTAGE PERFECTIBLE **21**

I - LE RÔLE CLÉ DU MÉDECIN TRAITANT AU REGARD DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE **21**

A - Le rôle accru du médecin traitant pour faire face aux transformations démographiques et épidémiologiques 21

B - Le rôle clé du médecin traitant dans une médecine plus préventive 23

II - UNE CONNAISSANCE TROP LIMITÉE DU DISPOSITIF DU MÉDECIN TRAITANT **24**

III - UNE LÉGÈRE TENDANCE À L'ÉROSION DU VIVIER DE MÉDECINS TRAITANTS **25**

A - Une mission de médecin traitant assurée par la moitié des médecins généralistes en exercice en 2024 26

B - Une présence inégale du médecin traitant sur le territoire 30

C - Une démographie médicale aux effets contrastés sur le vivier de médecins traitants 32

D - Un temps de travail en diminution et une augmentation de la patientèle médecin traitant moyenne par praticien 33

IV - UNE COUVERTURE PAR LE MÉDECIN TRAITANT, BIEN QU'ÉLEVÉE, À RENFORCER AU BÉNÉFICE DES PUBLICS VULNÉRABLES **35**

A - Une couverture par le médecin traitant qui s'accroît en fonction de l'avancée en âge du patient 36

B - Un profil des assurés sans médecin traitant révélateur d'inégalités sociales et territoriales 39

C - Le suivi effectif des assurés par leur médecin traitant à prendre en compte dans le pilotage du dispositif 43

CHAPITRE II UN RÔLE PIVOT DU MÉDECIN TRAITANT À MIEUX ORGANISER **49**

I - L'EXERCICE COLLECTIF, FACTEUR D'ATTRACTIVITÉ ET DE DÉVELOPPEMENT DE LA FONCTION DE MÉDECIN TRAITANT **49**

A - Un exercice collectif des médecins traitants devenu la norme 49

B - L'exercice coordonné, levier d'accès au médecin traitant et de renforcement de ses missions 51

C - Les structures d'exercice coordonné, lieux privilégiés de coopération entre les professionnels de santé 57

II - UN RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT À MIEUX ARTICULER AVEC LES ACTEURS DE SANTÉ DE SON TERRITOIRE, AU SERVICE DES PARCOURS DE SOINS **60**

A - Un rôle pivot du médecin traitant dans les soins de premiers recours à renforcer à l'échelle territoriale 61

B - Les relations du médecin traitant avec les acteurs de second recours à mieux sécuriser 64

CHAPITRE III UN CADRE À ADAPTER POUR SOUTENIR LES MISSIONS DU MÉDECIN TRAITANT **69**

I - UNE FORMATION INITIALE QUI DOIT S'ADAPTER ET DES PRATIQUES À MIEUX ÉVALUER **69**

A - Une formation initiale du médecin traitant qui doit progresser 69

B - Une évaluation de la qualité des pratiques du médecin traitant à développer 73

II - DES MOYENS DE SOUTIEN POUR L'EXERCICE DES MISSIONS DU MÉDECIN TRAITANT, À PROMOUVOIR 76
A - Des fonctions de support auprès du médecin traitant à promouvoir 76
B - Des outils perfectibles pour la bonne réalisation au quotidien des missions du médecin traitant 80
III - UN DÉVELOPPEMENT DES MISSIONS DU MÉDECIN TRAITANT À SOUTENIR PAR UNE ÉVOLUTION DES MODES DE FINANCEMENT 83
A - Une diversification trop peu incitative des modes de financements pour asseoir le dispositif du médecin traitant 83
B - Une rémunération des médecins généralistes qui continue à reposer essentiellement sur la tarification à l'acte 87
C - Des difficultés à concrétiser les travaux engagés sur le financement du médecin traitant à la capitation, substitutive au paiement à l'acte 89
D - Des rémunérations collectives à renforcer pour favoriser l'exercice coordonné autour du médecin traitant 90
LISTE DES ABRÉVIATIONS 95
ANNEXES 97

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques que comprend la Cour[1] ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

⁂

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

[1] La Cour comprend aussi la chambre du contentieux, dont les arrêts sont rendus publics.

Le présent rapport d'observations définitives est issu d'une enquête conduite sur le fondement des articles L. 111-3 et L. 111-5 du code des juridictions financières. Il résulte de la saisine de la Cour par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du 8 juillet 2025, en application des dispositions des articles L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières. Il est rendu public en vertu des dispositions de l'article L. 143-6 du même code. Il a été préparé par la sixième chambre.

L'enquête de la Cour a été notifiée aux administrations et organismes publics concernés en novembre 2025.

Les rapporteurs ont conduit plus d'une trentaine d'entretiens auprès des administrations, autorités et organismes concernés, tels que la Caisse nationale de l'assurance maladie, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, plusieurs agences régionales de santé, ou encore la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le conseil national de l'ordre des médecins et la conférence des doyennes et doyens des facultés de médecine. Ont été sollicités également des représentants des fédérations représentatives de l'exercice collectif et coordonné des professions de santé ainsi que les syndicats représentatifs des professionnels médecins généralistes.

Des analyses de données quantitatives ont en outre été menées, dont les résultats sont détaillés dans les annexes du rapport et dont les conclusions alimentent le corps du texte.

Enfin, un parangonnage international a été effectué, en adressant des questionnaires aux conseillers sociaux des ambassades de France en Allemagne, au Royaume-Uni, en Espagne, en l'Italie et en Suède, et en effectuant des comparaisons complémentaires en utilisant des données relevant d'autres pays tels que la Belgique, la Suisse, le Danemark, le Canada, les États-Unis ou encore l'Australie.

⁂

Le projet de rapport d'observations définitives a été préparé, puis délibéré le 21 juillet 2026, par une formation de la sixième chambre, présidée par M. Lejeune, président de chambre et composée de Mmes Caroli Régis, Soussia, conseillères maîtres, de MM. Bessette, Fourrier, Mosiman, Vallet, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, Mmes Bellanger-Mauffret et Vanden Driessche et M. Gautier, conseillers référendaires en service extraordinaire, Mme Mayans, doctorante, Mme Chariot, *data scientist*, et, en tant que contre-rapporteur, M. Machard, conseiller maître.

Il a été examiné et approuvé, le 8 septembre 2026, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme de Montchalin, Première présidente, M. Hayez, Rapporteur général, Mme Camby, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, et M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, Mme de Mazières, présidente par intérim de la 3ème chambre , MM. Albertini, Vught, Roux, Mmes Daussin-Charpantier, Renet et Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis.

⁂

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

À partir des années 1990, les pays développés ont engagé des réformes visant à renforcer les soins primaires afin de répondre à plusieurs transformations majeures des systèmes de santé, telles que le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

Dans ce contexte, le rôle structurant du médecin généraliste a émergé. Il constitue le premier point de contact pour les patients, destiné à mieux les orienter dans le système de santé, à éviter les consultations spécialisées inutiles et à renforcer la coordination éventuelle des soins.

En France, la notion de médecin référent, s'inscrivant dans la continuité de celle de médecin de famille, a été introduite dès 1997 dans la convention médicale entre les médecins et l'assurance maladie. La réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 a remplacé cette notion par celle de médecin traitant. Cette réforme visait à répondre à la fois à des enjeux de maîtrise des coûts, d'amélioration de la pertinence et de la qualité des soins prodigués aux patients, en organisant une prise en charge graduée des soins.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a saisi la Cour des comptes, en juillet 2025, pour lui demander de dresser un bilan de la mise en place de ce dispositif du médecin traitant et pour proposer, après deux décennies de mise en œuvre, des pistes d'amélioration éventuelles, en vue de renforcer l'accès aux soins des patients. La Cour a donc conduit une enquête visant à analyser le niveau de couverture de la population par un médecin traitant en fonction des territoires, à dresser le bilan des principaux apports du dispositif dans l'amélioration de la prise en charge des patients et dans la coordination des parcours de soins, et à évaluer l'efficacité des dispositifs financiers d'incitation au développement de cette activité.

Le présent rapport n'est pas une évaluation de politique publique et n'aborde donc pas les résultats du dispositif en matière de santé publique et de maîtrise médicalisée de la dépense. Il a pour objet de dresser le bilan du déploiement du dispositif, vingt ans après sa création.

Un dispositif du médecin traitant qui occupe une place centrale dans le système de santé, mais dont l'effectivité peut être questionnée

Défini comme la porte d'entrée du système de santé, le médecin traitant est au centre de l'organisation des soins de premier recours. Son rôle pivot se voit en outre renforcé par le contexte de mutation démographique et épidémiologique. Alors que 18 % de la population avait plus de 65 ans en 2013, ce taux atteindra les 26 % en 2040, conduisant à orienter le système de soins centré sur le traitement de maladies vers un système fondé sur la prise en charge de la personne vieillissante, avec des pathologies chroniques. Le médecin traitant devient ainsi central pour coordonner les soins primaires et orienter vers les soins de second recours (spécialistes et établissements de santé).

Pour autant, les systèmes d'information existants ne permettent pas de recenser finement les effectifs et l'activité des médecins traitants par mode d'exercice (individuel, cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé), ce qui nuit à la lisibilité et au pilotage du dispositif.

Les éléments statistiques que la Cour a pu recueillir, en dépit de l'absence de données consolidées recensant avec précision l'effectif des médecins traitants, montrent que ces derniers sont inégalement répartis sur le territoire national et ont majoritairement choisi un exercice libéral.

Sur les 237 000 médecins que la France comptait en 2025, 100 000 d'entre eux sont des généralistes. C'est au sein de ce qui est devenu une spécialité que se recrute la quasi-totalité des médecins traitants. Or, à court terme, la démographie médicale entraîne une érosion du vivier de médecins traitants. Pourtant, 8 500 médecins généralistes libéraux n'ont pas (ou très peu) d'activité en tant que médecin traitant. Une obligation de prise en charge d'un seuil minimal de patientèle en tant que médecin traitant par tous les médecins généralistes libéraux installés permettrait une augmentation du nombre de patients couverts par le dispositif.

En effet, toute la population adulte ne disposait pas en 2025 d'un médecin traitant. Près de 89 % de celle-ci a déclaré un médecin traitant, ce qui laisse 6,3 millions d'assurés qui en sont dépourvus. La couverture des patients atteints de pathologies chroniques (en affection de longue durée) s'est améliorée, mais d'autres publics fragiles sont sur-représentés dans les assurés privés de médecin traitant, tels que les patients les plus précaires et ceux de plus 65 ans suivant de multiples traitements ou résidant en EHPAD.

La Cour a par ailleurs noté que le fait de disposer d'un médecin traitant n'est pas suffisant si les patients n'ont pas de rendez-vous périodique avec lui. En effet, l'absence de consultation conduit à des résultats en termes de prévention et de suivi de santé proches de ceux des patients sans médecin traitant.

Face à ce constat, la Cour recommande d'orienter l'action publique vers trois actions : d'une part, enrichir les systèmes d'information pour mieux recenser et piloter la population des médecins traitants ; d'autre part, augmenter significativement le potentiel de médecins traitants en mobilisant, par la fixation d'un seuil de patientèle minimal, les médecins généralistes libéraux peu impliqués dans le dispositif ; enfin, élargir la cible des publics vulnérables dans le plan d'action visant à améliorer la taux de couverture par un médecin traitant.

Le rôle du médecin traitant à inclure dans une organisation collective, au sein de son territoire

Le médecin traitant est devenu un acteur central dans les soins de premier recours en lien avec d'autres professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) et dans la coordination des parcours en relation avec les autres médecins spécialistes et les établissements de santé.

S'agissant des soins de premier recours, l'exercice en cabinet de groupe des médecins traitants s'est progressivement imposé, facilitant la continuité des prises en charge des patients et leurs conditions de travail. Ce mode d'exercice s'est imposé, passant de 54 % des médecins généralistes libéraux en 2019 à 70 % en 2022. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (2 800 maisons en 2025) et les centres de santé (1 150 en 2024), structures juridiques d'exercice coordonné, constituent en effet des modalités attractives pour les médecins traitants, répondant mieux à leurs aspirations en matière d'organisation du travail et favorisant la coopération avec les autres professionnels de santé. Ces structures permettent d'accueillir davantage de patients par un médecin traitant, de faciliter la prise en charge de soins non programmés et de mieux partager les tâches entre professionnels de santé. La Cour considère donc que leur développement doit être poursuivi et soutenu financièrement.

Pour autant, certains médecins traitants exercent encore de manière isolée, posant le problème de la coordination avec les professions paramédicales des territoires concernés. Pour faciliter ce travail collectif se sont constituées des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, qui sont des dispositifs souples. Si des résultats positifs peuvent être soulignés, la participation des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux à ces dispositifs reste encore trop limitée.

S'agissant des relations des médecins traitants avec les acteurs de second recours (médecins spécialistes et établissements de santé), la constitution d'équipes de soins spécialisées, dispositif souple également, ainsi que la conclusion de conventions entre les hôpitaux et les communautés professionnelles territoriales de santé, peuvent contribuer à faciliter la coopération.

La Cour considère que le rôle des dispositifs collectifs de coopération est essentiel pour faciliter le travail du médecin traitant. À ce titre, les communautés professionnelles territoriales de santé doivent être davantage mobilisées, ce qui conduit la Cour à recommander de conditionner une partie des financements attribués à ces dispositifs aux démarches de conventionnement engagées avec les établissements de santé.

Un cadre qui reste à adapter pour soutenir les missions du médecin traitant

La qualité de prise en charge des patients par le médecin traitant suppose une formation adaptée des médecins généralistes. Celle-ci a progressé, ces vingt dernières années, du fait de la reconnaissance académique et scientifique progressive de cette spécialité au sein des universités. Pour autant, le second cycle des études médicales nécessite des enseignements spécifiquement consacrés à la fonction de médecin traitant, ce qui n'est que partiellement le cas aujourd'hui. Par ailleurs, les modalités de déploiement de la quatrième année de l'internat de médecine générale devront être suivies avec attention, car elles sont susceptibles d'inciter à l'installation de jeunes médecins traitants.

La qualité des pratiques du médecin traitant est insuffisamment évaluée, au regard des expériences observées dans d'autres pays européens. De plus, les indicateurs de suivi existants montrent des lacunes, notamment dans le domaine de la prévention.

Le déploiement depuis 2019 des assistants médicaux, dont la fonction consiste à seconder le médecin dans ses tâches quotidiennes, a contribué à améliorer la disponibilité des médecins traitants, leur permettant d'accepter davantage de patients. Cependant, ce dispositif reste limité. La mutualisation, récemment autorisée entre médecins, des aides liées à l'emploi d'assistants médicaux, pourrait favoriser un essor plus rapide de cette pratique en particulier dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé.

En outre, des outils adaptés sont indispensables à la bonne réalisation des missions du médecin traitant. Il s'avère désormais prioritaire d'enrichir les moyens numériques mis à leur disposition, pour améliorer la connaissance et le suivi de leur patientèle.

Le coût du dispositif du médecin traitant (forfaits pour la patientèle suivie et rémunération en fonction des résultats atteints par rapport aux objectifs de santé publique), intégralement financé par l'assurance maladie, a représenté 1,2 Md€ en 2024 sur un total de 10,7 Md€ de dépenses de soins de médecins généralistes en ville. Ces financements spécifiques n'incitent pas suffisamment au développement de cette responsabilité par les médecins généralistes

libéraux. Le paiement à l'acte représente près de 80 % de leur rémunération globale. La convention médicale de 2024 ayant revalorisé les tarifs de consultation, la prochaine convention devrait s'attacher à augmenter le poids de leurs rémunérations forfaitaires, plus favorables au développement des missions de prévention et de suivi au long cours de ses patients par le médecin traitant. Bien qu'engagées depuis huit ans, les nombreuses expérimentations visant l'introduction d'une rémunération forfaitaire par patient (paiement à la capitation), substitutive au paiement à l'acte, n'ont pas encore donné lieu à des applications concrètes dans le cadre conventionnel, et suscitent une moindre adhésion des médecins généralistes libéraux initialement ciblés.

Le financement collectif d'équipes de professionnels de santé, rémunérant la prise en charge partagée de patientèles dans les structures d'exercice coordonné, permettrait de développer les missions du médecin traitant. Les modalités de déploiement de ces financements doivent encore être confirmées par l'assurance maladie dans le cadre des conventions interprofessionnelles.

Recommandations

1. Enrichir en 2027 les systèmes d'information permettant de recenser et piloter les effectifs et l'activité des médecins traitants en fonction de leur mode d'exercice (individuel, cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé) *(CNAM)*.
2. Rendre obligatoire, dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles, un seuil minimal de patientèle prise en charge en tant que médecin traitant, pour tout médecin généraliste libéral installé (*CNAM*).
3. Élargir, à partir de 2027, la cible des publics vulnérables à inclure dans le plan d'action visant à améliorer la couverture des patients les plus fragiles par un médecin traitant (*CNAM*).
4. Subordonner, à partir de 2027, le versement d'une partie des aides financières accordées aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au titre de l'accord conventionnel interprofessionnel, aux démarches de conventionnement avec les établissements de santé de leur territoire (*CNAM*).
5. Renforcer à partir de 2027 les enseignements du deuxième cycle des études médicales sur le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins (*ministère de la santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche*).
6. Adapter en 2027 les outils numériques (modules du dossier médical partagé ; aide au suivi de la patientèle) à destination du médecin traitant lui permettant d'assurer ses missions au quotidien et de faciliter son rôle pivot (*CNAM, ministère de la santé*).
7. Accroître, dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles, la part forfaitaire de rémunération des médecins généralistes, en faveur du renforcement des missions du médecin traitant (*CNAM, ministère de la santé*).
8. Dans le cadre des accords conventionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé, accélérer en 2027, le déploiement des financements collectifs favorables à l'exercice pluriprofessionnel autour du médecin traitant (*CNAM, ministère de la santé*).

Introduction

Le médecin traitant s'est progressivement substitué aux fonctions historiques remplies par le médecin de famille, traditionnellement associé à l'exercice libéral et individuel de la médecine générale, pour organiser les soins primaires[2] en France. Ces derniers renvoient à une ambition centrale des systèmes de santé contemporains, consistant à garantir un accès équitable aux soins et à organiser efficacement le système de santé autour d'un premier niveau de prise en charge.

Plusieurs principes fondamentaux sous-tendent l'accès aux soins primaires : une organisation du système de santé par niveau de recours (ces derniers en assurant la fonction de porte d'entrée) ; une diversité des services de santé (curatifs, de suivi, préventifs et éducatifs) ; la continuité des prises en charge ; la coordination des parcours (à la fois entre professionnels de soins primaires et avec les acteurs hospitaliers et médicosociaux).

À partir des années 1990, les pays de l'OCDE ont engagé des réformes visant à renforcer les soins primaires afin de répondre à plusieurs transformations majeures des systèmes de santé. Les principales sont le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'accroissement du coût du système de santé ou encore l'évolution des attentes des usagers dans leur accès au système de santé.

Dans ce contexte, le caractère structurant du médecin généraliste, assurant un rôle de pivot ou de *gatekeeper*[3], a émergé dans certains pays, tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande. Il constitue alors le premier point de contact pour les patients, destiné à mieux les orienter dans le système de santé, à éviter les consultations spécialisées inutiles et à renforcer la coordination des soins. Cette configuration est définie comme un « modèle hiérarchisé » du système de santé par l'institut de recherche et de documentation en économie en santé (IRDES).

[2] Les soins primaires constituent le premier niveau de contact avec le système de santé, regroupant notamment les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens. Ce niveau de prise en charge se définit par opposition aux soins plus spécialisés, de second ou de troisième recours (médecins spécialistes, hôpital).

[3] Ce concept de *gatekeeper*, existant notamment au Royaume-Uni, peut être traduit par « le gardien, ou la porte d'entrée, dans le système de santé ».

Les trois grands modèles d'organisation des soins primaires dans les pays développés et le positionnement de la France

Trois grands modèles d'organisation des soins primaires peuvent être identifiés[4] :

le modèle normatif hiérarchisé, appliqué en Finlande, Suède et Espagne (système régulé par l'État, organisé autour des soins primaires fournis dans des centres de santé publics locaux par des équipes pluridisciplinaires, où l'autorité locale gère l'offre et où le médecin généraliste, salarié du service public, est en première ligne et joue un rôle de filtre avant toute consultation d'un spécialiste) ;

le modèle professionnel hiérarchisé, observé aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande (système organisé autour du médecin généraliste libéral, exerçant au sein d'un cabinet de groupe, jouant le rôle de *gatekeeper* et auprès duquel l'inscription est souvent obligatoire) ;

le modèle professionnel non hiérarchisé, présent en Allemagne ou au Canada (système fondé sur des soins primaires laissés à l'initiative des médecins pratiquant souvent de manière libérale et individuelle, sans filtre obligatoire, le patient ayant une liberté de choix).

En France, le système de santé, à l'origine construit autour de l'hôpital et peu centré sur le médecin généraliste, a été longtemps caractérisé par une forte autonomie des médecins et un accès direct aux spécialistes. Reposant sur les principes traditionnels de la médecine libérale, notamment le choix de son médecin par le patient, la liberté d'installation des médecins et le paiement à l'acte, ainsi que sur un rôle des autres professionnels et structures de ville peu valorisé au regard du rôle du médecin, il correspondait alors à un modèle non hiérarchisé.

Depuis les années 2000, un changement s'est opéré avec l'introduction de la notion de soins de premier recours par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009 et l'apparition de différents dispositifs d'organisation des soins ambulatoires (tels que le médecin traitant, les protocoles de soins pluriprofessionnels, les structures d'exercice coordonné, ou l'évolution des modes de rémunération vers plus de mixité entre paiement à l'acte et paiement forfaitaire) ainsi qu'une meilleure prise en compte de la diversité des professionnels médicaux comme paramédicaux. La loi de modernisation du système de santé, en 2016, puis la Stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 », inscrite dans loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019, ont par la suite introduit la notion d'équipes de soins primaires, réunies autour d'un projet de santé commun, visant à accélérer l'émergence de nouvelles formes d'organisations collectives et pluriprofessionnelles. Ainsi, la France tend désormais à évoluer vers un modèle professionnel hiérarchisé.

Dès 1997, la notion de médecin référent, s'inscrivant dans la continuité de celle du médecin de famille, a été introduite dans la convention médicale entre les médecins et l'assurance maladie. Elle permettait de rémunérer des médecins généralistes volontaires, désignés annuellement comme référents par leurs patients, pour l'organisation de leurs parcours de soins. Le médecin devait, en contrepartie, respecter un seuil maximal annuel d'activité compatible avec une médecine de qualité, s'interdire l'usage des dépassements d'honoraires, tenir pour le compte de son patient un document médical de synthèse, et prescrire les médicaments les moins coûteux.

[4] Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., IRDES, *Questions d'économie de la santé, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande »*, n°141, avril 2009.

La réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 est venue renforcer cette logique, en créant la notion de médecin traitant en remplacement de celle de médecin référent. Cette réforme visait à répondre à la fois à des enjeux de maîtrise des coûts, et d'amélioration de la pertinence et de la qualité de la prise en charge des patients, en organisant une prise en charge graduée des soins. Le « parcours de soins coordonnés », dispositif clé de la réforme, est fondé sur le choix laissé à chaque assuré de désigner un médecin traitant pour être soigné, suivi et orienté dans le système de soins. Les autorités ont ainsi attribué un rôle de contrôle de l'accès aux soins spécialisés au médecin traitant, devenu « responsable » du parcours des patients, à l'instar des modèles anglo-saxons, dont s'est inspirée la réforme, le désignant comme porte d'entrée dans le système de santé.

En application de la loi de 2004, les missions du médecin traitant ont été déclinées dans la convention médicale signée le 12 janvier 2005, en s'appuyant sur l'article de code de la santé publique définissant les missions du médecin généraliste. Ces missions ont peu évolué au sein des conventions médicales successives, à l'exception de leur extension dans la convention de 2019 au suivi par le médecin traitant des enfants de moins de 16 ans.

Les missions du médecin traitant définies par la convention médicale du 4 juin 2024 (article 18-1)

Les missions particulières du médecin traitant sont les suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire ;
- assurer dans le cadre du parcours de soins coordonné l'orientation du patient notamment auprès des médecins correspondants et informer ces médecins des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédiger le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade, de veiller à son suivi, de se prononcer sur son renouvellement et sur un éventuel suivi en fin d'affection longue durée (ALD)[5] ;
- accompagner le patient, le cas échéant, dans sa réinsertion professionnelle, en lien avec la médecine du travail et avec l'appui de l'assurance maladie ;
- contribuer à la participation de ses patients aux actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants, etc.), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, etc.) et de promotion de la santé (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques, etc.) ;
- informer le patient qui ne s'est pas opposé à la création de Mon espace santé du versement dans son dossier médical partagé et de l'envoi à travers sa messagerie de santé des documents et informations le concernant[6] ainsi que ceux que le médecin juge pertinents, et l'inviter à s'y reporter grâce à l'activation de son profil ;

[5] L'affection longue durée (ALD) concerne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et coûteux (maladies cardiovasculaires, diabète de types 1 et 2, tumeurs malignes et affections psychiatrique). Les assurés reconnus en ALD bénéficient à ce titre d'une couverture sociale renforcée.

[6] Mentionnés par 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.

- apporter au patient toutes les informations permettant d'avoir accès à une permanence d'offre de soins aux heures de fermeture du cabinet ;
- anticiper sa cessation d'activité et contribuer à assurer la continuité des soins de ses patients en particulier ceux atteint d'affection de longue durée.
- Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de 16 ans, le médecin traitant :
- veille au bon développement de l'enfant ;
- assure le dépistage des troubles du développement, au cours notamment, des examens obligatoires entre 0 et six ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc. ;
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Tout médecin inscrit à l'ordre des médecins, quelle que soit sa spécialité, peut être médecin traitant. Dans la plupart des cas, cependant, le médecin traitant déclaré par le patient s'avère être un médecin généraliste. Pour autant, tout médecin généraliste n'a pas l'obligation d'exercer comme médecin traitant. Concomitamment aux évolutions décrites, la médecine générale est devenue une spécialité médicale à part entière[7], bénéficiant d'une reconnaissance académique et universitaire.

Les différents statuts et modes d'exercice des médecins généralistes

Les médecins généralistes peuvent exercer en qualité de médecin libéral. C'est le cas en cabinet de ville, individuel ou regroupé avec d'autres médecins, ou même avec d'autres professionnels de santé (maison de santé pluriprofessionnelle) ou bien encore, en établissement de santé privé à but lucratif (clinique).

Ils peuvent aussi exercer en établissement de santé public. Ils sont alors fonctionnaires ou contractuels, pour l'essentiel[8], par exemple au sein des services d'urgence ou de médecine interne.

Enfin, ils peuvent avoir le statut de médecins salariés. Ils exercent alors principalement dans les centres de santé et dans les établissements de santé à but non lucratif. De façon plus minoritaire, ils peuvent aussi exercer comme salariés dans certains établissements privés à but lucratif.

[7] Le diplôme d'enseignement supérieur (DES) de médecine générale a été créé en 2004 : après l'obtention de celui-ci, l'étudiant de médecine de 3ème cycle (appelé « interne ») devient « *praticien spécialiste en médecine générale* ».

[8] Certains médecins généralistes peuvent exercer dans un établissement de santé public dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral (cf. article L. 162-14-1 du code de la santé publique). C'est notamment le cas dans les hôpitaux de proximité.

Le recours à un médecin traitant ne constitue pas une obligation pour les patients. Le respect du parcours de soins coordonnés conditionne néanmoins le niveau de remboursement des prestations d'assurance maladie[9]. Les assurés s'exposent en effet à une majoration du ticket modérateur en cas de consultation d'un autre médecin sans avis préalable du médecin traitant. Par exemple, en l'absence de médecin traitant déclaré ou d'adressage par celui-ci, la prise en charge d'une consultation par l'assurance maladie est de 30 % du tarif remboursable au lieu de 70 % dans le cas contraire. Cela correspond, pour une consultation généraliste à 30 € et après déduction de la participation forfaitaire de 2 €, à un remboursement par l'assurance maladie de seulement 8,90 € au lieu de 19 €. Cette pénalité financière s'applique aux assurés de 16 ans ou plus, sauf pour les spécialités de gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et stomatologie, dont la consultation peut se faire en accès direct. Des dérogations au parcours de soins coordonné par le médecin traitant (i.e. consultation d'un autre médecin généraliste sans pénalité) existent, notamment en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou d'absence du médecin traitant.

À partir de 2019, le parcours de soins coordonnés par un médecin traitant a été étendu aux enfants de moins de 16 ans, sans majoration du ticket modérateur en cas de non-respect. Pour cette raison, la Cour a limité le champ de son enquête aux patients de 16 ans ou plus.

Pour inciter au développement de la fonction de médecin traitant, de nouveaux modes de rémunération ont été introduits, conduisant à une diversification par rapport au paiement historique à l'acte du médecin généraliste. Le médecin traitant peut ainsi bénéficier d'un paiement forfaitaire en fonction de la taille et des caractéristiques de la patientèle qu'il accepte de suivre à ce titre (*forfait patientèle médecin traitant*, FPMT), et d'une *rémunération sur objectifs de santé publique* (ROSP) qui lui est propre, fondée sur des indicateurs de qualité de prise en charge des patients suivis.

Malgré ces incitations, le nombre de médecins traitants ne permet pas de couvrir toute la population, mettant en évidence les difficultés d'accès aux soins des usagers[10]. Cette situation s'explique par un contexte de tensions sur la démographie médicale et par une insuffisante mobilisation des médecins généralistes pour la fonction de médecin traitant.

Depuis sa création, il y a 20 ans, le médecin traitant, pivot de la coordination, joue un rôle central dans le modèle organisationnel français des soins primaires. Les réformes et lois successives en la matière se sont appuyées sur celui-ci. Ainsi, en mars 2025, sous l'égide du collège de la médecine générale et en associant l'ensemble des organisations représentatives de la médecine générale, un nouveau référentiel professionnel de la médecine générale a été publié, affirmant la place prépondérante que devrait occuper la fonction de médecin traitant dans la profession du médecin généraliste de demain. Ce référentiel s'inscrit dans la position plus large des institutions internationales de santé, objectivant et valorisant les bénéfices observés et attendus sur l'état de santé des populations et les dépenses afférentes[11].

---

[9] Cf. notamment articles L.160-13, L.162-5-3, L.162-1-6, L.162-1-7 et R.160-6 du code de la sécurité sociale.

[10] L'Observatoire national de l'accès aux soins, mis en place depuis 2025 retient ainsi, parmi ses objectifs prioritaires, des indicateurs directement liés au dispositif du médecin traitant, en application de la dernière convention médicale, signée en juin 2024 entre les professionnels et l'assurance maladie.

[11] Sven Göran Engström, Malin André, Eva Arvidsson, Carl Johan Östgren, Margareta Troein and Lars Borgquist, *Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review*, *British Journal of General Practice*, août 2025; Richard Baker, Louis S Levene, Christopher Newby and George K Freeman, *Does shortage of GPs matter? A cross-sectional study of practice population life expectancy, British Journal of General Practice*, mai 2024; Sripa et al, *Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review, British Journal of General Practice,* mai 2019.

C'est dans ce contexte que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a saisi la Cour des comptes, en juillet 2025, pour dresser le bilan du déploiement du dispositif et proposer des pistes d'amélioration, en vue de renforcer l'accès aux soins des patients. La Cour a donc conduit une enquête visant à analyser le niveau de couverture de la population par un médecin traitant en fonction des territoires (en lien avec le développement de ce mode d'exercice parmi les médecins, en particulier les généralistes), à dresser le bilan des principaux apports du dispositif dans l'amélioration de la prise en charge des patients (en particulier ceux atteints de pathologies chroniques, âgés ou vulnérables) et dans la coordination des parcours de soins, et à évaluer l'efficacité des dispositifs financiers d'incitation au développement de cette activité.

Le présent rapport n'est pas une évaluation de politique publique et n'aborde donc pas les résultats du dispositif en matière de santé publique et de maîtrise médicalisée de la dépense. Il a pour objet de dresser le bilan du déploiement du dispositif, vingt ans après sa création.

En réponse à la demande de la commission, La Cour s'est attachée, dans un premier temps, à apprécier la réalité du déploiement du dispositif du médecin traitant (I). Dans un deuxième temps, elle a analysé les conditions d'exercice et d'organisation favorisant son rôle pivot (II). Puis, en dernier lieu, elle a étudié les adaptations nécessaires du cadre actuel pour faciliter le développement du dispositif et en conforter les missions (III).

Chiffres-clés

Seulement la moitié des 100 000 médecins généralistes en exercice recensés en 2024 ont une activité en tant que médecin traitant. Parmi les 53 200 médecins généralistes installés en libéral, seulement 44 630 (84 %) ont une activité significative de médecin traitant. Ces derniers contribuent à assurer 95 % de la couverture médecin traitant de la population, la part restant étant majoritairement assurée par les 5 533 médecins généralistes salariés en centres de santé.

70 % des médecins généralistes libéraux qui sont médecins traitants exercent leur activité au sein d'organisations collectives. Parmi elles, les organisations pluriprofessionnelles connaissent un essor important, sous la forme de structures juridiques dites « d'exercice coordonné », constituées de près de 3 000 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et de plus de 1 150 centres de santé médicaux et polyvalents. 21 % des patients ayant déclaré un médecin traitant étaient suivis en MSP (17 % des médecins généralistes libéraux exerçant en MSP) en 2024, en hausse de 16 % par rapport à 2022.

Environ 15 % des médecins généralistes libéraux exerçant comme médecin traitant disposent d'un assistant médical, dont la fonction vise à alléger leurs tâches non cliniques (estimées entre 10 et 20 % du temps de travail hebdomadaire) et à accroître leur patientèle médecin traitant (+ 19,5 % au bout de 4 ans).

Un médecin généraliste libéral exerçant comme médecin traitant suivait en moyenne 1 130 patients à ce titre en 2024, contre 919 en 2016. Sa patientèle en tant que médecin traitant représente la moitié du nombre total de patients qu'il voit dans l'année. Les patients complexes (en affection de longue durée (ALD), de plus de 65 ans ou bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) comptent en moyenne pour 56 % de leur activité. Celle-ci est mesurée en nombre d'actes, une consultation pouvant inclure plusieurs actes (par exemple, un acte de consultation accompagné d'un acte technique tel que la réalisation d'un point de suture ou d'une échographie).

Près de 49 millions d'assurés, soit 88,5 % de la population adulte, ont déclaré un médecin traitant en 2025, un peu plus de 6 millions d'assurés étant dépourvus de médecin traitant. L'âge est le facteur principal d'augmentation de la couverture : l'âge médian des assurés ayant un médecin traitant est de 51 ans, contre 37 ans pour ceux sans médecin traitant. 96 % des patients en ALD ont déclaré un médecin traitant, mais seulement 83 % des bénéficiaires de la C2S. En 2023, un tiers des patients sans médecin traitant l'étaient à la suite de la cessation d'activité de leur ancien médecin. Plus d'un patient sur cinq ayant un médecin traitant ne l'avait pas vu dans l'année, soit près de 11 millions d'assurés.

Le coût du dispositif du médecin traitant (forfait médecin traitant et rémunération sur objectifs de santé publique), intégralement financé par l'assurance maladie, est de 1,2 Md€, sur un total de 10,7 Md€ de consommation totale de soins de médecins généralistes en ville en 2024 (dont 10,1 Md€ pour les seuls médecins généralistes libéraux). Ce financement représente un poids relativement stable dans la rémunération globale des médecins généralistes libéraux (11,8 % en 2024 contre 9,7 % en 2015), tandis que le paiement à l'acte (honoraires de consultations, essentiellement) compte toujours pour près de 80 % de ce total. D'autres financements sont liés à l'activité de médecin traitant : les aides à l'emploi d'assistants médicaux (99 M€ versés aux médecins généralistes libéraux en 2025) et les financements collectifs versés aux MSP et centres de santé (255 M€ en 2024) dans le cadre des accords interprofessionnels.

Chapitre I

Un dispositif central du système de soins, au déploiement insuffisant et au pilotage perfectible

Après avoir rappelé le rôle pivot du médecin traitant, porte d'entrée du système de santé, en matière de renforcement des soins primaires, dans un contexte de transformations démographiques et épidémiologiques majeures (I), la Cour dresse le bilan de ce dispositif après vingt ans d'existence.

Malgré les difficultés à appréhender le dispositif en l'absence de bases de données suffisantes (II), l'évolution du nombre de médecins traitants (III) et la couverture de la population en médecins traitants et le recours des patients à ce dispositif (IV) ont été analysés.

I - Le rôle clé du médecin traitant au regard des enjeux de santé publique

Le rôle du médecin traitant s'est accru tant du fait de transformations démographiques et épidémiologiques que de l'importance donnée à la prévention.

A - Le rôle accru du médecin traitant pour faire face aux transformations démographiques et épidémiologiques

La France, comme la plupart des pays développés, fait face à des enjeux de santé publique exerçant une pression accrue sur son système de santé, placé dans l'obligation de s'adapter.

Tout d'abord, le vieillissement accéléré de la population change la nature même des besoins de santé. Ainsi, en 2040, 26 % de la population aura 65 ans ou plus, contre 18 % en 2013, et cette proportion pourrait, selon certains scénarios, atteindre 34 % en 2070[12]. Cette évolution accroît au sein de la population le risque de perte d'autonomie et implique davantage de fragilité et de besoins complexes en matière de santé. Elle a donc des conséquences directes sur les soins primaires, en augmentant la part des patients nécessitant, non pas des soins ponctuels mais un suivi durable, une surveillance accrue du fait de la coexistence de plusieurs pathologies ou encore une plus forte coordination entre professionnels de santé ainsi qu'une articulation de la médecine de ville avec l'hôpital et la prise en charge médico-sociale.

[12] INSEE, Projections de population à l'horizon 2070 : une population plus âgée qu'en 2026, et probablement moins nombreuse, *INSEE Première*, n° 2108, 8 juin 2026.

Ce contexte nécessite de passer d'un modèle centré sur la maladie à un système fondé sur une prise en charge de la personne vieillissante dans son environnement, sujet de préoccupation des autorités. Ainsi, de nouveaux dispositifs sont mis en place, tels que l'expérimentation ICOPE (*Integrated Care for Older People*)[13] récemment généralisée, basée sur un bilan préventif pour les plus de 60 ans en vue de détecter la perte d'autonomie. À cet égard, la continuité relationnelle entre le médecin et le patient, sur le long terme, ainsi que la connaissance du contexte de vie, deviennent essentiels.

Le développement des pathologies chroniques nécessite lui aussi de repenser les soins primaires sous l'angle de la continuité et de la transversalité des prises en charge. Les principales pathologies sont les maladies cardiovasculaires (comme les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'asthme) ou encore le diabète. En France, selon les données de la CNAM[14], les pathologies et les traitements chroniques représentaient 60 % des dépenses de santé en 2023 et concernaient 37 % de la population. Parmi elles, trois pathologies contribuaient à hauteur de 41 % des dépenses remboursées totales : les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques.

Il en va de même du développement des pathologies liées à la santé mentale. Elles peuvent recouvrir les troubles psychotiques, de l'humeur, la dépression, les troubles addictifs, ou encore les troubles psychiatriques. Leur prise en charge est elle aussi conditionnée à des soins primaires[15] permettant d'assurer un suivi du patient dans la durée, la détection de ces affections et l'orientation dans le système de santé, rôle que le médecin traitant est à même d'exercer.

L'augmentation des maladies chroniques entraîne en outre une multiplication des situations de polypathologies, c'est-à-dire la coexistence de plusieurs maladies chez un même patient, facteur de complexité de la prise en charge médicale, de besoins de suivi accru notamment du fait de traitements multiples. Dans ces cas de figure, la fragmentation des prises en charge doit être évitée et la cohérence des parcours recherchée, autant d'objectifs assignés au rôle pivot joué par le médecin traitant.

Cette complexité et coexistence des pathologies se reflète dans les motifs de consultation en médecine générale, qui s'avèrent multiples pour un même patient, alors qu'ils étaient autrefois uniques ou centrés sur un problème principal[16]. Dans un tel contexte, le médecin généraliste, et en particulier le médecin traitant, peut contribuer à une approche longitudinale, c'est-à-dire une médecine continue, personnalisée et coordonnée, contrairement à une démarche verticale centrée sur chacune des pathologies, induisant des prises en charge de patients gérées de manière réactive ou épisodique[17], mal coordonnée.

---

[13] Programme élaboré par l'OMS, en 5 étapes, ayant pour objectif de diminuer de 15 millions le nombre de sujets dépendants dans le monde d'ici à 2025, soit de 150 000 en France.

[14] CNAM, « Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 *», Points de repère* n° 56, juillet 2025.

[15] Ce rôle des soins primaires est affirmé dans la « Feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie » lancée en juin 2018.

[16] Jacques Battistoni, « La médecine générale, une profession d'avenir ! » *Tribunes de la santé* n° 73, été 2022. L'article indique qu'« une séance de consultation en médecine générale comprend en moyenne 2,6 motifs différents, dont 20 à 30 % relèvent de la santé mentale ».

[17] Jacques Battistoni, article précité. Le médecin généraliste est décrit comme un spécialiste de la personne : « *Plutôt qu'un spécialiste par défaut, le médecin généraliste est le spécialiste de la personne. Un spécialiste de l'être vivant considéré comme un tout dont les parties interagissent* ».

B - Le rôle clé du médecin traitant dans une médecine plus préventive

Le système de santé français, organisé principalement autour du traitement des pathologies aiguës et de l'hôpital, a longtemps été orienté vers les soins curatifs. Cette approche a contribué à retarder l'intégration des démarches préventives[18], fondées sur l'anticipation des risques, dans la pratique médicale. Ainsi, selon la DREES, en 2023, la France ne se situe qu'au dixième rang des pays de l'Union européenne (UE) en termes de mortalité évitable par des actions de prévention.

Malgré des réformes successives pour intégrer la prévention au cœur des politiques de santé, notamment la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la création de Santé publique France en mai 2016 ou encore la Stratégie nationale de santé 2018-2022, d'importantes marges de progrès subsistent. À cet égard, depuis plusieurs années, la Cour des comptes a souligné dans différents rapports la nécessité de renforcer les actions de prévention[19].

En matière de prévention, le médecin traitant devrait jouer un rôle important. S'agissant de la prévention primaire[20], le médecin traitant peut conseiller les patients en vue d'adopter des comportements de santé appropriés. Il joue également un rôle pour accompagner les patients en matière de vaccination et, le cas échéant, les convaincre de son bien-fondé au vu du manque d'adhésion voire de la défiance d'une partie de la population envers la politique vaccinale et de la couverture vaccinale insuffisante qui en découle[21].

Au titre de la prévention secondaire, le suivi régulier des patients par le médecin traitant est un levier essentiel pour améliorer la participation des patients aux programmes de dépistage. Les résultats d'une analyse menée par la Cour à partir des données du système national des données de santé (SNDS)[22] montrent ainsi que le fait de disposer d'un médecin traitant, et de le voir, est associé, de façon significative, à un meilleur taux de dépistage et de suivi de certaines pathologies chroniques, par rapport aux patients qui ne disposent pas de médecin traitant ou ne prennent pas régulièrement rendez-vous (cf. annexe n°9 : « focus sur les parcours de soins diabète et cancer »). Par exemple, 34 % des assurés de 50 à 74 ans ayant consulté leur médecin traitant en 2023 ont bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal ; cette proportion est nettement plus faible chez ceux n'ayant pas consulté leur médecin traitant (21 %) et l'est encore plus chez ceux sans médecin traitant déclaré (15 %).

[18] L'OMS définissait dès 1948 la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».
[19] Cf. notamment : Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, La lutte contre les maladies cardiovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins*, octobre 2018.
[20] Trois niveaux de prévention sont à distinguer : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques. La prévention primaire agis en amont de la maladie (vaccination et actions sur les facteurs de risque) et la prévention tertiaire agit sur les complications et les risques de récidive.
[21] Santé publique France, Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge, 2025 : 65,1 % des plus de 65 ans se vaccinent annuellement contre la grippe en France hexagonale.
[22] Le SNDS regroupe l'ensemble des bases de données de santé de l'administration, et vise à les mettre à disposition afin de favoriser les études, recherches ou évaluations présentant un caractère d'intérêt public.

II - Une connaissance trop limitée du dispositif du médecin traitant

Comme cela avait déjà été relevé dans son rapport précité sur l'organisation territoriale des soins de premier recours, la Cour a été confrontée à la difficulté, voire à l'absence, d'accès à certaines données en matière de recensement des effectifs et de l'activité des médecins libéraux et *a fortiori* des médecins traitants. Ce problème se pose également pour les médecins ayant une activité salariée.

Le dénombrement et la description des profils et de l'activité des médecins exerçant comme médecin traitant, n'existent pas aujourd'hui dans les systèmes d'information actuels.

Ainsi, la notion de médecin traitant, pourtant centrale au sein de l'organisation des soins primaires en France, n'est toujours pas intégrée aux systèmes et référentiels de l'assurance maladie. Il n'existe pas de méthode formalisée pour recenser les médecins traitants dans le SNDS. Deux approches sont possibles : l'une repose sur les données des contrats liant les médecins traitants aux bénéficiaires, l'autre sur la base des données de remboursements de soins, dans laquelle l'identifiant du médecin traitant déclaré est indiqué pour chaque remboursement. Lorsque le médecin traitant déclaré n'exerce pas en libéral, aucune information n'est disponible sur son profil ou son activité. Les données ne permettent donc pas de décrire le profil de l'ensemble des médecins traitants.

Par ailleurs, la Cour a constaté l'absence d'information, dans les bases de données de l'assurance maladie, sur les modes d'exercice des médecins généralistes libéraux et donc des médecins traitants (exercice individuel, exercice en cabinet de groupe monoprofessionnel ou pluriprofessionnel, exercice en maison de santé pluriprofessionnelle), alors même que ces modalités ont des effets structurels sur l'accès des usagers au médecin traitant, le développement de son activité et l'attractivité du dispositif. Ces modalités connaissent en outre des mutations rapides, notamment depuis la sortie de la crise de la covid 19, qu'il conviendrait de pouvoir mieux piloter. En effet, malgré l'existence d'une base spécifique de la CNAM établissant un lien entre un professionnel de santé libéral et la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) au sein de laquelle il exerce[23], aucune interface n'existe avec le SNDS[24], ce qui rend impossible toute analyse de l'activité des médecins en fonction de leur appartenance à une MSP. La CNAM a précisé que des travaux techniques et juridiques sont en cours afin de permettre cette jonction dans le courant de l'année 2026, sans calendrier précis ni état d'avancement communiqués à ce stade.

Dans ce contexte, la Cour recommande d'enrichir les bases de données actuelles d'informations sur les médecins en activité, pour permettre de piloter les effectifs, les modes d'exercice et l'activité de ceux qui exercent en tant que médecin traitant.

[23] Ce lien est effectué à partir de la base des contrats signés entre l'assurance maladie et les MSP conventionnées et constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

[24] Ce référentiel n'est en effet pas intégré au système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), qui constitue une composante du SNDS.

Concernant les médecins salariés en centres de santé, la connaissance par l'assurance maladie de leur effectif et de l'activité réalisée par chaque praticien au sein d'un centre est limitée. Le suivi ne peut se faire que à travers une plate-forme[25] consacrée au suivi des centres de santé, uniquement déclarative, et l'activité détaillée individuelle pour ce type de médecins n'est pour sa part ni connue ni suivie par l'assurance maladie. Le recensement de l'effectif total des médecins généralistes salariés est possible notamment grâce à la base statistique de référence pour les travaux sur la démographie des professionnels de santé. Celle-ci est produite par la DREES à partir des données déclarées par ces derniers au sein du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Or, ces données renseignées dans le RPPS sont imprécises, notamment concernant les lieux d'exercice et la quotité de travail[26].

Par ailleurs, il n'est pas possible de tracer, dans les systèmes d'information de l'assurance maladie, l'activité des médecins assurant le rôle de remplaçants de médecins traitants, dans la mesure où la facturation de leurs actes et de leurs consultations se fait sous couvert du médecin généraliste remplacé.

En outre, un enrichissement des systèmes d'information en ce sens permettrait, en améliorant la connaissance et le suivi des médecins traitants, d'utilement d'alimenter les données de l'Observatoire de l'accès aux soins géré par la CNAM et d'en enrichir les indicateurs.

III - Une légère tendance à l'érosion du vivier de médecins traitants

Un tassement du nombre de médecins traitants sur la période peut être identifié, dû aux effets de la démographie de la profession mais aussi à la répartition des modes d'exercice et à leur évolution. Une amorce d'évolution positive du nombre de médecins généralistes a été constatée en 2025, que les effets de la fin du numerus clausus devraient consolider sur le nombre de médecins traitants potentiels, et à la condition que ne se dégrade pas davantage l'attractivité du dispositif vis-à-vis des jeunes médecins.

Le dispositif du médecin traitant repose essentiellement aujourd'hui sur la part des médecins généralistes exerçant en libéral, représentant à peine la moitié des médecins généralistes et le cinquième des médecins, toutes spécialités et modes d'exercices confondus, qui exercent en France.

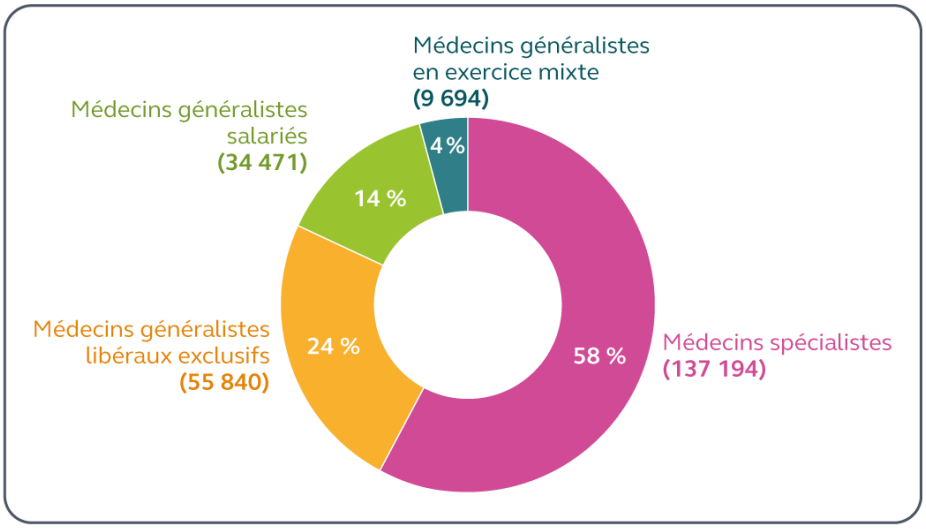
[25] L'observatoire e-CDS, administré par l'ATIH.

[26] Un avenant à la convention médicale a été diffusé par la CNAM en avril 2026, rendant obligatoire le renseignement du RPPS du statut de remplaçant, ce qui permettra de mieux suivre les conditions de travail et les quotités de travail. Le calendrier de mise en œuvre effective de ces dispositions, dépendant de l'évolution des systèmes d'information de la CNAM, n'a cependant pas été précisé.

A - Une mission de médecin traitant assurée par la moitié des médecins généralistes en exercice en 2024

Le dénombrement et la description des profils et de l'activité des médecins exerçant l'activité de médecin traitant (notamment par comparaison avec l'activité des autres médecins généralistes n'exerçant pas l'activité de médecin traitant) n'existent pas aujourd'hui sous la forme d'une base de données spécialisée (cf. *supra*). La Cour a donc procédé à l'extraction et à la consolidation de données disponibles (cf. annexes n° 3 et n° 5), avec cependant quelques lacunes dues notamment à l'absence de précisions sur le repérage statistique de certains modes d'exercice[27].

Graphique n° 1 : nombre de médecins en exercice en 2025



Source : Cour des comptes d'après les données de la base statistique de la DREES issue du RPPS au 1er janvier 2025

La France comptait en 2025, 237 214 médecins, nombre total en légère augmentation sur la période (227 298 médecins dénombrés en 2020, 221 001 en 2015)[28].

Cette faible augmentation du nombre total de médecins s'est effectuée au profit des médecins spécialistes, conduisant à la diminution de la part relative des médecins généralistes dans le nombre total de médecins (42,2 % de l'ensemble en 2025 contre 46,1 % en 2015), avec également une faible diminution de leur nombre. 100 005 médecins généralistes étaient dénombrés en 2025, contre 101 919 en 2015[29].

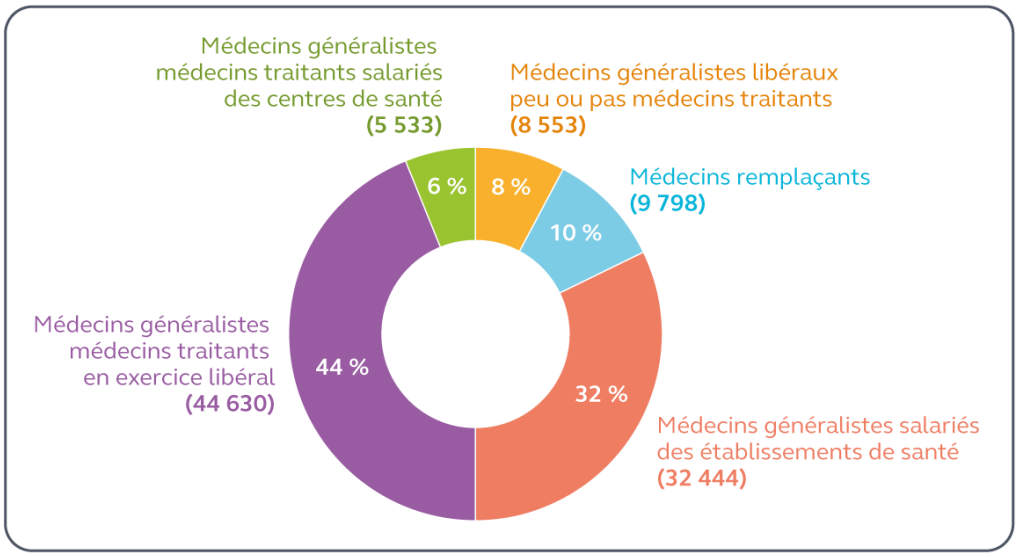
[27] Absence de données CNAM sur le nombre de médecins salariés exerçant les missions de médecin traitant et sur le repérage de l'activité médecin traitant des médecins remplaçants.
[28] Données de la base statistique de la DREES issue du RPPS (le répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé est le répertoire unique de référence permettant d'identifier les professionnels de la santé).
[29] La reconnaissance de certaines spécialités à la fin des années 2010 (telles que « médecine d'urgence ») avec possibilité de reconnaissance pour les médecins généralistes ayant été formés spécifiquement à ces spécialités conduit à dénombrer hors médecine générale les médecins qui auparavant exerçaient, avec des compétences spécifiques dans ces domaines, en tant que médecins généralistes.

Alors que la convention médicale autorise tous les médecins en exercice à être déclarés médecin traitant, l'activité de médecin traitant est marginale chez les médecins spécialistes (cf. annexe n°6). En 2024, les patients adultes ayant déclaré un médecin spécialiste (hors médecine générale) comme médecin traitant étaient au nombre de 177 000, soit un effectif réduit. 25 417 médecins spécialistes libéraux en activité (sur 137 194 spécialistes recensés) ont été déclarés au moins une fois médecin traitant en 2024 par un patient de 16 ans ou plus mais pour un nombre limité de patients (sept patients en moyenne en 2024). Seuls 1 % d'entre eux déclarent 96 patients ou plus.

Parmi les spécialités médicales concernées, la première ayant une activité de médecin traitant est la psychiatrie (10,8 % des spécialistes qui ont une activité de médecin traitant sont psychiatres), suivie de la cardiologie (10,4 %), de la pédiatrie[30] (9,6 %), de l'imagerie médicale (7,1 %) de l'ophtalmologie (6,2 %), de la gynécologie-obstétrique (6 %) et enfin la dermatologie (5,8 %).

S'agissant des médecins généralistes, une proportion significative n'exerce pas les missions de médecin traitant. Les modes d'exercices alternatifs à l'installation en qualité de médecin généraliste libéral, qui constituait le modèle historique dominant, répondent davantage aux aspirations des médecins généralistes, notamment sur la conciliation vie privée-vie professionnelle grâce au statut de médecin salarié[31].

Graphique n° 2 : nombre de médecins généralistes médecins traitants et non traitants



Source : estimation Cour des comptes d'après les données SNDS 2024 pour les médecins généralistes libéraux et les données de la base statistique de la DREES issue du RPPS 2025 pour les autres médecins généralistes (le chiffre total de 99 958 diffère des 100 005 du graphique précédent du fait de l'exploitation de bases de données différentes).

[30] Les 2 432 pédiatres médecins traitants assurent 30 % de la couverture des patients de plus de 16 ans qui sont suivis par un médecin traitant non généraliste.
[31] Véronique Hunsinger, Le salariat, oui, mais pas à tout prix, *Les Tribunes de la santé* 2019/1 n° 59.

Sur les 100 000 médecins généralistes recensés en 2025, la plus forte cohorte relativement stable des généralistes non médecins traitants sont les 32 444 médecins généralistes[32] qui exercent en qualité de salariés exclusifs au sein des établissements hospitaliers et médico-sociaux (soit 34,5 % du nombre total de généralistes en 2025, à comparer aux 32,8 % du total en 2015), contribuant ainsi à la continuité de fonctionnement de ces établissements et à la prise en charge des patients hospitalisés. Ces praticiens n'ont pas vocation à exercer en qualité de médecin traitant. Selon la CNAM, une faible part d'entre eux exerce les missions de médecin traitant, sans qu'il soit possible d'en déterminer le nombre exact par insuffisance de repérage statistique.

La part des médecins libéraux exclusifs a diminué, passant de 61 % à 56 % du total des médecins généralistes en activité. De ce fait, le nombre de médecins généralistes libéraux médecins traitants est passé de 51 000 en 2016 à 49 000 en 2023, soit une diminution d'environ 4 % (selon les données de la CNAM[33]). En contrepartie, l'exercice mixte s'est accru et concerne désormais près de 10 % d'entre eux (6,6 % en 2015). Si les médecins en exercice mixte demeurent comptabilisés dans le dispositif de médecin traitant, la part d'activité réalisée sous la forme du salariat réduit potentiellement leur capacité de prise en charge de patients médecin traitant.

Les médecins à expertise particulière (les MEP) sont des médecins libéraux qui ont acquis et qui exercent en plus de leur formation initiale, une compétence supplémentaire telle que l'acupuncture, l'allergologie, ou l'homéopathie. Ils représentaient 6 % des médecins généralistes libéraux en 2024, et 3 % des médecins traitants. Un tiers des médecins à expertise particulière seulement sont médecins traitants. La tendance est cependant à la diminution de leur nombre depuis 2015, réduisant ainsi l'effet d'attrition sur le dispositif du médecin traitant.

La période récente est marquée par l'apparition et le développement rapide des centres de soins non programmés. En l'absence de données transmises par la CNAM sur le nombre de médecins généralistes exerçant au sein de ces centres, il est difficile d'en mesurer l'impact, mais le passage de quelques dizaines de centres en 2018 à près de 600[34] aujourd'hui a contribué mécaniquement à une perte de ressource en potentiel de médecin traitant.

En revanche, les médecins salariés des centres de santé ont vu leur nombre progresser significativement. On en dénombrait 2 061 en 2015, soit 2 % de l'effectif total des généralistes, et 5 533 [35] en 2025, soit 5,7 % de cet effectif. Ils contribuent pour leur part à l'activité de médecin traitant (compte tenu de la vocation des centres de santé médicaux de relever du dispositif du médecin traitant).

Concernant les médecins remplaçants, leur nombre total a fortement progressé, passant de 7 060 en 2015 à près de 10 000 en 2025. Ces derniers contribuent au dispositif par l'aide apportée à la continuité de fonctionnement des cabinets libéraux au sein desquels s'exerce la mission de médecin traitant. Pour les remplaçants, les conditions financières (les conditions de rétrocession des honoraires leur sont favorables) et le choix qu'ils peuvent opérer sur les

[32] Source base statistique de la DREES issue du RPPS 2025.
[33] CNAM, *Activités des médecins généralistes 2016-2023*, prenant en compte les généralistes libéraux (sauf MEP avec au moins un acte de médecin traitant dans l'année).
[34] IGAS, *Évaluation des centres de soins non programmés : mieux structurer l'offre*, octobre 2025.
[35] Source : base statistique de la DREES issue du RPPS 2025.

créneaux de remplacement, sont autant d'incitations à cette mission de remplacement, au détriment d'installations en tant que médecin libéral qui pourraient pourtant permettre la prise en charge d'une patientèle médecin traitant. L'augmentation du nombre de médecins généralistes remplaçants contribue donc à diminuer potentiellement le nombre de médecins traitants. En effet, selon une enquête conjointe du conseil national de l'ordre des médecins et du collège de la médecine générale de 2025, un remplaçant régulier couvre 80 % de l'activité d'un médecin installé mais la couverture n'est que de 60 % pour un remplacement occasionnel. L'enquête évaluant à 62 % la part des remplaçants effectuant des remplacements réguliers, la part significative de remplaçants occasionnels conduit à une perte de potentiel de médecins susceptibles de s'installer mais ne l'ayant pas encore fait.

L'ensemble de ces évolutions n'a pas entraîné une baisse marquée du nombre de médecins traitants. Selon les données exploitées par la Cour[36], sur les 53 840 médecins généralistes libéraux recensés en 2024, 8 553 d'entre eux n'exercent pas de missions de médecin traitant ou le font au bénéfice d'une faible patientèle (en deçà du seuil de 200 patients médecin traitant vus dans l'année). Ainsi, ont été recensés en 2024, 44 630 médecins traitants généralistes libéraux, constituant le socle des médecins traitants, auxquels il convient d'ajouter 5 533 médecins généralistes des centres de santé, soit un peu plus de 50 000 médecins traitants[37].

Ces données sont confirmées par la contribution des différentes catégories de médecins à la couverture de la population par un médecin traitant. Selon les données de la CNAM, parmi les patients ayant un médecin traitant, 95 % ont comme médecin traitant un médecin généraliste libéral, 3 % de patients ont un médecin traitant médecin généraliste salarié principalement dans les centres de santé et 2 % de patients ont un spécialiste comme médecin traitant.

Une augmentation du potentiel de médecin traitant pourrait être obtenue avec une obligation faite aux médecins généralistes libéraux installés, dans le cadre de la convention médicale, de prendre en charge un seul minimal de patientèle médecin traitant. Le seuil de 500 patients qui a été retenu par la CNAM[38] comme seuil d'une activité significative de médecin traitant pourrait être envisagé. Il conduirait à une augmentation de 300 à 500 patients comme médecin traitant pour ces médecins. La fixation d'un seuil uniforme pourrait cependant avoir des effets contre productifs dans certaines situations particulières. Une modulation de ce seuil permettrait de prendre en compte le mode d'exercice, la quotité de travail, l'ancienneté d'installation, la structure de patientèle (âgée, en ALD, précaire) ou bien les missions universitaires ou territoriales.

Le potentiel de prise en charge supplémentaire que ces 8 553 médecins qui n'exercent pas significativement en tant que médecin traitant représenterait, à ce seuil, est compris entre 2,5 et 4 millions de patients[39].

[36] Source : SNDS 2024.
[37] Sans prise en compte des 2 432 pédiatres déclarés médecins traitants en 2024.
[38] CNAM Les médecins généralistes à faible patientèle médecin traitant 2021.
[39] Cette fourchette est calculée sur la base de l'augmentation de 300 à 500 patients. Si l'augmentation est d'au moins 300 patients, cela représente 2,5 millions de patients (8 553 * 300). Pour l'hypothèse haute, cela fait près de 4 millions de patients (8 553 * 500).

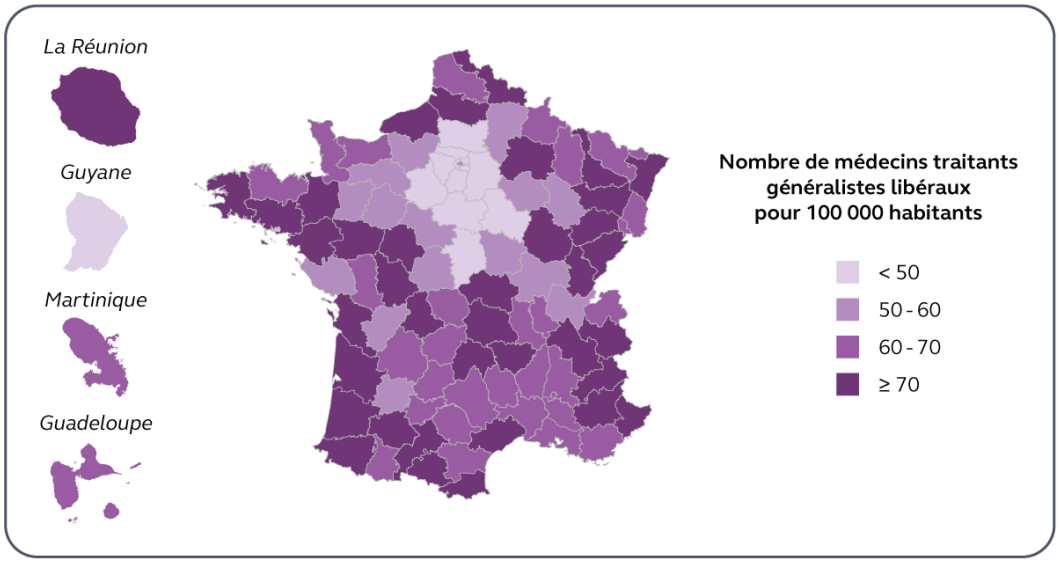
B - Une présence inégale du médecin traitant sur le territoire

Il n'existe pas aujourd'hui d'indicateur normalisé sur la disponibilité effective de la ressource médecin traitant, ni à l'échelon national ni à l'échelle territoriale. En effet, le seul indicateur existant sur la densité médicale (l'accessibilité potentielle localisée développé par la DREES[40]) ne permet pas de rendre compte finement du temps effectif consacré à cette mission. La Cour regrette qu'une méthodologie de recensement du potentiel réel médecin traitant ne soit pas davantage promue par les pouvoirs publics, permettant notamment une approche plus fine et un meilleur pilotage, à l'échelle territoriale, de la ressource en médecin traitant[41].

Pour autant, l'examen de différents paramètres (implantation géographique, démographie médicale, évolution des modes d'exercice, file active) permet de mettre en évidence quelques caractéristiques du profil des médecins traitants et de leur évolution, ayant un impact direct sur le temps médical disponible pour exercer les missions de médecin traitant.

Les médecins traitants sont tout d'abord inégalement répartis sur le territoire national, à l'image des médecins généralistes. Cette inégale répartition peut notamment s'apprécier à l'échelle départementale, même si cette échelle masque de fortes disparités à l'échelon infra-départemental[42].

Carte n° 1 : densité départementale des médecins traitants généralistes libéraux avec au moins 200 patients médecins traitants en 2024



Source : Cour des comptes, d'après les données du SNDS et le recensement de la population de l'INSEE, 2024

[40] L'accessibilité potentielle localisée (APL) des médecins généralistes est un indicateur qui mesure leur disponibilité pour une population donnée d'une zone géographique, en tenant compte du nombre de médecins et de la distance ou du temps de déplacement pour les habitants. La carte de densité des médecins généralistes selon le critère d'APL mets en évidence de fortes disparités territoriales. www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes.

[41] Ce point a déjà été relevé par la Cour dans son rapport portant sur les aides à l'installation des médecins libéraux, publié en novembre 2025.

[42] À titre d'exemple, dans les Pyrénées Atlantiques, l'APL est de 6,5 consultations par an sur la commune d'Anglet, en zone littorale et est nulle dans la commune de Lescun, située en zone de montagne.

La densité de médecins traitants libéraux varie ainsi fortement selon les départements. La moyenne nationale est de 65 médecins traitants pour 100 000 habitants. Elle est la plus faible en Guyane (25 médecins pour 100 000 habitants), en Seine-Saint-Denis (30 médecins) et dans le Cher (41 médecins). À l'inverse, elle est la plus élevée dans les Hautes-Alpes (103 médecins), dans le Finistère (88 médecins) et dans les Pyrénées-Atlantiques (86 médecins).

Cette situation demeure en dépit des dispositifs gouvernementaux qui se sont succédé depuis plusieurs années[43]. Le dernier en date, le pacte de lutte contre les déserts médicaux, présenté le 25 avril 2025 par le gouvernement, a conduit à déterminer 151 territoires prioritaires, au sein desquels les médecins volontaires pour assurer deux jours de consultation par mois bénéficient d'un appui administratif des agences régionales de santé (ARS) et d'une indemnité forfaitaire de 200 € par jour[44].

L'expérience *Médecins Solidaires* pour organiser une continuité d'offre de médecins traitants au sein de territoires ruraux

L'association *Médecins Solidaires* met à disposition une offre de médecin traitant dans des zones rurales complétement dépourvues. Fondée en 2022, cette association mobilise 1 080 praticiens intervenants ponctuellement sous forme de vacations hebdomadaires rémunérées par l'association, au sein de 15 centres de santé. La continuité de présence est assurée à tour de rôle par les médecins de l'association. Cette organisation apporte une réponse palliative ciblée, dont le modèle de financement suppose une aide directe soit des ARS soit des collectivités territoriales.

Les territoires à forte densité de médecins généralistes libéraux ont également une densité élevée de médecins traitants. Pour autant, une densité médicale élevée ne garantit pas toujours un accès facilité aux médecins traitants. Certains départements illustrent ainsi un décalage entre ces deux indicateurs. C'est notamment le cas de Paris, qui se caractérise par une densité élevée de médecins généralistes libéraux (6ème rang national), mais une densité faible de médecins généralistes libéraux exerçant comme médecins traitants (72ème rang). Il est possible d'affiner cette approche territoriale en distinguant des caractéristiques propres aux médecins généralistes libéraux médecins traitants par comparaison avec leurs confrères non médecins traitants.

Ainsi, les médecins des deux groupes exercent majoritairement dans les zones à niveau d'accessibilité potentielle localisée élevé (53 %), mais il existe une proportion plus forte des généralistes non médecins traitants (65 %) exerçant au sein de ces zones.

Les médecins traitants sont, en proportion, davantage installés en milieu rural (ils y exercent pour 30 % d'entre eux), alors que seuls 12 % des généralistes non médecins traitants y sont installés.

La proportion est inversée dans les grands centres urbains, au sein desquels exercent les trois quarts des non médecins traitants et seulement la moitié des médecins traitants.

L'enjeu de l'augmentation du nombre total de médecins traitants se double d'un enjeu de distribution géographique plus équilibré de cette ressource sur le territoire national, à l'image de ce qu'a rappelé la Cour au sujet des médecins généralistes dans son rapport sur les soins de premiers recours[45].

[43]. Cour des comptes, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, mai 2024.
[44] Selon la DGOS, près de 15 000 consultations ont ainsi été réalisées par environ 330 médecins, répartis dans une cinquantaine de sites au sein des 151 territoires prioritaires.
[45] Cf. rapport précité.

C - Une démographie médicale aux effets contrastés sur le vivier de médecins traitants

La modification de la structure démographique des médecins généralistes produit par ailleurs des effets contrastés sur le vivier de médecins traitants.

En l'absence de données démographiques précises sur l'évolution de la population médecin traitant uniquement, il est cependant possible de dégager les principales tendances de la démographie des médecins généralistes et leurs effets potentiels sur l'évolution du nombre de médecins traitants, compte tenu du profil des médecins traitants en 2024, mis en évidence par la Cour à partir des données du SNDS.

Deux tendances caractérisent la démographie des médecins généralistes sur la période : une féminisation accrue de la profession, la part des femmes passant de 41 % à 52 % entre 2016 et 2025, et un léger rajeunissement de la profession avec l'abaissement de l'âge moyen de 51 à 50 ans. Pour la première fois en 2024 sur la période récente, un solde net favorable concerne les médecins généralistes (129 médecins de plus en exercice en 2024 par rapport à 2023 à comparer aux 175 médecins de moins en 2023 par rapport à 2022)[46], solde qui s'est accru en 2025, s'établissant à 1 166 médecins[47].

La pyramide des âges des médecins généralistes, sur des données 2016-2023, permet ainsi de mettre en évidence une diminution de la part des médecins de 50-59 ans et une augmentation de la part des médecins de moins de 40 ans, ainsi qu'une augmentation de la part des médecins de plus de 70 ans.

Ces évolutions peuvent être mise en parallèle avec le profil actuel des médecins traitants, par comparaison avec celui des médecins généralistes non médecins traitants.

En 2024, le médecin traitant généraliste libéral est majoritairement un homme (52 %) mais dans une moindre mesure que ses confrères non médecins traitants (59 %).

Les femmes se tournent, en proportion, davantage vers le salariat que leurs confrères masculins[48.] Statistiquement, à caractéristiques comparables, les femmes ont par ailleurs deux fois plus de chance d'être médecin traitant. La féminisation progressive de la profession entraîne donc des effets contrastés sur le futur potentiel de médecins traitants.

Les premières tranches d'âges sont moins nombreuses chez les médecins traitants que chez les non médecins traitants [49] et les médecins âgés de 60-69 ans, et de 70 ans ou plus, sont plus fréquemment médecin traitant que ceux de 40-49 ans.

[46]CNOM *Atlas de la démographie médicale* 2025.
[47] CNOM *Atlas de la démographie médicale* 2026.
[48] 56 % des généralistes salariés en établissements de santé sont des femmes en 2025 alors qu'elles ne représentent que 49 % des médecins généralistes libéraux.
[49] 26 % des médecins traitants a moins de 39 ans contre 33 % des non médecins traitants.

Enfin, la proportion d'installation en activité libérale sur les années récentes est plus faible chez les médecins traitants. En 2024, 95 % d'entre eux se sont installés avant 2022 contre 82 % pour les non médecins traitants, 3 % en 2023 contre 9 %, et 2 % en 2024 contre 9 %[50].

Ainsi, le départ dans les prochaines années d'une classe d'âge qui exerce les missions de médecin traitant en plus grande proportion que la classe d'âge suivante met en relief le sujet de l'attractivité de la fonction de médecin traitant. Cet enjeu devient crucial pour les prochaines années même si l'arrivée des générations issues du *numérus apertus*[51] devrait faire progresser fortement le nombre total de médecins. Selon les projections réalisées par le CNOM, le nombre total de médecins devrait s'établir autour de 260 000 en 2030 et à 315 000 en 2040[52], soit respectivement une progression de 8 % et de 30 % par rapport à 2025.

Toutefois, cette évolution est plus limitée s'agissant des médecins généralistes. Selon les projections de la DREES[53], la densité en médecin généraliste pour 100 000 habitants, progresserait de 135,5 en 2025 à 136,2 en 2030,144,4 en 2035 et 156,9 en 2040, soit une progression de 15 % entre 2025 et 2040.

D - Un temps de travail en diminution et une augmentation de la patientèle médecin traitant moyenne par praticien

Selon les données de l'étude de la CNAM réalisée en 2023[54], le nombre moyen de jours travaillés des médecins généralistes a diminué, passant de 239 jours en 2016 à 216 jours en 2023, soit une baisse de près de 10 %.

Cette moyenne masque une distribution étendue[55], plus marquée entre les médecins généralistes qui assument des missions de médecin traitant dans le cadre de leur exercice libéral et les autres généralistes. Selon des données calculées par la Cour pour 2024, les médecins traitants travaillent en moyenne 223 jours par an alors que les généralistes non médecins traitants travaillent 171 jours en moyenne, soit un écart de 23 %.

Ces écarts traduisent des situations professionnelles diverses chez les non médecins traitants, à l'inverse des médecins traitants, dont l'activité est plus homogène.

[50] Selon les données de l'Observatoire national de l'accès aux soins, le nombre de médecins généralistes primo-installés a fortement progressé entre 2012 et 2025, avec cependant une baisse significative en 2024, tous territoires confondus et une baisse plus marquée en 2025 dans les zones sous denses. La période étudiée est par ailleurs marquée par une baisse du nombre de généralistes installés, les nouvelles installations ne compensant pas les départs.

[51] Le *numerus apertus* est un dispositif mis en place en France à la suite de la suppression progressive du *numerus clausus* par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Contrairement au numerus clausus, qui fixait un nombre strict d'étudiants autorisés à passer en deuxième année de médecine à l'échelle nationale, le *numerus apertus* repose sur une logique plus souple et territorialisée. Il permet aux universités de fixer, chaque année, le nombre d'étudiants admis en deuxième année.

[52] CNOM Atlas de la démographie médicale 2025.

[53] DREES *Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023* 29/08/2023.

[54] Étude précitée.

[55] En 2023, un quart des médecins travaillaient moins de 192 jours (217 jours en 2016) et un quart d'entre eux plus de 247 jours (272 en 2016).

Cette évolution du temps de travail s'accompagne d'une évolution contrastée du nombre de patients pris en charge et du nombre d'actes effectués, avec une augmentation des patients médecin traitant pris en charge par un médecin à ce titre, mais aussi une diminution des actes produits au bénéfice de ces mêmes patients, chaque patient pris en charge bénéficiant en moyenne de moins d'actes au cours de l'année 2023 par rapport à 2016.

Le nombre de patients médecins traitant adultes passe ainsi de 919 patients en moyenne par médecin en 2016, à 1 130 patients en 2024[56], soit une hausse de près de 23 %, portée essentiellement par une forte augmentation des patients de plus de 70 ans. Ce chiffre se situe dans le même ordre de grandeur que les autres pays européens auxquels la Cour s'est référée. Même si le dispositif français ne prévoit pas de plafond, les 10 % de médecins ayant le plus de patients médecin traitant en ont en moyenne 1 787, chiffre dans la fourchette des *maxima* observés dans d'autres pays[57]. En outre, les données de l'observatoire national de l'accès aux soins identifient un net ralentissement dans la progression de l'indicateur portant sur l'augmentation de la taille moyenne de la patientèle médecin traitant. Alors que l'objectif affiché est de 2 % de progression par an sur la période 2024-2029, ce taux était de 2,1 % en 2020, en baisse constante depuis jusqu'à 0,8 % en 2024.

Pour autant, les objectifs d'augmentation d'activité pour les médecins traitants ayant déjà une large patientèle posent la question du plafonnement des tailles de patientèles. Ce plafonnement figurait dans le dispositif précédent de médecin référent, car il est de nature à garantir la cohérence avec l'objectif d'accès aux soins en termes de durées et de délais de consultation. L'enjeu est davantage celui d'une meilleure répartition de l'effort de prise en charge des patientèles médecin traitant entre les médecins généralistes installés, afin de limiter les effets de saturation de patientèle à l'échelle de chaque médecin traitant.

En 2024, la patientèle médecin traitant a représenté 55 % des patients vus dans l'année par les médecins généralistes libéraux médecins traitants, mais 73 % de leur activité en nombre d'actes.

Une différence existe de ce point de vue entre médecins traitants et non médecins traitants, sur le nombre d'actes réalisés par jour d'activité en 2024. En 2024, 22 actes sont réalisés en moyenne par un médecin traitant contre 17 par un non médecin traitant, un patient pouvant parfois bénéficier de plusieurs actes au cours d'une même consultation.

Les non médecins traitants consacrent une moindre proportion de leur activité aux patients âgés de 65 ans et plus, en ALD ou couverts par la C2S, avec 48 % des actes réalisés pour ces patients, contre 56 % pour les médecins traitants.

[56] Le chiffre de 2016 provient de la CNAM et porte sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux sauf MEP avec au moins un patient médecin traitant adulte.

[57] Cf. annexe sur les comparaisons internationales n° 2. Moyenne de 2 200 patients observés au Royaume Uni et plafond de 1 500 patients en Italie.

La forme de l'activité du médecin traitant est dominée par la consultation (4 199 consultations en moyenne annuelle 2024 pour l'ensemble des généralistes, 4 563 pour les médecins traitants et 2 303 pour les généralistes non médecins en 2024). L'activité de visites est marginale (246 en moyenne pour l'ensemble des généralistes, les médecins traitants en assurant 263 contre 157 pour les généralistes non médecins traitants). Enfin, le nombre de téléconsultations est faible sur les deux groupes (120 en moyenne pour les médecins traitants contre 67 pour les non médecins traitants)[58]. La France fait figure d'exception au sein des pays européens avec un taux de téléconsultations faible (2 % en 2024 alors que ce taux est autour de 30 % en Espagne, au Royaume Uni ou au Danemark)[59], situation qui suscite des interrogations dans la perspective d'une prise en charge domiciliaire accrue[60].

Au-delà de l'analyse de l'activité des médecins traitants, il est nécessaire d'examiner la couverture effective de la population par ce dispositif.

IV - Une couverture par le médecin traitant, bien qu'élevée, à renforcer au bénéfice des publics vulnérables

Les dernières données disponibles au 30 juin 2025 mettent en évidence que 88,5 % de la population adulte, soit 48,7 millions de personnes, disposait d'un médecin traitant déclaré auprès de l'assurance maladie, tandis que 6,3 millions d'assurés n'avaient pas de médecin traitant[61]. On compte aussi 13 millions d'assurés de moins de 16 ans, dont 75 % disposent d'un médecin traitant. L'analyse de la couverture ci-dessous se concentre sur les patients de 17 ans ou plus, seuls concernés par le moindre remboursement en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (cf. *supra*).

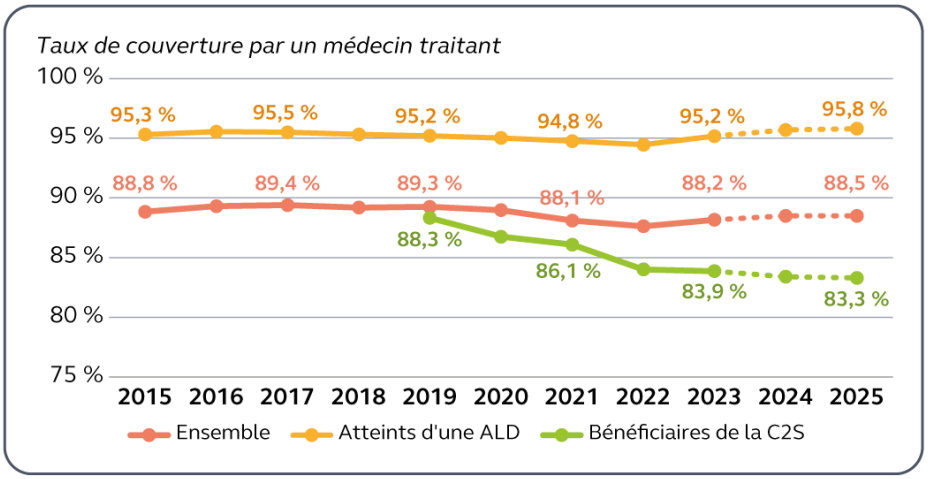
Ce niveau de couverture globale de la population peut être considéré comme relativement élevé si on le compare à celui observé dans d'autres pays européens où il existe un dispositif similaire à celui déployé en France, c'est-à-dire relevant d'un droit non opposable, avec incitations, et non d'une stricte obligation imposée à la fois aux assurés et aux médecins[62]. Toutefois, cette couverture masque des inégalités sociales et territoriales et ne garantit pas le suivi effectif des patients par leur médecin traitant.

[58] Ce taux est élevé dans le cas de l'activité non régulée de PDSA (cf. CNAM, *Points de repères* n° 58, avril 2026).
[59] OCDE, *Pratiques exemplaires pour l'avenir de la télémédecine : mise en œuvre de la télémédecine après la pandémie*, 2023.
[60] Cour des comptes, *Les téléconsultations, une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soin*s, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, avril 2025.
[61] Source : CNAM, base SNIIRAM, patients consommant en ville de 17 ans et plus, tous régimes.
[62] Cf. annexe n° 2, *Comparaisons internationales du dispositif du médecin traitant*.

A - Une couverture par le médecin traitant qui s'accroît en fonction de l'avancée en âge du patient

Le taux de couverture de la population française adulte par un médecin traitant s'est stabilisé dès les années 2010 à un niveau élevé, supérieur à 88 %. Après avoir atteint un point haut à 89,5 % en 2019, il a connu une légère inflexion à 87,9 % en 2021, à la suite de la pandémie de la covid 19. Compte tenu de la croissance de la population, ces taux relativement stables se traduisent néanmoins par une augmentation du nombre d'assurés sans médecin traitant de l'ordre d'un million en 10 ans.

Graphique n° 3 : évolution du taux de couverture de la population adulte par un médecin traitant, 2015-2025



Source : Cour des comptes à partir des données de l'assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses, 2015-2023) et de la CNAM (2024-2025)

Dès les premières années de la mise en place du dispositif, celui-ci s'établissait sur des bases larges puisque 78 % des français avaient déclaré un médecin traitant en 2006[63], et seulement 5 % des Français s'étaient déclarés réfractaires au dispositif. Cette proportion s'est réduite : une enquête d'opinion de 2019[64] relevait que parmi les français sans médecin traitant, seulement 6 % refusaient d'en avoir un, soit moins de 1 % de la population.

La comparaison de ces deux études met en évidence une distinction qui émerge, au sein des usagers, entre deux types de situation et de perception exprimés à l'égard du médecin traitant.

[63] IRDES, *Les assurés et le médecin traitant, premier bilan après la réforme*, Questions d'économie de la santé n° 124, juillet 2007.
[64] Enquête Harris Interactive : *Observatoire des parcours de soins des Français, les Français et la médecine de ville*, août 2019.

D'un côté, de plus en plus d'usagers souhaiteraient en avoir un, avant tout pour faciliter leur parcours de soins et garantir un suivi médical régulier de qualité[65]. Mais ils se trouvent, pour une part d'entre eux, dans une situation subie d'absence de médecin traitant renvoyant aux difficultés d'accès aux soins, liées aux tensions actuelles sur la démographie médicale. Ces difficultés ressenties sont corroborées par la part croissante des médecins généralistes qui déclarent refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant : selon la DREES, en 2022, ils étaient deux sur trois, contre 53 % en 2019[66].

À l'opposé, et dans la proportion la plus importante, l'absence de médecin traitant relèverait d'une situation choisie, traduisant des modifications de comportements de certains usagers dans leur recours aux soins et de conception de leur relation avec le médecin, en outre peu influencés par la contrainte financière.

On peut relever à ce dernier titre que, parmi les 6,3 millions d'assurés sans médecin traitant, seulement 40 % se voient appliquer les pénalités de remboursement. Des motifs d'exonération existent pour les assurés dont le médecin traitant a cessé son activité, mais aussi pour ceux qui se voient affecter par leur caisse primaire un « médecin traitant fictif »[67] afin d'éviter un renoncement aux soins (un quart des patients sans médecin traitant). Les durées d'exonération, notamment en cas de cessation d'activité de son médecin, sont variables en fonction des caisses. La notion de « médecin traitant fictif » introduite par l'assurance maladie constitue en soi la reconnaissance des difficultés d'accès au médecin traitant.

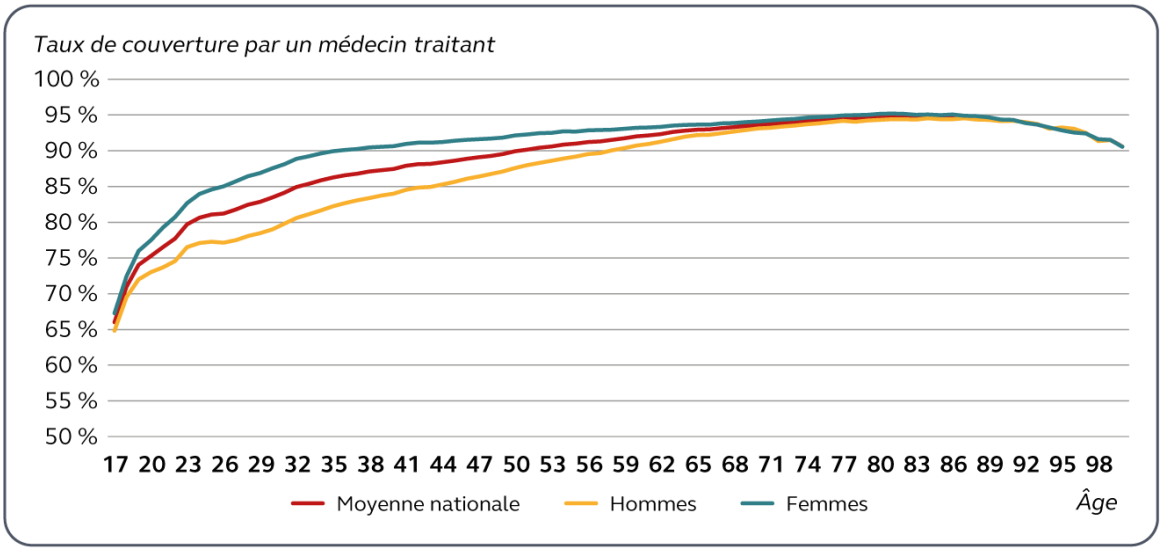
Les tendances exprimées dans les enquêtes d'opinion font en partie écho aux données de l'assurance maladie qui renseignent sur les caractéristiques des assurés qui ont déclaré ou non un médecin traitant (cf. annexe n° 7 : *Couverture de la population par un médecin traitant* - données 2023).

Ces données montrent tout d'abord qu'il existe un noyau significatif d'individus durablement sans médecin traitant : 16 % des patients sans médecin traitant en 2023 n'en disposaient déjà pas depuis 2015 ; il s'agit en majorité d'hommes, et d'assurés âgés de 30 à 60 ans. Dans le même temps, il existe aussi un volant conjoncturel incompressible d'usagers sans médecin traitant, en lien avec la démographie médicale : un quart des situations de non-couverture en 2023 résulte d'une rupture récente du lien avec un médecin traitant, concernant des individus qui en disposaient en 2022 ; un tiers des usagers sans médecin traitant en 2023 le sont à la suite de la cessation d'activité de leur médecin.

Ensuite, l'âge est le principal facteur explicatif du niveau de couverture de la population par un médecin traitant : la couverture s'accroît continûment avec l'avancée en âge des patients.

[65] L'adhésion initiale au dispositif avait relevé de motifs économiques, ainsi que d'une obligation perçue, selon l'étude de l'IRDES, plutôt que d'un souhait des usagers d'améliorer leur prise en charge médicale.
[66] Ce taux a été estimé à 73 % dans une enquête réalisée en décembre 2025 par l'URML Grand Est.
[67] Il s'agit d'un code attribué par la caisse d'assurance maladie au patient qui n'a pas de médecin traitant, après examen de sa situation, lui permettant d'être remboursé dans les mêmes conditions que s'il avait déclaré un médecin traitant, et de ne pas être pénalisé par le non-respect du parcours de soins coordonné.

Graphique n° 4 : taux de couverture de la population adulte par un médecin traitant selon le genre et par âge des assurés



Source : Cour des comptes à partir des données de l'assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses, 2023)

Le taux de déclaration d'un médecin traitant est moins élevé pour les assurés de 17 à 40 ans, qui comptent pour 34 % de la population adulte mais 54 % des assurés sans médecin traitant. L'âge médian des assurés ayant un médecin traitant est de 51 ans, contre 37 ans pour les patients sans médecin traitant (et seulement 27 ans si l'on exclut les assurés sans médecin traitant affectés d'un médecin traitant fictif ou dont le médecin a cessé son activité). Le niveau de couverture des assurés de moins de 40 ans a, en outre, tendance à se dégrader depuis 2020. Les hommes déclarent aussi moins souvent un médecin traitant que les femmes, cette différence se réduisant néanmoins avec l'âge.

D'autres déterminants socio-démographiques et territoriaux sont associés à un moindre niveau de couverture par un médecin traitant, indépendamment de l'âge.

Le fait d'habiter en zone urbaine est aussi associé à une moindre couverture (87 %)[68], cette tendance s'étant accentuée depuis 2020. Les habitants des zones rurales disposent *a contrario* plus souvent d'un médecin traitant que la population générale (90 %), même s'ils sont dans le même temps davantage sujets à l'absence de médecin traitant du fait de la cessation d'activité de leur ancien médecin. Les différences de situation entre les assurés des zones rurales et urbaines sont, à nouveau, nettement plus marquées au sein de la population de moins de 40 ans. Les centres urbains concentrent 51 % de la population mais 58 % de celle sans médecin traitant.

Les assurés sans médecin traitant sont donc particulièrement sur-représentés parmi les hommes urbains de moins de 40 ans.

[68] On observe aussi que plus la taille de la ville de résidence s'accroît, moindre est la couverture : elle n'est que de 85 % pour les habitants des villes de 500 000 habitants ou plus.

Même si la population des jeunes adultes présente un besoin de soins en moyenne inférieur à celui des publics plus âgés et susceptibles d'être atteints de pathologies chroniques et de nécessiter un suivi médical régulier, cette situation pose la question de la capacité de notre système de santé à assurer un suivi préventif suffisant et une détection adaptée des risques de santé auprès des publics plus jeunes.

Il conviendrait d'identifier les occasions de sensibilisation sur le dispositif du médecin traitant et ses objectifs pour le système de santé, mais aussi d'incitation à la réalisation d'un bilan de prévention. Ces détections pourraient s'appuyer sur le dispositif *Mon Bilan Prévention*, déployé depuis 2024 par l'assurance maladie, visant à renforcer la prévention primaire et secondaire dans le parcours de soins aux âges clés de la vie, ces bilans de prévention pouvant être réalisés par tout professionnel de santé de ville. Entre janvier 2024 et juin 2025, environ 46 000 personnes ont bénéficié du bilan prévu entre 16 et 35 ans, soit seulement 0,3 % des 15 millions d'assurés de cette tranche d'âge. Il conviendrait en outre de développer aussi les actions « d'aller-vers » en milieu du travail, pour mieux toucher le public des jeunes actifs qui consultent peu en ville, en mobilisant la médecine du travail comme porte d'entrée vers le médecin traitant. Le renforcement de ces démarches améliorerait le repérage des personnes à risque au sein de cette population jeune, et favoriserait leur intégration précoce dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant, sans attendre l'aggravation des facteurs de risque.

B - Un profil des assurés sans médecin traitant révélateur d'inégalités sociales et territoriales

Deux publics d'assurés plus vulnérables se distinguent nettement de la population générale, quel que soit l'âge.

Tout d'abord, les patients atteints de pathologies chroniques déclarés en affection de longue durée (ALD), qui comptent pour 13,2 millions de personnes soit un quart des assurés, présentent une couverture de 95,8 % en 2025.

Cette couverture, qui était de 94,4 % en 2022, s'est améliorée depuis 2023 à la suite de l'annonce du président de la République[69]. Le plan d'action volontariste de l'assurance maladie qui s'en est suivi (*ALD sans médecin traitant*) a notamment consisté à organiser le rattachement des patients en ALD au médecin généraliste qu'ils fréquentaient déjà le cas échéant, en s'appuyant sur les communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) pour faciliter le repérage de ces patients et l'engagement des médecins généralistes auprès d'eux. En effet, pour améliorer l'accès aux soins, les CPTS ont pour mission socle obligatoire de faciliter la recherche d'un médecin traitant pour les patients de leur territoire, en priorisant ceux en situation de fragilité. Ces actions se sont aussi traduites par une réduction du délai pour retrouver un médecin traitant lorsque celui-ci a cessé son activité : ce délai était de 203 jours en moyenne en 2023 pour l'ensemble des assurés, contre 162 jours pour les patients en ALD[70].

[69] Vœux du Président de la République aux acteurs de la santé, 6 janvier 2023, annonçant que *« les 600 000 patients avec une maladie chronique qui n'ont pas aujourd'hui de médecin traitant auront accès d'ici la fin de l'année à un médecin traitant ou une équipe traitante* ».

[70] CNAM, *Rapport sur les charges et les produits pour 2026*, publié en juin 2025. Sur la période de janvier 2023 à octobre 2024, la CNAM a observé une réduction de près de 10 % du délai pour retrouver un médecin traitant s'agissant des patients en ALD dont le médecin avait cessé son activité, tandis que ce délai est resté stable pour l'ensemble des assurés sociaux.

L'observatoire national de l'accès aux soins comporte, parmi les 10 objectifs retenus, celui de réduire de moitié la part des patients en ALD qui sont sans médecin traitant pour tendre vers un taux, jugé incompressible compte tenu notamment des cessations d'activité des médecins traitants et des changements de situation des assurés, de 2 %. On recense encore 575 000 de patients en ALD dans cette situation, l'association d'usagers France Assos Santé soulevant une possible sous-estimation. En effet, en l'absence de médecin traitant, certains patients relevant d'une ALD rencontrent des difficultés pour obtenir le renouvellement de leur prise en charge spécifique à ce titre[71].

À l'inverse des patients en ALD, les 5,4 millions d'assurés précaires, bénéficiaires de l'assurance complémentaire solidaire de santé (C2S), sont sur-représentés dans les usagers sans médecin traitant. Leur couverture est de 83,3 %, et s'est fortement dégradée depuis 2019, où elle approchait la couverture moyenne de la population. Ces assurés plus vulnérables sont environ 850 000. Ils rencontrent plus de difficultés que les autres pour retrouver un médecin traitant lorsque le leur a cessé son activité. Or, selon l'IRDES[72], les 10 % des assurés les plus pauvres auraient environ 1,4 fois plus de risques d'être diagnostiqués porteurs d'une maladie chronique que les 10 % les plus riches. De même, la DREES a récemment mis en évidence que les personnes modestes développent plus souvent des formes graves de cancers, diagnostiqués plus tardivement[73].

D'autres publics fragiles sont relativement moins bien couverts. Les résidents en EHPAD disposent d'une couverture plus élevée que la moyenne compte tenu de leur âge, mais ont moins souvent un médecin traitant déclaré que les autres assurés de leur âge (différentiel d'environ trois points ; 43 000 résidents sans médecin traitant). La CNAM relève aussi que 12 % des patients de plus de 65 ans et polymédiqués n'avaient pas de médecin traitant en 2022[74], soit environ 800 000 personnes.

Il conviendrait d'élargir à ces publics vulnérables la démarche proactive menée conjointement par l'assurance maladie et les CPTS. Son efficacité a été démontrée, mais elle est trop focalisée sur les assurés en situation d'ALD, ce qui ne constitue pas le seul, ou pas nécessairement, le meilleur marqueur de fragilité[75].

La densité et l'accessibilité de l'offre de soins de médecine générale sont aussi corrélées au niveau de couverture par un médecin traitant : on observe un différentiel de trois points de couverture entre les usagers exposés à la plus faible accessibilité de l'offre de médecins généralistes et ceux disposant de la meilleure accessibilité.

---

[71] La prise en charge au titre de l'ALD s'effectue, pour une durée déterminée, par un formulaire de « protocole de soins » rempli par le médecin traitant, transmis à la caisse primaire en vue d'obtenir son l'accord.

[72] IRDES, *Feuille de route stratégique pour un système de santé soutenable et résilient : agir en amont face aux maladies chroniques*, rapport n° 603, avril 2026.

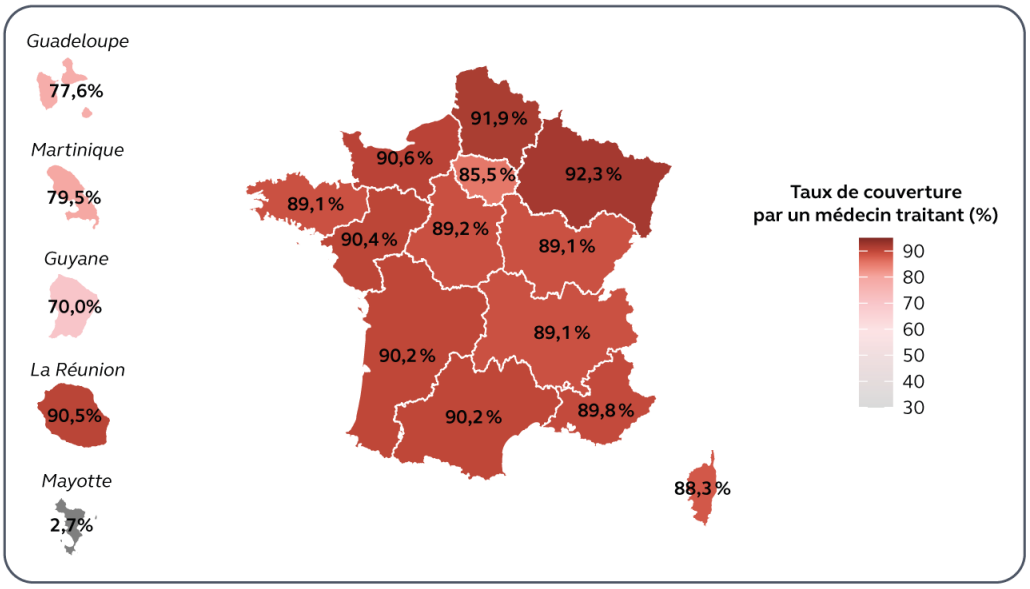
[73] DREES, *Études et résultat*s n° 1473, juin 2026.

[74] CNAM, *Rapport sur les charges et les produits pour 2025*. Sont considérés comme polymédiqués les patients qui se voient prescrire au moins 5 molécules différentes de médicaments de façon chronique.

[75] France Assos Santé souligne que certaines situations de fragilité échappent au ciblage à partir des indicateurs administratifs les plus facilement disponibles (ALD, C2S), par exemple les publics précaires ne bénéficiant pas de la C2S, atteints de pathologies chroniques ou polymédiqués non déclarés en ALD. Elle appelle à enrichir les critères d'identification (ex : troubles psychiques, handicap, isolement, absence de ressources, etc.) permettant d'améliorer le repérage des individus sans médecin traitant les plus vulnérables, en rupture ou risque de rupture de parcours de soins.

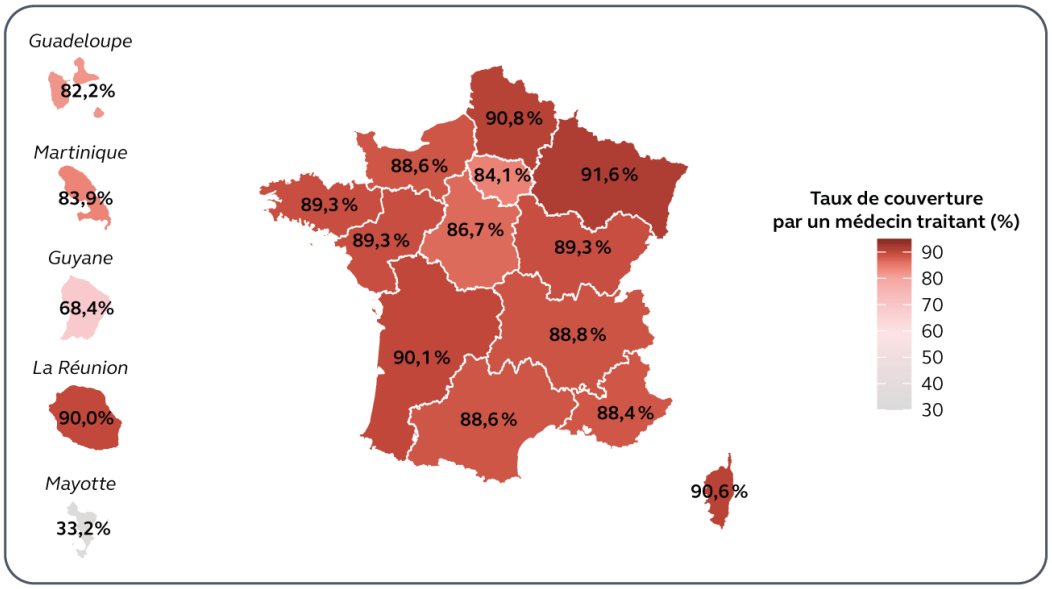
Il résulte de l'ensemble des facteurs évoqués précédemment une couverture variable de la population en fonction des régions et des départements[76].

Carte n° 2 : taux de couverture par un médecin traitant par région en 2015



Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2015)

Carte n° 3 : taux de couverture par un médecin traitant par région en 2023



Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

[76] Cf. annexe n° 7, cartes n° 5 à n° 8: taux de couverture de la population par un médecin traitant par région et par département en 2015 et en 2023.

L'Île-de-France, en particulier, présente une couverture de la population (84 %, dont 82 % à Paris) sensiblement inférieure aux autres régions métropolitaines. Elle concentre à elle seule 24 % des assurés sans médecin traitant tandis qu'elle compte pour 18 % des assurés. Cette situation régionale traduit la concentration plus forte d'une population jeune et urbaine mais aussi, pour certains territoires franciliens, une population plus précaire avec une accessibilité moindre aux généralistes.

La région Centre-Val de Loire est aussi sur-représentée dans les assurés sans médecin traitant, avec une couverture de 87 % qui s'est sensiblement dégradée depuis 2015. La région, qui connaît les tensions les plus fortes sur la démographie des médecins généralistes[77], présente aussi le taux le plus élevé des assurés sans médecin traitant du fait de la cessation d'activité de leur ancien médecin (plus d'un sur deux, contre un sur trois en moyenne nationale). La CNAM a mis en évidence que le fait de résider dans des zones les plus touchées par les difficultés d'accès aux soins est défavorable au fait de retrouver rapidement un médecin traitant lorsque le sien a cessé son activité.

Les assurés sans médecin traitant constituent une population importante de 6,3 millions de personnes (voir *supra*), mais dont la vulnérabilité et le risque de santé, ainsi que la répartition sur le territoire, sont variables. Il est nécessaire d'améliorer la connaissance fine de ces usagers, à l'échelle de chaque territoire, afin de consolider les besoins et identifier les patients les plus prioritaires pour la réinsertion dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Cette priorisation est indispensable dans le contexte actuel de tensions sur la disponibilité des médecins généralistes, qui ne leur permet plus, dans certains territoires, de prendre en charge de nouveaux patients en tant que médecin traitant.

Depuis 2019, les CPTS se sont vu confier ce rôle d'intermédiation au titre de leur mission d'amélioration de l'accès aux soins. Leur action a contribué à améliorer l'accès au médecin traitant dans certains territoires, comme le montre l'enquête publiée en mars 2025 par la fédération des CPTS[78], et le souligne aussi le récent rapport du Sénat consacré aux CPTS[79]. Néanmoins, l'assurance maladie ne dispose pas d'informations consolidées sur les actions conduites par les CPTS en la matière. L'enquête de la fédération des CPTS met en évidence que l'engagement des CPTS, lié à leur ancienneté et au niveau d'adhésion des professionnels de santé du territoire, reste variable dans les modalités, les ambitions et les résultats obtenus, de même que dans la traçabilité de leurs actions. Ainsi, dans l'enquête précitée, un peu moins d'une CPTS sur deux a mis en place une liste de patients sans médecin traitant[80], une sur deux a renseigné un nombre de patients ayant retrouvé un médecin traitant, et une sur cinq a renseigné un nombre de patients identifiés par la CPTS et la part ayant trouvé une solution.

[77] En 2023, l'APL pour les médecins généralistes en Centre-Val de Loire est la plus basse de France métropolitaine, avec 2,9 consultations par habitant et par an, soit 0,9 de moins que la moyenne nationale.
[78] Cette enquête porte sur 200 CPTS, sur un total de 738 CPTS conventionnées et en fonctionnement, et de près de 829 recensées par les ARS en 2025.
[79] Sénat, *Financement des CPTS : pour un contrôle au service de l'action des professionnels de santé*, octobre 2025.
[80] 70 % des CPTS ont par ailleurs orienté les patients vers une offre existante localement, et sinon vers une ressource médicale du territoire à distance (téléconsultations ; 17 % des CPTS) ou complémentaire aux médecins traitants (médecins retraités ou internes ; 10 % des CPTS).

Pour piloter efficacement leur action dans l'accès au médecin traitant, les CPTS devraient disposer d'objectifs précis pour leur territoire, articulés avec ceux de l'observatoire national de l'accès aux soins (par exemple s'agissant de l'objectif *zéro patient ALD sans médecin traitant*), et d'un socle commun d'indicateurs de mesure de leurs actions, déclinés à partir de ces objectifs et permettant un suivi consolidé par l'assurance maladie. Une telle évolution permettrait d'augmenter la part variable du financement des CPTS basée sur l'atteinte d'objectifs, comme le préconise le rapport du Sénat, et d'accroître l'engagement de l'ensemble des CPTS dans l'amélioration de la couverture de la population. Chaque CPTS peut percevoir un financement annuel de l'assurance maladie compris entre 55 000 et 155 000 € au titre de la mission d'amélioration de l'accès aux soins, selon sa taille et les résultats atteints, ce qui constitue une enveloppe nationale que la Cour a évaluée entre 39 et 109 M€ pour l'ensemble des CPTS.

De plus, au regard des perspectives de court terme de la démographie médicale, des actions davantage coordonnées de l'assurance maladie et des CPTS mériteraient aussi d'être déployées pour anticiper et accompagner dans chaque territoire la cessation d'activité des médecins traitants et la continuité du suivi de leurs patientèles.

Il conviendrait, enfin, de renforcer les actions de repérage et d'« aller vers » les usagers sans médecin traitant les plus à risque et éloignés du système de soins. Les occasions de détection de ces situations (et de celle de leurs aidants et accompagnants) existent, notamment lors d'un passage imprévu à l'hôpital ou aux urgences, d'une visite à domicile, d'un contact en ville pour un besoin de soins non programmés, ou dans le milieu du travail, mais elles sont aujourd'hui sous-exploitées. Les solutions mobiles de dépistage, à l'aide de médico-bus itinérants dans les zones les plus isolées et dépourvues d'offre de soins, contribuent aussi à améliorer la détection des publics en besoin de suivi par un médecin traitant. Une action plus structurée et coordonnée de l'assurance maladie[81] et des CPTS, en lien avec les acteurs de soins et de proximité, ainsi qu'un partage accru des données de repérage, permettrait d'améliorer le signalement de ces patients vulnérables par les acteurs de santé en contact avec eux, afin de les aider à trouver un médecin traitant.

C - Le suivi effectif des assurés par leur médecin traitant à prendre en compte dans le pilotage du dispositif

Des études mettent en évidence les effets de l'absence de médecin traitant sur le niveau de recours aux soins d'un assuré (consultations avec des médecins de ville, passages aux urgences, hospitalisations). En revanche, l'analyse des parcours des patients disposant d'un médecin traitant reste peu documentée.

Ainsi, la CNAM relève[82] un nombre de contacts annuels en ville de près de moitié inférieur pour les patients sans médecin traitant par rapport à ceux disposant d'un médecin (3,8 actes contre 6,5 actes), associé à un recours majoré aux urgences hospitalières : en 2019, ce dernier était de 23,3 % pour les patients sans médecin traitant, contre 19,1 % pour ceux ayant un médecin traitant.

[81] Les missions d'accompagnement en santé (MisAS) des caisses primaires ont pour rôle de détecter et prendre en charge, en lien avec leurs partenaires locaux, les publics les plus fragiles au plan médical et social, en conduisant des actions d'« aller-vers ».
[82] CNAM, *Rapport sur les charges et les produits pour 2025*.

L'analyse par la Cour des données du SNDS montre de plus que près d'un tiers des patients sans médecin traitant n'a vu aucun médecin de ville dans l'année, 40 % d'entre entre eux n'ayant consulté aucun généraliste et 70 % aucun spécialiste. Il s'agit majoritairement de patients non ALD et d'assurés de moins de 40 ans. Néanmoins, parmi les assurés sans médecin traitant ni contact avec un autre médecin généraliste, 13 % ont plus de 65 ans et 10 % sont bénéficiaires de la C2S.

La CNAM a analysé plus précisément les conséquences de l'absence de médecin traitant pour certaines populations fragiles, afin de mieux cibler ses priorités d'action.

En 2023, elle recensait[83] 25 % de patients ALD sans médecin traitant n'ayant recours à aucun médecin généraliste, et 8 % d'entre eux n'ayant aucun recours aux soins de ville, soit une proportion significative bien qu'inférieure à celle des autres assurés sans médecin traitant. Elle observait une sur-représentation, parmi les patients ALD sans médecin traitant, des hommes, soit très jeunes soit âgés de 80 ans ou plus, résidant en EHPAD ou bénéficiaires de la C2S, souffrant de troubles psychiatriques[84] ou de la maladie d'Alzheimer. Ces patients connaissent des hospitalisations plus sévères et en urgence, et plus souvent en psychiatrie. Les analyses de la CNAM appellent à mener des actions prioritaires d'amélioration de l'accès à un médecin traitant pour cette patientèle spécifique en ALD, au regard des conséquences sur le recours aux soins et sur l'état de santé.

Si le fait de disposer d'un médecin traitant facilite l'accès aux soins, notamment pour les publics les plus vulnérables, il n'est pas toujours une condition suffisante pour un suivi médical régulier. C'est pourquoi, la Cour s'est attachée à étudier les parcours de soins en ville des patients qui ont déclaré un médecin traitant, selon leur profil : voient-ils leur médecin traitant, et dans le cas contraire voient-ils un autre médecin ?

L'analyse des données du SNDS[85], portant sur les taux de dépistage des cancers du côlon et du sein, ainsi que sur les taux de réalisation des examens de suivi du diabète, met en évidence que ces taux pour les patients disposant d'un médecin traitant mais ne l'ayant pas vu dans l'année, se rapprochent de ceux des patients sans médecin traitant. La DREES[86] relève aussi que le risque d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE) augmente fortement (5,5 fois plus) pour les personnes n'ayant pas consulté leur médecin traitant dans l'année, par rapport aux personnes l'ayant consulté une ou deux fois. Ces données montrent la nécessité de piloter l'effectivité du dispositif du médecin traitant plutôt que la couverture théorique de la population basée sur la seule déclaration d'un médecin traitant. Ce suivi devrait s'appuyer sur des indicateurs permettant d'apprécier l'accès effectif au médecin traitant, la continuité du suivi médical et la prévention des ruptures de prise en charge.

[83] CNAM, *Rapport sur les charges et les produits pour 2026*.
[84] 39 % des patients en ALD sans recours médical en ville relèvent d'une affection psychiatrique.
[85] Cf. annexe n°°9 : *Focus sur les parcours de soins diabète et cancer*.
[86] DREES, *Études et résultats n° 1262*, avril 2023.

Ainsi, les données du SNDS montrent[87] que plus d'un patient sur cinq ayant un médecin traitant généraliste libéral en 2023 ne l'a pas vu dans l'année[88]. Rapporté à la population, cela représenterait près de 11 millions d'assurés, soit plus que les assurés sans médecin traitant. 52 % des patients n'ayant pas vu leur médecin traitant ont moins de 40 ans, mais on relève aussi que parmi les patients n'ayant pas vu leur médecin traitant, 11 % sont en ALD et 10 % sont bénéficiaires de la C2S.

De plus, parmi les patients qui n'ont pas vu leur médecin traitant, près de la moitié a consulté un autre généraliste. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (51 %), les bénéficiaires de la C2S (62 %) et les patients de 16 à 40 ans (53 %), et plus faible chez les personnes de 65 ans et plus (44 %). Enfin, parmi les patients qui n'ont vu ni leur médecin traitant ni un autre généraliste, 31 % ont consulté un médecin spécialiste.

Ainsi, la contrainte financière qui s'impose à l'usager a été efficace, initialement, pour favoriser la déclaration d'un médecin traitant, mais son effet est plus limité sur la coordination des parcours de soins et sur le positionnement du médecin traitant comme pivot de la prise en charge des patients. L'assurance maladie a renforcé, dans la dernière convention médicale, les incitations du médecin traitant à un suivi régulier de sa patientèle : à partir de 2026, le forfait annuel perçu par le médecin traitant pour le suivi d'un patient est fortement réduit en cas d'absence de contact pendant deux ans. Il conviendra de suivre les effets obtenus par cette évolution. En outre, la Cour considère que cette mesure pourrait s'accompagner de campagnes de communication de l'assurance maladie, à la fois institutionnelles et ciblées, pour sensibiliser l'ensemble des assurés ainsi que plus particulièrement les patients sans contact depuis deux ans avec leur médecin traitant et identifiés comme à risque (patients âgés, polymédiqués, ALD, etc.), à l'intérêt d'un suivi régulier par le médecin traitant afin de réaliser, a minima, un bilan de prévention périodique.

La distance est aussi associée à un moindre recours à son médecin traitant : les patients qui n'ont pas vu le leur dans l'année sont en moyenne plus éloignés de lui que ceux qui l'ont vu, en particulier s'agissant des moins de 40 ans. On observe, par exemple, que 15 % des 16-40 ans avec un médecin traitant déclaré mais non vu, et ayant eu un contact avec un autre médecin généraliste, résident à plus de 88 km de leur médecin traitant. L'éloignement peut traduire un changement de situation personnelle des assurés, les conduisant à changer d'interlocuteur médical sans déclaration nécessairement concomitante d'un nouveau médecin traitant. En l'absence de mécanisme de détection et d'information par l'assurance maladie sur ces situations, ces changements sont parfois connus avec beaucoup de retard par le médecin déclaré comme médecin traitant, obérant la capacité de celui-ci à accepter de nouveaux patients en substitution.

[87] Cf. annexe n° 8 : *Accès au médecin traitant et parcours de soins des assurés en ville.*

[88] Cette proportion est plus élevée pour les patients de moins de 40 ans (34 %), mais elle l'est aussi pour les résidents en EHPAD (30 %) et les bénéficiaires de la C2S (24 %).

Le recours variable au médecin traitant renvoie aussi à la difficulté ressentie, par un nombre croissant d'usagers, d'avoir accès à son médecin traitant, quand bien même il est proche. La DREES relevait ainsi, en 2023[89], que seuls 28 % des patients avaient pu obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant le jour-même ou le lendemain lors de leur prise de rendez-vous, et que dans 27 % des cas ce délai était supérieur à une semaine ; elle évaluait ce délai en moyenne à 6 jours en 2018[90]. Le manque de disponibilité du médecin traitant conduit certains patients à recourir à d'autres médecins généralistes, notamment en cas de besoin de soins ressentis comme urgents : 36 % des patients qui ont vu leur médecin traitant en 2023 ont aussi vu un autre généraliste, mais ce recours reste ponctuel au regard du nombre moyen de consultations observé. Cette proportion est plus élevée chez les patients de 16 à 40 ans (46 %), les bénéficiaires de la C2S (46 %) et les femmes (39 %), et plus faible chez les patients en ALD (34 %) et ceux de 65 ans et plus (29 %).

Ce constat appelle à rechercher des modalités d'organisation de l'exercice du médecin traitant susceptibles de faciliter la continuité du suivi de leur patientèle, et d'améliorer leur capacité à répondre à l'ensemble de leurs besoins de soins, qu'ils soient programmés ou non.

Ainsi, au regard des observations portées précédemment sur la démographie médicale, il est nécessaire d'identifier les conditions d'exercice et les leviers favorisant l'engagement des médecins généralistes dans l'activité de médecin traitant, et permettant d'optimiser leur temps disponible afin d'améliorer leur accessibilité pour les patients.

[89] DREES, *Enquête PaRIS* (« *Patient Reported Indicator Survey* », enquête internationale sur les indicateurs renseignés par les patients coordonnée par l'OCDE, et réalisée pour le volet français par la DREES entre août et décembre 2023 auprès de 15 patients âgés de plus de 45 ans), février 2025.
[90] DREES, *Études et résultats n° 1085*, octobre 2018.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans un contexte de pression accrue sur le système de santé, le dispositif du médecin traitant revêt aujourd'hui une place centrale dans l'organisation des soins primaires. Pour autant, les systèmes d'information existants ne permettent pas de recenser finement les effectifs et l'activité des médecins traitants par mode d'exercice (individuel, cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé), ce qui nuit à la lisibilité et au pilotage du dispositif.

La fonction de médecin traitant est essentiellement assurée par les médecins généralistes en exercice libéral, inégalement répartis sur le territoire national. Les évolutions à court terme des modes d'exercice et de la démographie médicale tendent à éroder le vivier de médecins traitants, la tendance à long terme étant plus favorable. Une obligation de prise en charge d'un seuil minimal de patientèle par médecin traitant pour tous les médecins généralistes libéraux installés permettrait une augmentation du nombre de patients couverts par le dispositif.

Les actions de l'assurance maladie ont permis d'améliorer l'accès au médecin traitant pour les patients atteints de pathologies chroniques : ces mesures devraient être élargies à d'autres publics vulnérables, notamment parmi les assurés âgés, polymédiqués ou précaires. Un contact régulier des patients à risque avec leur médecin traitant devrait être favorisé, pour améliorer le suivi préventif et au long cours de ces populations.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. *enrichir en 2027 les systèmes d'information permettant de recenser et piloter les effectifs et l'activité des médecins traitants en fonction de leur mode d'exercice (individuel, cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé) (CNAM) ;*
2. *rendre obligatoire, dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles un seuil minimal de patientèle prise en charge en tant que médecin traitant, pour tout médecin généraliste installé (CNAM) ;*
3. *élargir, à partir de 2027, la cible des publics vulnérables à inclure dans le plan d'action visant à améliorer la couverture des patients les plus fragiles par un médecin traitant (CNAM).*

Chapitre II

Un rôle pivot du médecin traitant à mieux organiser

L'exercice regroupé des médecins traitants s'est progressivement imposé, en vue d'améliorer les prises en charge des patients et les conditions de travail du médecin. En plein essor, les structures d'exercice coordonné entre les professionnels de santé, destinées à faciliter l'accès aux soins et la cohérence des parcours des patients, favorisent l'exercice du médecin traitant (I).

Il est nécessaire également de s'interroger sur les facteurs qui favorisent, sur son territoire, ses missions de coordination et d'adressage vers le second recours (II).

I - L'exercice collectif, facteur d'attractivité et de développement de la fonction de médecin traitant

L'exercice isolé en cabinet individuel est devenu minoritaire parmi les médecins traitants libéraux, ne répondant plus à leurs aspirations professionnelles en faveur d'organisations médicales regroupées. Les structures juridiques d'exercice coordonné, dont l'objet porte sur la coopération de professionnels de santé pour favoriser l'accès aux soins et une meilleure prise en charge des parcours des patients, facilitent le rôle du médecin traitant et constituent un modèle attractif pour ce dernier.

A - Un exercice collectif des médecins traitants devenu la norme

L'exercice de médecin traitant en cabinet individuel est devenu minoritaire. Cette évolution traduit un désintérêt croissant des médecins généralistes libéraux installés en ville, ou susceptibles de s'y installer, pour ce cadre d'exercice qui ne répond plus à leurs aspirations d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Cette tendance se conjugue à l'aspiration, relevée plus haut, à une plus grande diversité par rapport à l'exercice libéral traditionnellement exclusif, traduisant une recherche de moindre isolement dans la pratique professionnelle des médecins traitants.

Selon le panel d'étude de la DREES, portant sur plus de 3 000 médecins généralistes libéraux suivant au moins 200 patients en tant que médecin traitant, soit le périmètre d'analyse des médecins traitants retenus par la Cour, sept médecins généralistes libéraux sur dix déclaraient exercer en groupe en 2022[91], soit une part en nette progression depuis 2010 (54 %). L'exercice regroupé est plébiscité par les médecins âgés de moins de 50 ans, qui sont 87 % à exercer leur activité dans ce cadre, contre 53 % pour les 60 ans ou plus[92]. La dynamique de regroupement est variable selon les régions (62 % en région PACA contre 82 % en région Pays de la Loire), et moins forte pour les médecins travaillant dans un territoire de santé sous-dense (62 %). La DREES relève aussi que les femmes sont plus souvent installées en groupe que les hommes en 2022 (80 % contre 62 %). Le regroupement peut être décidé au cours de la carrière et concerne, en 2022, 22 % des médecins déjà installés qui exerçaient seuls en 2019.

Ces éléments, et les enquêtes réalisées sur les souhaits d'installation des étudiants en médecine générale[93], suggèrent une poursuite de l'augmentation de l'exercice regroupé.

Le développement de l'exercice collectif a permis de mieux répondre à la continuité des prises en charge, grâce à une disponibilité médicale accrue du point de vue des patients, tout en améliorant les conditions individuelles d'exercice des médecins traitants, qui peuvent mutualiser les contraintes et les responsabilités qui pèsent sur eux.

À partir du même panel d'étude, la DREES met ainsi en évidence[94] que les médecins traitants exerçant en groupe peuvent s'appuyer sur le collectif pour améliorer la prise en charge des soins non programmés (SNP) de leurs patients. 58 % des médecins généralistes en groupe déclarent être disposés à proposer une prise en charge des SNP, assurée par eux-mêmes ou par leurs confrères du cabinet, tandis qu'ils ne sont que 44 % parmi les praticiens exerçant seuls. Les médecins généralistes traitants exerçant en groupe déclarent aussi plus souvent avoir recours à des remplaçants, notamment à des remplaçants permanents, et travailler avec des médecins collaborateurs, pour assurer une continuité d'activité.

L'exercice regroupé peut prendre plusieurs formes. En 2022, toujours selon le panel de médecins de la DREES, trois médecins généralistes traitants sur dix (42 % des médecins regroupés) exerçaient en groupe mono-professionnel, c'est-à-dire uniquement avec d'autres médecins, le plus souvent généralistes (dans 90 % des cas) ou d'autres spécialités ou des chirurgiens-dentistes. Cette modalité d'exercice tend à devenir moins fréquente. L'exercice en groupe pluriprofessionnel (cabinet d'un ou plusieurs généralistes regroupés avec d'autres professionnels de santé, tels qu'infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes) progresse en revanche : il concernait quatre médecins généralistes traitants sur dix en 2022, ce qui représente près de 60 % des médecins installés en groupe contre moins de la moitié en 2019.

Toutefois, l'exercice regroupé des médecins généralistes ne constitue pas un facteur systématique d'augmentation de leur disponibilité individuelle, et de celle qu'ils consacrent à l'activité de médecin traitant.

[91] DREES, *Études et résultats n° 1244*, octobre 2022.
[92] La cessation progressive d'activité de ces derniers contribue à l'augmentation de l'exercice regroupé.
[93] Enquêtes du CNOM (2019) et du syndicat des étudiants (ISNAR-IMG, 2020), qui évaluent entre 3 et 10 % les souhaits d'installation en cabinet individuel des étudiants internes de médecine générale.
[94] DREES, *Études et résultats n° 1301*, mai 2024.

Ainsi, selon l'étude précitée de la DREES, le temps de travail hebdomadaire est le plus élevé pour la minorité des médecins exerçant encore seuls (57 h), ce qui leur permet d'accepter tous types de patients sans devoir, pour une majorité d'entre eux, augmenter leurs délais de rendez-vous. Ce temps de travail est à l'inverse plus faible (52 h) pour les médecins exerçant en cabinets de groupe mono-disciplinaires, qui sont aussi ceux déclarant refuser le plus de nouveaux patients médecins traitants, qui accueillent davantage de patients occasionnels, et qui ont augmenté majoritairement leurs délais de rendez-vous. Les médecins exerçant au sein d'un groupe pluriprofessionnel, présentent un temps de travail hebdomadaire intermédiaire (53 à 55 heures selon les organisations), et sont les moins enclins à refuser de nouveaux patients médecin traitant, tout en étant en mesure de prendre en charge des patients occasionnels, avec cependant la nécessité d'allonger pours certains leurs délais de prise de rendez-vous.

L'essor des cabinets de groupe mono-disciplinaires, forme première du mouvement de regroupement des médecins généralistes, a répondu à un souhait de ces derniers de mieux réguler et partager leurs contraintes professionnelles, sans donner nécessairement une priorité à l'activité de médecin traitant. Le regroupement pluriprofessionnel permettrait, en revanche, une meilleure conciliation entre les aspirations des médecins généralistes libéraux, en termes de conditions d'exercice professionnel, et l'amélioration attendue de l'accès au médecin traitant et de la réponse aux besoins en soins primaires. Ce constat se renforce avec le niveau de coordination et de coopération permis par l'exercice pluriprofessionnel.

B - L'exercice coordonné, levier d'accès au médecin traitant et de renforcement de ses missions

Dans un contexte de crise de la démographie médicale et de transformations démographiques et épidémiologiques majeures, de récentes politiques de santé, parmi lesquelles le plan *Ma santé 2022* (cf. *supra*), ont encouragé la collaboration des médecins traitants avec d'autres professionnels de santé. Ces politiques volontaristes se sont notamment traduites par l'essor des structures dites d'exercice coordonné. Contrairement à l'exercice en cabinet de groupe, centré sur la mutualisation des moyens et sur la souplesse d'organisation, l'exercice coordonné est fondé sur un projet commun et sur l'intervention articulée de plusieurs professionnels de santé, selon une logique orientée sur le parcours de soins du patient.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS), entités juridiques d'exercice professionnel dotées de la personnalité morale, sont des structures d'exercice coordonné.

Les MSP et les CDS ont été conçus et pensés en vue de l'amélioration de l'accès au médecin traitant et à la bonne réalisation de ses missions, notamment celles relatives à la prévention, à la continuité des soins, aux soins non programmés, ou encore au suivi des pathologies chroniques. Les professionnels exerçant au sein des MSP sont majoritairement libéraux[95], alors que ceux travaillant au sein des CDS en sont salariés. Chaque structure peut

[95] À l'origine conçues pour fonctionner avec des professionnels de santé libéraux, l'ordonnance du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé a introduit la possibilité pour une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) portant une MSP de développer le salariat en son sein pour les différents types de professionnels qui y exercent. Cependant, l'ordonnance dispose que le nombre de professionnels salariés par une SISA doit être inférieur au nombre des professionnels de santé libéraux associés.

décider de signer un contrat avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'agence régionale de santé (ARS) de sa région d'implantation, l'engageant, en contrepartie de financements alloués (voir partie 3.3 *infra* sur les modes de financement), à respecter une liste de critères et d'objectifs en matière d'accès aux soins, de coordination, d'amplitude horaire élargie, de plages de soins non programmés ou encore de systèmes d'information partagés.

Structures de proximité introduites en 2007 dans la loi[96] et assurant une activité centrée sur le premier recours, les MSP regroupent, sur un ou plusieurs sites[97], des médecins et d'autres professionnels de santé, selon un principe de partage de compétences et d'exercice coordonné et sont formalisées par un projet de santé commun[98] qui doit être déposé auprès de l'ARS. La MSP doit être constituée d'a minima deux médecins généralistes et d'un auxiliaire de santé.

La MSP peut être constituée en association loi 1901 ou en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Cependant, le statut de SISA est nécessaire pour les MSP souhaitant recevoir les financements par l'assurance maladie dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)[99]. La majorité des médecins de la structure doivent être conventionnés de secteur 1 ou 2 OPTAM[100]. Les acteurs à l'origine du projet porté par la MSP peuvent relever de situations diverses : médecins spécialistes de médecine générale ou autre spécialité, pharmaciens[101] ou professionnels paramédicaux reconnus en tant que professionnels de santé par le code de la santé publique[102].

[96] Code de la santé publique, article L6323-3 : « *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* ». La Fédération française des maisons de santé a été créée dans le prolongement, en 2008.

[97] Le fait d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle n'implique en effet pas nécessairement le fait de partager des locaux professionnels. Ainsi, il existe des MSP multisites et des MSP monosite.

[98] L'article 39 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a ajouté à cette définition la notion de « projet de santé », désormais au cœur de cette nouvelle forme d'organisation des professionnels. Chaque membre de l'équipe adhère à ce projet : « *Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé* ».

[99] Ainsi, le plus souvent, les porteurs de projets se constituent en association dans un premier temps, puis créent une SISA dans un second temps.

[100] L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, destiné à limiter les dépassements d'honoraires opérés par les praticiens, tout en permettant aux patients des médecins du secteur 2 d'être mieux remboursés.

[101] L'article 2 de la loi du 10 août 2011, dite « loi Fourcade », permet d'associer au sein des MSP les pharmaciens, qui peuvent désormais s'impliquer aux côtés d'autres professionnels dans la mise en œuvre d'un projet de santé pluriprofessionnel et coordonné. Leur officine est alors située au sein des locaux de la MSP.

[102] Les professionnels qui ne sont pas considérés comme des professionnels de santé au titre du code de la santé publique (tels que par exemple les ostéopathes ou les psychologues), peuvent aussi exercer au sein de la structure et être signataires du projet de santé.

Tableau n° 1 : composition moyenne des professionnels de santé travaillant dans une MSP rémunérée dans le cadre de l'ACI en 2023

Composition moyenne des professionnels de santé travaillant dans une MSP	Nombre de professionnels
Médecins généralistes	4,5
Médecins autres spécialités	0,4
Pharmaciens	1,2
Chirurgiens-dentistes	0,3
Sage-femmes	0,5
Paramédicaux	9,1
Dont infirmières Diplômées d'État	*5*
Dont Masseurs-Kinésithérapeutes	*3*
Dont Orthophoniste	*1,7*
Autre profession	0,1
Total : nombre total de professionnels de santé par MSP rémunérée	**16**

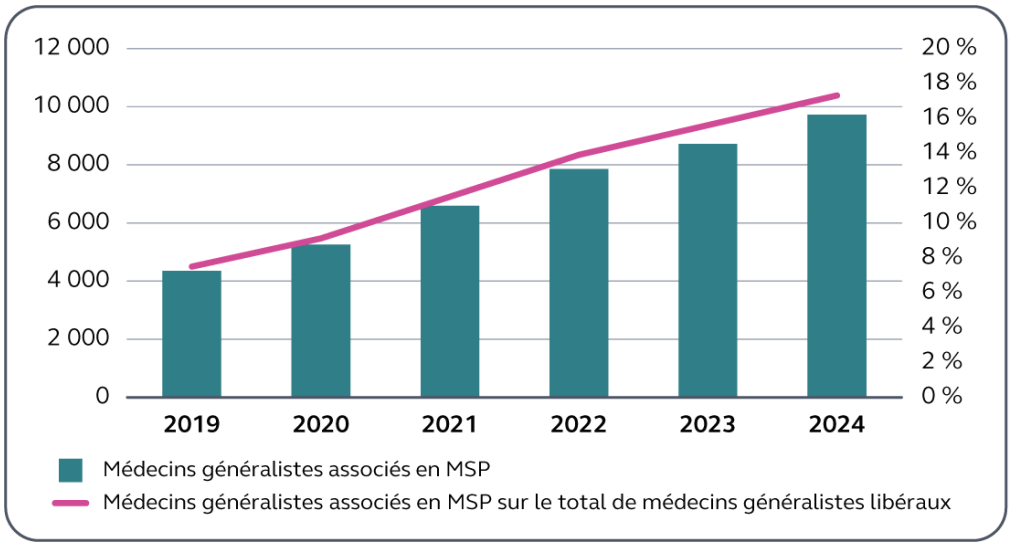
Source : CNAM

Un plan national, avec pour objectif d'atteindre 4 000 MSP d'ici à 2027, avait été lancé en juin 2023 par le ministère de la santé. La dynamique de création a été soutenue au cours des dernières années. Pourtant, à ce jour, l'objectif visé par le Gouvernement est encore loin d'être atteint, la France comptant 2 800 MSP en 2025 conventionnées avec l'assurance maladie et réunissant 50 000 professionnels de santé au total et 17 professionnels associés en moyenne par structure. Ces derniers comprenaient notamment, selon la CNAM, à fin 2024, 27 % d'infirmiers, 21 % de médecins généralistes, 13 % de masseur-kinésithérapeutes et 7 % de pharmaciens[103].

Le nombre de médecins généralistes travaillant en MSP est en fort développement : il a doublé entre 2019 et 2024 pour atteindre 9 714 praticiens, soit plus 17 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

[103] Le reste des professionnels est constitué de sage-femmes, de chirurgiens-dentistes et de divers auxiliaires médicaux (orthophoniste, pédicure, psychologue, diététicien, etc.).

Graphique n° 5 : évolution de l'effectif et de la part des médecins généralistes libéraux associés en MSP entre 2019 et 2024



Source : Cour des comptes d'après données de la CNAM

Autre chiffre montrant la dynamique à l'œuvre, parmi les médecins qui n'appartenaient pas à une MSP signataire de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en 2018 (soit parce qu'ils faisaient partie d'une MSP non signataire de l'ACI, soit parce qu'ils ne faisaient pas partie d'une MSP), 8 % indiquent en faire partie quatre ans plus tard[104]. Selon une étude de la DREES[105], l'appartenance des médecins à une MSP est socialement différenciée. Elle serait plus fréquente chez les moins de 50 ans[106], chez les femmes, dans certaines régions[107], et dans les zones rurales.

L'ACI ne stipule pas d'obligation pour les médecins généralistes membres d'une MSP d'exercer en tant que médecin traitant. Cependant, le calcul de la rémunération octroyée à la MSP, valorisé en fonction du résultat d'indicateurs contenus dans l'accord conventionnel, est indexé sur le volume de sa patientèle : celle-ci est définie comme le nombre de patients ayant déclaré en tant que médecin traitant l'un des médecins associés exerçant au sein de la structure.

Les MSP représentent un mode d'exercice attractif pour le médecin généraliste libéral exerçant comme médecin traitant, dans la mesure où elles répondent à leurs aspirations en matière d'organisation du travail, octroyant plus de souplesse sans accroître la charge de travail. Comme la Cour l'a déjà souligné, le critère financier est en effet secondaire dans le choix d'installation de la majorité des médecins : les jeunes praticiens accordent plus d'importance à l'environnement professionnel, à la charge de travail, à l'exercice en groupe, et à la pluridisciplinarité[108]. L'exercice au sein d'une MSP peut également favoriser l'ancrage des professionnels, y compris en zones sous-denses.

[104] C'est un peu plus souvent le cas pour les femmes (10 %, contre 6 % pour les hommes) et pour les praticiens de moins de 50 ans (11 %, contre 6 % pour les autres).
[105] DREES, *Études et résultats n° 1244*, octobre 2022.
[106] En 2022, 24 % des praticiens de moins de 50 ans y exerçaient, que la MSP soit signataire ou non de l'ACI, contre 17 % des 50-59 ans et 12 % des 60 ans ou plus.
[107] En 2022, en région Pays de la Loire, 26 % des médecins travaillaient dans une MSP, contre 12 % en Provence Alpes-Côte d'Azur et 17 % sur le reste du territoire.
[108] Cour des comptes, *Les aides à l'installation des médecins libéraux, recentrer les aides sur les besoins en santé de la population*, novembre 2025.

Comparativement aux médecins généralistes pratiquant comme médecins traitants et organisés en groupe mono-disciplinaire ou pluriprofessionnel hors MSP[109], ceux exerçant en MSP refusent en moyenne moins de nouveaux patients en tant que médecin traitant[110], tout en prenant en charge ponctuellement des patients ne faisant pas partie de leur patientèle de médecin traitant[111]. En outre, selon les données analysées par la CNAM en 2023[112], les MSP présentent des files actives et des patientèles médecin traitant, par médecin, de taille supérieure à celles observées pour les médecins généralistes n'exerçant pas au sein d'une MSP.

Vu des patients, la tendance est également positive. Sur les 48,7 millions de patients disposant d'un médecin traitant en 2025, plus de 10 millions, soit 21 % des patients, ont désormais un médecin traitant exerçant en MSP, en hausse de 16 % sur un an, conduisant à une taille de patientèle déclarée par médecin traitant supérieure en MSP (1 150 patients, contre 1 070 pour les médecins traitants exerçant hors MSP). En outre, les patients très jeunes ou très âgés, et en ALD, sont davantage représentés dans la patientèle médecin traitant des MSP.

Cependant, des freins au développement des MSP existent, notamment au regard des risques liés à la dimension entrepreneuriale associée à ces structures, ainsi qu'aux critères qui conditionnent leur création en matière de nombre minimal de professionnels à réunir, dans un contexte démographique et territorial de pénuries. La capacité à durer dans le temps de ces structures, notamment en cas de départ de l'un des praticiens, reste aussi un enjeu de préoccupation majeur.

S'agissant de la réalisation des missions du médecin traitant et de la bonne prise en charge de ses patients, certaines études[113] soulignent des résultats d'indicateurs de qualité de prise en charge, par exemple ceux associés à la ROSP, plus favorables en MSP (par exemple, un meilleur suivi des pathologies chroniques, comme le diabète, la vaccination ou le dépistage). Un impact positif est également relevé dans le domaine de la prévention, selon des données de la DREES[114]. En matière de maîtrise des prescriptions de médicaments, une réduction plus rapide des dépenses de médicaments associées aux prescriptions des praticiens exerçant en MSP, par rapport à ceux n'y exerçant pas, a été observée : entre 2008 et 2017, le montant annuel moyen des prescriptions de médicaments a diminué d'environ 64 € par patient chez les médecins exerçant en structure pluriprofessionnelle, contre 48 € chez les médecins n'y exerçant pas[115] (sur le sujet de la qualité des pratiques, voir partie 3.1.2 *infra*).

La récente création du label « France Santé » s'inscrit dans la volonté de déploiement accru des structures d'exercice coordonné, en particulier des MSP, et d'accès au médecin traitant dans ce cadre.

---

[109] DREES, *Études et résultats n° 1301*, mai 2024. Cette étude est également basée sur les données du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.
[110] 53 % des médecins généralistes exerçant en MSP, contre 59 % de ceux exerçant en groupe mono-disciplinaire et 58 % de ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel hors MSP.
[111] 47 % des médecins généralistes exerçant en MSP, contre 49 % de ceux exerçant en groupe mono-disciplinaire et 59 % de ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel hors MSP.
[112] CNAM, rapport « *Charges et produits » pour 2024, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024*, juillet 2023.
[113] Julien Mousquès Yann Bourgueil, IRDES, « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », *Les rapports de l'IRDES* n° 559, décembre 2014.
[114] DREES, *Études et résultats n° 1197*, « Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention », juillet 2021.
[115] Matthieu Cassou, Julien Mousquès, Carine Franc, IRDES, *General Practitioners activity patterns; the medium-term impacts of Primary Care Teams in France* 2023.

La mise en place du réseau « France santé »

L'annonce par le Gouvernement, fin 2025, du dispositif de labellisation dit *Maisons France santé* destiné à bâtir un réseau national de lutte contre l'inégalité d'accès aux soins de proximité, a été entérinée par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Le cahier des charges de ces structures figure dans les accords conventionnels des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé)[116].

Pour un financement total prévu de 130 M€ en 2026, une enveloppe de 50 000 € sera attribuée à chaque structure satisfaisant à des critères dont le respect peut contribuer à renforcer le rôle du médecin traitant, parmi lesquels, la nécessité d'avoir un médecin généraliste constamment présent, avec une part de patientèle « médecin traitant », de disposer dans la structure ou à proximité au moins un professionnel infirmier, d'ouvrir la structure au public au moins cinq jours par semaine, de pratiquer des tarifs sans dépassement d'honoraires, et enfin de proposer un rendez-vous dans les 48 heures pour les patients, à moins de 30 minutes de leur domicile.

L'objectif de la dotation financière est, selon le Gouvernement, de renforcer les équipes soignantes, de favoriser les innovations organisationnelles au service du parcours patient, et notamment d'atteindre 5 000 structures labellisées en 2027 pour renforcer le maillage du territoire.

Compte tenu de son caractère récent, ce dispositif devra faire l'objet d'une évaluation des résultats de son déploiement.

L'apport des centres de santé en matière d'accès au médecin traitant et pour la réalisation des missions de ce dernier est également à souligner. Leur gestion est principalement assurée par des associations (40 %), des collectivités territoriales (23 %), notamment des communes, des organismes de sécurité sociale (18 %), et, dans une moindre mesure, par des organismes mutualistes et des établissements de santé publics ou des organismes privés à caractère commercial[117]. Un accord national organise les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé, auquel la quasi-totalité de ces derniers adhèrent. L'une des caractéristiques marquantes de ces structures réside dans la prise en charge des fonctions support et administratives par le gestionnaire du centre.

L'activité de médecin traitant s'exerce dans deux catégories de centres de santé : les centres de santé médicaux (centres ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive) et les centres de santé polyvalents (centres ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale, ou centres ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale, telle que chirurgien-dentiste ou sage-femme, sans activité paramédicale)[118]. Selon la CNAM, à fin 2024, on recensait 305 CDS médicaux conventionnés et rémunérés au titre de l'accord national, ainsi que 846 centres polyvalents, soit 1 151 centres de santé médicaux et polyvalents au total. Une hausse de plus de 120 % du nombre de médecins y exerçant, concomitante à un recul de l'exercice libéral individuel comme évoqué précédemment, a été constatée entre 2012 et 2022.

[116] D'autres structures sont également éligibles au label France Santé, par un financement des ARS, telles que les cabinets médicaux libéraux, les équipes de soins primaires (ESP), les hôpitaux de proximité, les lieux de consultation déployés dans le cadre du dispositif « Un médecin près de chez vous », les médicobus, certaines pharmacies d'officine. Le rôle des CPTS dans le dispositif doit être défini dans le cadre d'un avenant conventionnel, d'après les informations communiquées par la CNAM.

[117] IGAS, *Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels*, mars 2024.

[118] On compte au total quatre typologies de centres de santé. Les deux autres sont les centres de santé dentaires (centres ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est-à-dire dont les honoraires dentaires représentent 80 % des honoraires totaux), ainsi que les centres de santé infirmiers (centres ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est-à-dire dont les honoraires infirmiers représentent 80 % des honoraires totaux).

Les centres de santé médicaux et polyvalents sont des structures destinées à faciliter l'accès au médecin traitant pour certaines catégories de populations en particulier, défavorisées, précaires[119] ou vulnérables. Une moindre couverture par un médecin traitant des patients suivis en centres de santé peut être relevée, comparativement aux autres structures ou modes d'exercice, selon les données analysées par la CNAM[120]. Ainsi, 16 % des patients les fréquentant n'ont pas de médecin traitant (contre 11 % dans la population des 16 ans et plus) et seulement 12,6 % ont déclaré le centre comme médecin traitant.

Les centres de santé polyvalents sont fondés sur la coopération entre une grande diversité de professionnels de santé. Selon une logique de travail en équipe traitante dans laquelle le médecin traitant peut assurer son rôle pivot, ils favorisent la gestion des cas complexes et une prise en charge globale des patients.

La Cour appelle à poursuivre le développement des structures d'exercice coordonné (MPS et CDS) pour faciliter l'accès au médecin traitant.

C - Les structures d'exercice coordonné, lieux privilégiés de coopération entre les professionnels de santé

La prise en charge des soins primaires reste en France concentrée sur les médecins traitants, qui s'appuient encore trop peu sur les autres professionnels de santé pour organiser le suivi de leurs patients. Selon l'étude PARiS de l'OCDE[121], les professionnels paramédicaux sont peu présents en France dans les parcours de soins primaires, par rapport à d'autres pays étudiés. Ainsi, 38 % des patients chroniques français disent bénéficier de l'intervention d'un auxiliaire médical dans l'éducation à la santé et les conseils en prévention autour de leur pathologie, et 42 % d'entre eux déclarent être pris en charge dans des structures de soins primaires où le personnel non médical participe à la gestion des maladies chroniques : c'est deux fois moins que la moyenne de l'OCDE (respectivement 72 % et 83 %). Les situations observées chez certains de nos voisins européens confirment ce constat[122].

Le déploiement de délégations de tâches en soins primaires en France comparativement à ses voisins européens

La France se caractérise par un développement encore récent et progressif de la délégation de tâches en soins primaires. Contrairement aux pays nordiques ou au Royaume-Uni, où les infirmiers disposent de compétences étendues, incluant des capacités de prescription larges et un rôle central dans le tri et la prise en charge des soins primaires, la délégation en France est longtemps restée plus limitée et centrée sur le médecin.

[119] Le taux moyen de patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) et de l'aide médicale d'État (AME) ayant recours aux centres de santé est de 18,2 %, N'étant pas assurés sociaux, les patients AME ne sont pas comptabilisés dans la patientèle médecin traitant.
[120] *Rapport sur les charges et les produits pour 2024*, précité.
[121] OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/81af0784-fr.
[122] Cf. annexe n° 2 sur les comparaisons internationales.

À titre d'exemple, en Suède, le rôle des infirmiers, salariés des centres de santé, est primordial : ils reçoivent les usagers en premier lieu, en filtrant leurs demandes et en évaluant leurs besoins, ont un droit de prescription depuis 1994 et ne sont pas soumis à une réglementation stricte d'actes codifiés. Les infirmiers de district, rattachés à un centre de santé, assurent les soins et le suivi à domicile des usagers, avec un droit de prescription limité.

En Angleterre, dans le cadre des réseaux de soins primaires, les *Primary Care Networks*, (PCN), la prise en charge des patients repose sur une équipe pluriprofessionnelle structurée (infirmiers, autres professionnels paramédicaux), assurant une part importante des activités cliniques, de suivi et de prévention. Les infirmiers en soins primaires jouent un rôle central. Les practice nurses assurent le suivi des maladies chroniques (diabète, hypertension, BPCO), les vaccinations, le dépistage et l'éducation thérapeutique. À un niveau plus avancé, les *Advanced Nurse Practitioners* (ANP) disposent de compétences élargies : ils peuvent réaliser des consultations de première intention, poser certains diagnostics, prescrire des médicaments (dans le cadre de droits de prescription reconnus) et orienter les patients vers d'autres services. Cette délégation est formalisée, encadrée par des référentiels nationaux et intégrée dans l'organisation des cabinets : de nombreux patients sont orientés dès la prise de rendez-vous vers l'infirmier plutôt que vers le médecin, lorsque leur situation relève d'un protocole ou d'un suivi standardisé. En outre, le dispositif *Pharmacy first*, lancé en 2024, permet à des pharmaciens de prendre en charge et délivrer un traitement pour sept pathologies courantes.

Or, au regard des enjeux démographiques et épidémiologiques, la nécessité d'accélérer le développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné autour du médecin traitant, notamment au profit de la prévention et du suivi des pathologies chroniques, est désormais reconnue pas l'ensemble des acteurs.

Le principe de cet exercice pluriprofessionnel coordonné repose sur un travail en équipe entre les professionnels de santé. Ils peuvent ainsi s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération, matérialisée par des protocoles actant des transferts d'actes de soins ou de prévention ou réorganisant leurs modes d'intervention auprès du patient. Ces délégations de tâches du médecin traitant vers les autres professionnels permettent de libérer à son profit du temps médical et de recentrer son activité sur le diagnostic ou la gestion des patients complexes ou polypathologiques.

Avant même l'élargissement récent des compétences des infirmiers introduit en 2025[123], permettant les consultations infirmières en première intention et ouvrant un droit de prescription, le rôle de l'infirmier référent, défini dès 2024[124], comportait déjà un enjeu d'articulation avec le médecin traitant. Destiné aux patients de plus de 16 ans souffrant d'une ALD, il a pour mission d'assurer une coordination des soins, en lien étroit avec le médecin traitant, le pharmacien et, le cas échéant, la sage-femme référente. Ce rôle inclut également des missions de prévention et de suivi des patients, contribuant à la décharge des médecins traitants et à un meilleur accès des patients aux soins.

[123] Par la loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier et le décret du 24 décembre 2025 relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier.

[124] Article 15 de la loi n°2023-1268 du 27 décembre 2023, décret du 27 juin 2024 relatif à la désignation d'un infirmier référent et décret du 22 mai 2026 relatif aux missions d'un infirmier référent.

En outre, le développement du rôle des infirmiers en pratique avancé (IPA) a émergé. Depuis janvier 2025, l'accès direct aux IPA est possible pour les patients sans passer par le médecin et leur périmètre de prescription est élargi, en y incluant la primo-prescription de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) soumis à prescription médicale obligatoire.

Le rôle croissant des pharmaciens contribue à cette transformation. Il est le premier professionnel de santé vaccinateur et peut prolonger de trois mois la dispensation d'un traitement chronique non aigu d'un patient, à l'échéance de l'ordonnance, à la seule condition d'en informer le médecin[125]. Il peut par ailleurs délivrer sans ordonnance des antibiotiques aux patients après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pour une angine ou d'un test par une bandelette urinaire dont le résultat est positif et montre une infection et joue un rôle croissant dans la prévention (dépistage du cancer colorectal, bilans de prévention).

De plus, la création des fonctions de pharmacien correspondant[126] ou encore de sage-femme référente[127] participent de ces évolutions.

Dans un contexte de pénuries en matière médicale et de difficulté à répondre à la demande d'offre de soins sur les territoires, l'exercice coordonné constitue un environnement favorable pour les médecins généralistes libéraux, en s'appuyant sur des délégations de tâches.

D'après les analyses de la DREES, trois profils de médecins peuvent être identifiés : les médecins adaptant fortement leurs pratiques par la mise en œuvre de délégations de tâches, les médecins adaptant fortement leurs pratiques sans s'appuyer sur des délégations de tâches, et enfin les médecins n'adaptant pas leurs pratiques. Le premier profil, qui délègue une partie de ses tâches, est davantage inséré dans l'exercice coordonné comparativement aux deux derniers : 32 % exercent en MSP, contre respectivement 15 % et 12 % pour les deux autres profils.

Les MSP favorisent notamment le travail partagé entre les médecins libéraux et les infirmiers. Ces derniers ont d'ores et déjà une place importante dans les modalités de collaboration des médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé, puisque les médecins échangent plus avec eux qu'avec tout autre professionnel. D'après les données de la DREES, un médecin sur trois échange tous les jours ou presque avec un ou des infirmiers et deux médecins sur trois échangent avec des infirmiers au moins une fois par semaine. Les médecins travaillant au sein d'une MSP échangent davantage avec les autres professionnels de santé. Ainsi, 59 % d'entre eux collaborent avec d'autres médecins généralistes (contre 27 % pour les médecins exerçant hors MSP), 28 % avec les pharmaciens (contre 18 %), 32 % avec les masseurs-kinésithérapeutes selon un rythme hebdomadaire (contre 13 %). À la différence d'un simple partage de locaux, l'appartenance à une structure d'exercice coordonné formalisée intensifie les collaborations.

Les patients eux-mêmes identifient les structures d'exercice coordonné, et en particulier les maisons de santé, comme des lieux propices à une meilleure coordination des professionnels de santé au service de leurs parcours de soins.

[125] Décret n° 2024-1070 du 26 novembre 2024.
[126] Article 28 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019.
[127] Décret n° 2023-1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente.

Les usagers du système de santé, en attente d'une plus grande coordination de leurs parcours de soins

Selon un sondage IFOP pour l'association AvecSanté[128], publié en mars 2026 et s'appuyant sur un échantillon de 1 000 usagers volontaires, un Français sur deux estime que son suivi médical manque de coordination, et trois quarts ont le sentiment de devoir faire le lien entre les soignants. Le parcours de soins est perçu comme « morcelé, peu lisible et parfois difficile à coordonner », avec des « examens redondants, des informations mal transmises ou des consignes contradictoires ». Le ressenti de devoir être soi-même, par défaut, le propre coordonnateur de la prise en charge de sa santé, est encore plus marqué dans certaines régions, comme le Centre-Val de Loire (80 %) ou l'Île-de-France.

Seuls 25 % déclarent avoir déjà bénéficié d'une prise en charge coordonnée entre plusieurs soignants, dont seulement 10 % à plusieurs reprises, et à l'inverse une majorité n'a jamais fait cette expérience, ce chiffre atteignant 61 % chez les plus de 65 ans. Cette situation est critique pour les patients âgés ou atteints de pathologies chroniques, pour qui un suivi intégré et collégial serait pourtant nécessaire. En matière de prévention, la moitié des Français estime ne pas être suffisamment pris en charge de manière coordonnée, constat encore plus marqué pour les femmes et les 18-25 ans.

La coordination est vue comme source de bénéfices, avec une prise en charge améliorée (84 %), une meilleure qualité de suivi (82 %), un gain de temps pour les patients ou encore une meilleure prévention (80 %). Les MSP constituent de ce fait un mode d'organisation des professionnels de santé plébiscité. 81 % des Français associent le terme de MSP à une équipe pluriprofessionnelle de santé, contre moins d'une moitié à un bâtiment ou à une structure dédiée à la prise en charge de certains types de publics ou pathologies, et un peu plus de 20 % seulement à un cabinet médical classique.

II - Un rôle du médecin traitant à mieux articuler avec les acteurs de santé de son territoire, au service des parcours de soins

L'objectif de déploiement de parcours coordonnés de soins est un axe essentiel des politiques d'organisation de soins primaires. Cette coordination concerne autant les professions paramédicales qui participent du premier recours que des médecins spécialistes ou des établissements de santé qui relèvent du second recours.

La stratégie nationale *Ma santé 2022*[129] place le médecin traitant au centre de ces missions[130] d'organisation des parcours de soins. La littérature confirme que le déploiement de ces parcours est insuffisant et que leur absence entraîne, *a contrario*, des ruptures de prise en charge préjudiciables au patient[131].

[128] « Avenir des équipes coordonnées », ex-Fédération française des maisons de santé.

[129] L'article L. 1411-1 du code de la santé publique définit ces parcours, qui « *visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population […] afin de concourir à l'équité territoriale* ».

[130] L'article L. 1411-11 précise que l'offre de soins de premier recours est assurée « par les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que par les centres de santé, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».

[131] Par exemple une étude réalisée en 2019 en région Auvergne-Rhône-Alpes, centrée sur les patients insuffisants cardiaques, montrait que sur 17 000 hospitalisations annuelles à ce titre enregistrées sur la région, 71 % des patients effectuaient un passage par les urgences alors qu'ils avaient pour la plupart un parcours déjà connu et ancien. À la sortie de leur hospitalisation, seuls 51 % étaient vus par un médecin généraliste dans les quatorze jours alors que les recommandations indiquent une durée souhaitable de sept jours. Enfin, seuls 54 % consultaient ensuite un cardiologue dans l'année après leur hospitalisation alors que l'objectif est que la totalité puisse le faire.

Ce rôle attendu du médecin traitant est très présent au sein des guides *Parcours de soins* que la Haute Autorité de santé (HAS) a consacrés aux pathologies chroniques dans le cadre du chantier *Qualité et pertinence des soins*, copiloté avec la CNAM[132]. Le médecin traitant devrait jouer un rôle dans l'étape initiale de dépistage de ces affections (aux côtés d'autres professionnels de santé[133] le cas échéant) mais également dans la coordination des prises en charge de ses patients.

Au-delà de l'objectif premier de qualité des soins délivrés, les représentants des médecins ont insisté au cours de l'enquête sur le caractère sécurisant, pour le médecin traitant, d'organisations permettant un adressage facilité vers le second recours et une prise en charge coordonnée du patient avec les autres professionnels de santé, notamment dans un contexte de tension sur la ressource médicale. Le déploiement de parcours coordonnés constitue, de leur point de vue, un élément essentiel de l'attractivité du dispositif du médecin traitant auprès des jeunes médecins notamment, pour autant que le médecin traitant en assure la coordination.

A - Un rôle pivot du médecin traitant dans les soins de premiers recours à renforcer à l'échelle territoriale

Les enjeux de la collaboration pluriprofessionnelle entre médecin traitant et professions paramédicales au sein d'un territoire, quand ils ne sont pas regroupés au sein de MSP ou CDS, sont rendus complexes par la dispersion des lieux d'exercices, ce qui rend plus difficile la coordination effective du parcours des patients.

Concilier l'élargissement des compétences ou l'accès direct à certaines professions paramédicales tout en préservant le rôle de coordination du médecin traitant nécessite que celui-ci puisse prendre appui sur des formes organisées de coordination à l'échelle territoriale.

Les représentants des médecins traitants ont souligné leur attachement à des relations de proximité entre professionnels de santé favorisant un partage de compétences respectant la position centrale du médecin traitant.

De ce point de vue, la possibilité récente de consultations infirmières en première intention, ouvrant aussi un droit de prescription, y compris par des infirmières libérales qui n'exercent pas en structures d'exercice coordonné, suscite des réserves de la part des représentants médicaux. Selon certaines enquêtes, une majorité de médecins est pourtant plutôt favorable à l'extension des compétences infirmières[134].

La généralisation, prévue par la LFSS pour 2026, de l'expérimentation OSYS (Orientation dans le système de soins), qui confère aux pharmaciens d'officine un rôle nouveau dans la prise en charge directe de pathologies bénignes et de tri protocolisé[135] pouvant orienter

[132] Les guides de la HAS portent sur la BPCO, la maladie rénale chronique, le syndrome coronarien, l'obésité, l'épilepsie, les AVC et le diabète de type 2.
[133] Cour des comptes, P*révention et prise en charge précoce du diabète*, rapport public thématique, juillet 2025.
[134] Sondage MACSF, mai 2023.
[135] Selon l'évaluation, 19 % de l'ensemble des patients ont ainsi pu éviter le recours à un médecin, et 3,5 % le recours aux urgences. Le dispositif a aussi permis d'éviter une automédication inappropriée à 12 % de l'ensemble des patients selon le rapport final d'évaluation de 2025.

le patient vers une consultation médicale (y compris par voie de téléconsultation), de même que l'expérimentation d'accès direct aux kinésithérapeutes, en cours depuis 2025 au sein de 20 départements, renforcent l'utilité de cette coordination[136].

Plusieurs dispositifs, soutenus par les ARS et les unions régionales des médecins libéraux, ont été développés dans cette perspective au sein des régions. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou les équipes de soins primaires (ESP), sont des modalités ou dispositifs souples, visant à faciliter la coordination des professionnels à l'échelle d'un territoire ou orientés vers la gestion des situations complexes.

C'est le cas en particulier des équipes de soins primaires (ESP) issues, comme les CPTS, de la loi du 26 janvier 2016[137]. Le caractère souple de la constitution des ESP, le fait qu'elles placent le médecin traitant en position de chef de file (la présence d'un médecin généraliste est obligatoire pour pouvoir en constituer une, contrairement aux CPTS qui peuvent se constituer autour d'un médecin spécialiste) et le périmètre de leur champ d'action réduit à une aire de patientèle du médecin, constituent des atouts pour les professionnels de santé ainsi que l'a mis en évidence une enquête conduite en région Centre-Val de Loire[138]. Le choix, laissé aux équipes, de restreindre leur champ d'intervention et surtout leur nombre limité par rapport aux CPTS139, en font un dispositif parfois présenté par les professionnels de santé comme une simple étape vers une structuration de coordination plus élaborée (MSP ou CDS).

Les CPTS présentent, elles, l'avantage de reposer sur des missions socles[140] qui recoupent les missions du médecin traitant. Elles constituent un cadre favorable pour le déploiement et la coordination des protocoles de coopération et de partage de compétences ou aux expérimentations d'élargissement des compétences. Elles ont permis le développement de ces protocoles[141], soit à leur échelle, préparés nationalement par la fédération des CPTS[142] ou bien encore par la Haute Autorité de santé (HAS)[143], sans pour autant en constituer le cadre exclusif. Néanmoins, le rapport précité de la Cour sur l'organisation territoriale des soins de premier recours relevait qu'un peu plus d'un tiers seulement des CPTS s'est assigné une mission de coopération et de délégation d'activités. Les CPTS permettent aussi de déployer des postes de coordonnateur de parcours[144], consacrés à cette fonction et facilitant les missions du médecin traitant.

---

[136] L'appartenance à une CPTS est obligatoire pour les kinésithérapeutes participant à l'expérimentation. Un premier bilan effectué par l'ordre national des masseurs kinésithérapeutes fait état d'un déploiement très restreint, à ce jour, de l'expérimentation. La DGOS précise qu'elle fera l'objet, à l'été 2026, d'une évaluation conduite par la DGOS, la DSS, la CNAM ainsi que les ARS.

[137] L'ESP, organisée autour d'un médecin généraliste, rassemble sous une forme très souple, différents professionnels de santé volontaires, pour partager un projet de santé, à l'échelle de leur patientèle commune (Article L.1411-11-1 du code de la santé publique et instruction DGOS du 2 décembre 2016).

[138] Évaluation interne présentée sur le site « ESP CLAP Pays de la Loire ».

[139] 23 ESP en Hauts-de-France en 2025 contre 49 CPTS.

[140] Faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés, organiser des parcours pluri professionnels autour du patient, développer des actions territoriales de prévention.

[141] Le bilan effectué par la HAS sur la période 2010-2019 fait état de 141 protocoles proposés par 22 régions dont 58 ayant reçu un avis favorable. Le ministère de la santé recense également 58 protocoles nationaux autorisés.

[142] Le protocole PAPH (personnes âgées, personnes handicapées), travaillé par la fédération des CPTS en collaboration avec la DGOS, permet 11 dérogations d'actes, effectués par les professionnels paramédicaux, sous responsabilité des médecins traitants.

[143] Arrêté du 17 juin 2024 relatif au protocole de coopération « Prise en charge par l'infirmier des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ».

[144] L'École des hautes études en santé publique (EHESP) dispense une formation spécialisée pour les coordonnateurs de parcours.

La participation des médecins traitants à la prise en charge des soins non programmés en ville, mission socle des CPTS[145], a été renforcée en 2021 par la signature de l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) qui leur est consacré. Celui-ci prévoit que les CPTS doivent définir, avec la régulation du service d'accès aux soins (SAS)[146], les modalités de leur collaboration[147]. Cette modalité facilite l'exercice de cette mission par les médecins traitants. Elle les insère dans une organisation intégrant une dimension de couverture populationnelle, avec un plus grand nombre de praticiens. Cela permet d'alléger ainsi la mission supportée par chaque médecin.

Une enquête de la DREES[148] montrait en 2019 que huit médecins généralistes sur dix proposaient au quotidien une prise en charge des soins non programmés (SNP), avec pour quatre médecins généralistes sur dix, des consultations de SNP qui représentaient 30 % ou plus de leur activité dans une semaine ordinaire. Si l'exercice regroupé a été mis en évidence comme facteur favorisant la prise en charge des SNP, la même enquête indiquait que, en revanche, les médecins ayant une plus grande patientèle médecin traitant proposaient moins souvent des plages de consultations sans rendez-vous. Ces médecins prennent en charge une activité plus importante en lien avec le suivi régulier de leur patientèle médecin traitant. Ce facteur milite pour une plus grande intégration du médecin traitant dans un dispositif organisé[149]. Par ailleurs, en 2024, 44 % des médecins traitants participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) comme effecteurs, alors qu'ils ne sont que 28 % des généralistes non médecins traitants à le faire[150].

Cependant, là encore, le rôle positif des CPTS est limité par la participation minoritaire des médecins généralistes mais aussi des autres professions de santé. Selon l'enquête du Sénat[151], seuls 18 % des infirmiers 9,5 % des masseurs-kinésithérapeutes, 6 % des gynécologues et 0,3 % des chirurgiens-dentistes libéraux adhèrent à une CPTS. L'enquête précitée de la fédération nationale des CPTS montre cependant que le taux d'adhésion progresse avec l'ancienneté de la structure.

[145] 70 % des CPTS répondantes à l'enquête de 2025 ont mis en place des modalités d'accueil des soins non programmés.
[146] Le service d'accès aux soins (SAS) comptait, en 2026, 96 structures en fonctionnement couvrant 100 % du territoire métropolitain, selon le ministère de la santé. Son fonctionnement est régi par le décret 2024-541 du 14 juin 2024.
[147] 65 % des CPTS répondantes à l'enquête de 2025 participent au SAS.
[148] DREES, *Études et résultats n° 1138, janvier 2020*.
[149] Selon les données de la CNAM (rapport précité), l'activité non régulée représente 41 % de l'activité clinique totale de PDSA en 2024, et cette part a connu une croissance importante ces dernières années (+ 13 points entre 2019 et 2024) avec une très grande hétérogénéité territoriale (très élevée en Île de France et en PACA).
[150] Source Cour des comptes d'après le SNDS. (Cf. annexe n° 2).
[151] Sénat : Corinne Imbert Bertrand Jomier, *Financement des CPTS : pour un contrôle au service de l'action des professionnels de santé*, Rapport d'information n° 32 15, octobre 2025.

B - Les relations du médecin traitant avec les acteurs de second recours à mieux sécuriser

L'orientation du patient vers le second recours, par le médecin traitant, consiste en l'adressage vers une consultation de médecin spécialiste (installé en ville ou exerçant au sein d'un établissement de santé) ou une demande d'hospitalisation au sein d'un établissement de santé, parfois en situation d'urgence, ou bien encore une admission au sein d'un EHPAD. Dans les deux cas, le médecin traitant joue un rôle essentiel dans la phase amont mais également dans le suivi du patient à l'issue de sa prise en charge spécialisée.

Or, les représentants des médecins traitants au cours de l'enquête ont souligné certaines difficultés, portant notamment sur les délais d'obtention des rendez-vous auprès des médecins spécialistes[152], sur la difficulté à obtenir des avis spécialisés considérés comme urgents, à joindre des médecins responsables d'unité en établissements de santé pour obtenir des admissions directes en cas de nécessité d'hospitalisation, ou encore à obtenir les éléments du dossier du patient à l'issue de sa prise en charge spécialisée.

Face à ces difficultés, la structuration des liens entre médecin traitant et un second recours organisé apporte des réponses jugées satisfaisantes par les médecins traitants mais se déploie à des niveaux encore insuffisants.

C'est notamment le cas des équipes de soins spécialisées (ESS), aux résultats encourageants mais au déploiement pour l'instant limité sur le territoire national compte tenu notamment d'un financement pérenne intégré uniquement en 2024 au sein de la convention médicale. Définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique, une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire dont les équipes de soins primaires, autour d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé. Leur déploiement, sur les quatre régions plus particulièrement étudiées, illustre de fortes inégalités de présence sur le territoire national. Les régions Centre-Val de Loire et Pays de la Loire comptent déjà six ESS chacune, contre quatre en Auvergne-Rhône Alpes et seulement deux en Hauts-de-France.

Ce déploiement limité s'illustre tant par le nombre restreint d'ESS créées à ce jour (quelques dizaines) que par le nombre parfois réduit de praticiens adhérents là où le dispositif existe. À titre d'exemple, l'ESS de cardiologie en Île-de-France[153] a certes permis de prendre en charge près de 10 000 patients en consultation, et a dispensé 753 expertises en téléconsultation depuis sa création en 2022, mais elle ne regroupe que 125 cardiologues[154] (sur plus d'un millier exerçant dans la région), en lien avec 196 médecins généralistes[155].

[152] Une étude réalisée en 2024 par l'URPS Grand Est a évalué le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous hors urgence chez le cardiologue à 138 jours, à 106 jours pour un dermatologue, à 107 jours en ORL, avec pour toutes les disciplines, de fortes disparités territoriales.

[153] Trois ESS sont déployées en Île-de-France, en cardiologie, en ophtalmologie et en dermatovénérologie.

[154] Source : site internet de l'ESS Cardiologie ile de France.

[155] D'autres déploiements correspondent cependant davantage à la ressource territoriale. L'ESS de neurologie du Vaucluse a par exemple permis de prendre en charge depuis sa création 4 000 nouveaux patients (dont 1 000 en soins non programmés), en s'appuyant sur la moitié des neurologues du département (7 sur 14).

Le ministère de la santé se montre réservé sur l'hypothèse d'un élargissement de l'accès direct au médecin spécialiste sans pénalité financière pour non-respect du parcours de soins et au-delà des quatre disciplines autorisées à ce jour (la gynécologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie et la pédiatrie). L'élargissement de l'accès direct à d'autres spécialités, sans orientation préalable par le médecin traitant risquerait, selon le ministère, de désorganiser le parcours de soins, d'accentuer la sollicitation des spécialistes pour des motifs qui ne se justifieraient pas en premier recours, et d'allonger encore davantage les temps d'attente pour des pathologies complexes nécessitant réellement une expertise spécialisée. A l'appui de cette position, les délais d'attente moyens pour les spécialités à accès direct ne sont pas toujours inférieurs à ceux des autres disciplines[156]. La CNAM et les représentants des médecins généralistes partagent cette position.

La Cour, en complément de ses recommandations sur le déploiement des filières de soins graduées[157], soutient le développement des ESS, facteur d'organisation du second recours au service du parcours des patients et élément de sécurisation de l'exercice des missions du médecin traitant.

La liaison entre médecin traitant et établissements de santé représente un enjeu majeur dans la continuité du parcours des patients vers le second et le troisième recours, ainsi que dans la qualité de la prise en charge en sortie d'hospitalisation. Le référentiel de certification de la HAS comporte plusieurs critères portant sur ce lien[158] : courrier de liaison à la sortie, alimentation du dossier médical personnel. Des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) portent sur l'organisation de la sortie en vue de mieux informer le médecin traitant et le patient, et de coordonner le parcours, et ce quel que soit le secteur d'hospitalisation[159]. Un décret de 2016 a rendu obligatoires les lettres de liaison entre médecin traitant et établissement de santé[160].

La Cour a déjà mis en évidence les effets délétères d'un passage par le service d'urgences hospitalières de patients atteints de maladies chroniques ou âgés pouvant être admis directement au sein de services hospitaliers adaptés à leur état[161]. En sortie d'hospitalisation, la carence de prise en charge par un médecin traitant produit également des effets négatifs comme dans le cadre de la prise en charge des AVC[162]. Des progrès notables ont été accomplis par les établissements de santé pour améliorer le lien ville-hôpital, avec de nombreuses initiatives, notamment en provenance des CHU[163]. Un médecin traitant isolé peut en effet difficilement obtenir seul la mise en place d'organisations satisfaisantes liant les médecins traitants et les établissements de santé.

[156] DREES, *Études et résultats n°°1090*, octobre 2018.
[157] *Rapport public annuel 2026*.
[158] La HAS prévoit d'ajouter de nouveaux critères sur ce thème dans le cadre de son futur référentiel.
[159] HAS, indicateurs sur la sortie du patient.
[160] Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Le bilan réalisé par la HAS en 2025 sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) faisait état d'un score de 66 sur 100 pour la qualité de la lettre de liaison après une hospitalisation en court séjour, en progression de 7 points par rapport à 2022.
[161] Cour des comptes*, L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital*, novembre 2024.
[162] Cour des comptes, *Prévention et prise en charge des AVC,* rapport public thématique, octobre 2025.
[163] Cogito Tribunes de la conférence des DG de CHU n° 15, octobre 2024.

Les CPTS, en se positionnant comme interlocuteur privilégié des établissements de santé, facilitent la mise en place de ces dispositifs. L'enquête de la fédération nationale des CPTS précédemment évoquée montre que 72 % des CPTS répondantes ont pour objectif la fluidité des entrées et sorties des patients, dont 50 % se consacrant spécifiquement à l'organisation d'admissions directes dans les services[164]. De nombreuses CPTS[165] (34 % des CPTS répondantes) s'emploient à promouvoir et à standardiser les dispositifs déployés par la CNAM pour améliorer la prise en charge du patient en sortie d'hospitalisation comme le dispositif PRADO[166].

Le lien renforcé entre le médecin traitant et l'hôpital peut permettre aux hôpitaux de proximité à favoriser la présence des médecins traitants sur leur territoire. L'ouverture de centre de santé gérés par les établissements[167], de consultations médecins traitants au sein ou à proximité des services d'urgences des hôpitaux participent du renforcement de cette liaison.

Certaines CPTS ont pu jouer un rôle dans le déploiement des dispositifs de postes partagés entre l'hôpital et les structures de soins primaires[168] (centre de santé ou cabinets libéraux). Le déploiement de 200 médecins en exercice partagé en 2019, à travers des appels d'offres gérés par les ARS auprès des établissements de santé, a permis de renforcer le potentiel de médecin traitant mais a surtout amélioré la liaison ville-hôpital dans le suivi des patients, notamment des plus précaires[169]. Pour autant, le rapport *Tour de France des CPTS*[170] , présenté en 2023 à la demande de la ministre de la santé, fait état de difficultés à la mise en place de telles organisations. Elles sont liées notamment à la maille différente entre les CPTS et les hôpitaux (notamment au niveau du groupement hospitalier de territoire), à la diversité des outils numériques des CPTS et leur manque d'interopérabilité, et à la diversité des fonctionnements selon les services hospitaliers.

L'enquête de la fédération nationale des CPTS confirme en partie cette approche. La majorité des CPTS répondantes estiment avoir de bonnes relations avec les établissements de santé (à 73 % s'agissant des relations avec les CHU et les hôpitaux de proximité, seulement à 54 % s'agissant des établissements spécialisés en santé mentale). En revanche une minorité de CPTS est invitée aux commissions médicales d'établissement (CME) de ces mêmes établissements (de 10 à 30 % selon le type d'établissement). Surtout, seule une minorité d'entre elles a conclu une convention de partenariat (31 % avec les CHU, 33 % avec les centres hospitaliers de proximité mais seulement 20 % avec les établissements de santé privés), résultats témoignant de marges de progrès importantes en la matière.

---

[164]Par exemple, la CPTS Caen Couronne met à disposition des médecins traitants les numéros directs des services hospitaliers dans cette perspective, la CPTS Paris 19ème a mis en place une filière de soin avec la Fondation Rothschild pour des consultations de second recours, la CPTS du Sud Lot organise des parcours en lien avec les hôpitaux locaux de son territoire.

[165] Par exemple, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est accompagnée par les CPTS de Chambéry, de Lozère, du territoire Atlantique Nord Loire.

[166] Le PRADO (Programme de retour à domicile) est un service initié par l'assurance maladie en 2010 pour faciliter le retour à domicile des patients après une hospitalisation, en assurant une continuité des soins entre l'hôpital et les professionnels de santé libéraux.

[167] Recommandation de la Cour dans le rapport sur *l'organisation territoriale des soins de premier recours dans le cas des zones sous denses*.

[168] Instruction DGOS du 30 janvier 2019.

[169] *Les cahiers de santé publique*, Julie Chastang, mars 2025.

[170] Rapport *Tour de France des CPTS* Bilan et propositions, Marie-Hélène Certain, Albert Lautman, Hugo Gilardi, 28 juin 2023 suivi du plan ministériel « 100 % CPTS ».

Les résultats observés par les dispositifs mis en place entre établissements de santé et CPTS plaident pour une adhésion la plus large possible des médecins traitants aux CPTS et à la généralisation des conventions les liant aux établissements de santé. Le rôle actuel des CPTS dans ce domaine est cependant limité par l'adhésion minoritaire des médecins généralistes (et donc traitants) à ces structures. La couverture du territoire national par les CPTS est aujourd'hui élevée (829 CPTS étaient recensées en 2025, dont 738 contractualisées, contre 576 en 2021, couvrant aujourd'hui 82 % de la population), mais le rapport du Sénat de 2025 évaluait à 25 % seulement la part des médecins généralistes adhérant à une CPTS. Une étude de la DREES en 2023 mettait en évidence que près de la moitié des médecins généralistes déclarait ne pas souhaiter adhérer à une CPTS[171].

Le lien entre médecin traitant et EHPAD est caractérisé par le fait qu'une faible proportion des résidents est couverte par un médecin traitant, par comparaison avec les patients à domicile du même âge. Cette situation a conduit à une évolution réglementaire récente[172] qui autorise le médecin coordonnateur de l'EHPAD à jouer un rôle de médecin traitant auprès des résidents qui n'en disposent pas. Cette modification est intervenue trop récemment pour pouvoir être évaluée. Elle ne répond pas complétement à la problématique des résidents sans médecin traitant au sein d'EHPAD, quand ceux-ci sont dépourvus de médecin coordonnateur. Une enquête menée par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes évaluait en 2023 à 33 % la proportion d'EHPAD sans médecin coordonnateur. Plusieurs expérimentations ont été conduites pour positionner des infirmières en pratique avancée (IPA) au sein des EHPAD en espérant favoriser l'adhésion de médecins traitants, mieux secondés sur place dans la prise en charge des résidents[173]. Dans le même sens, l'officialisation de la mission d'infirmier diplômé d'état coordonnateur (IDEC) par le décret du 4 septembre 2025 est un élément favorable au renforcement de la coordination mais ne peut pallier l'absence de médecins traitants. Des études récentes sur l'usage de la téléconsultation en EHPAD ont par ailleurs mis en évidence une réticence des médecins traitants à son utilisation par leurs patients résidents[174].

[171] DREES, *Études et résultats n° 1268*, mai 2023.
[172] Décret n° 2025-897 du 4 septembre 2025.
[173] Le centre communal d'action sociale de Saint-Étienne qui gère 5 EHPAD a réalisé une étude avec le CHU de Saint-Étienne sur la pratique de l'IPA en EHPAD dans cette perspective. *Health Data Hub* n°21592981.
[174] Lou Cady, « Regards croisés sur la télémédecine en EHPAD : enquête auprès des professionnels impliqués dans la mise en place des téléconsultations dans les EHPAD du territoire rennais », *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, Vol.21, 2023.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Le développement de l'exercice regroupé des médecins traitants, devenu majoritaire, a constitué un facteur favorable à la continuité des soins en ville.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé, structures juridiques d'exercice coordonné, constituent des modes d'exercice attractifs pour le médecin traitant et favorisent la coopération entre les professionnels de santé. Il convient de poursuivre le développement de ce type de structures.

Les autres dispositifs de coordination, à l'échelle territoriale, jouent également un rôle favorable à la réalisation des missions du médecin traitant, dans leur double dimension d'organisation du premier recours et d'adressage vers le second recours. Ils souffrent cependant d'un manque global d'adhésion de la part des médecins et des autres professions de santé.

La Cour formule la recommandation suivante :

4. *Subordonner, à partir de 2027, le versement d'une partie des aides financières accordées aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au titre de l'accord conventionnel interprofessionnel, aux démarches de conventionnement avec les établissements de santé de leur territoire (CNAM).*

Chapitre III

Un cadre à adapter pour soutenir les missions du médecin traitant

Le rôle central du médecin traitant nécessite que soient envisagées les conditions de sa formation initiale et l'évaluation de la qualité de ses pratiques (I). En outre, des moyens de soutien adaptés, tant en termes de ressources que d'outils, sont indispensables à l'exercice de ses missions au quotidien (II). Enfin, le paiement individuel à l'acte, encore largement dominant dans la rémunération des médecins généralistes, n'incite pas au développement des missions du médecin traitant (II).

I - Une formation initiale qui doit s'adapter et des pratiques à mieux évaluer

La formation initiale du médecin traitant conditionne pour partie la qualité des pratiques des médecins traitants. L'évaluation de ces pratiques mérite examen, notamment en regard des situations relevées au sein d'autres pays.

A - Une formation initiale du médecin traitant qui doit progresser

La présence quasi exclusive des médecins généralistes parmi les médecins traitants, mais surtout l'absence de parcours spécifique à l'exercice des fonctions de médecin traitant, sous ce libellé, dans la maquette des études médicales, nécessitent d'envisager la formation des médecins généralistes comme socle de la formation des médecins traitants. Pour la conférence des doyens de faculté de médecine ainsi que pour le collège national des généralistes enseignants (CNGE), cette absence n'est pas préjudiciable. Ils considèrent que l'apprentissage des différentes facettes des missions du médecin traitant est présent au sein du parcours de formation du médecin généraliste, dont la place s'est affirmée ces dernières années dans la formation médicale.

Le nombre de postes d'internes en médecine générale a progressé entre 2020 et 2023 pour s'établir à 3 856 en 2023 (+ 14 % entre 2020 et 2023), puis a diminué légèrement ensuite (3 645 en 2024 et 3 593 en 2025). La discipline voit la quasi-totalité de ses postes pourvus sur la période mais connaît une relative baisse d'attractivité tout récemment, 3 550 postes ayant été pourvus en 2025 sur les 3 593 ouverts.

Pour former et encadrer ces étudiants, en 2022, le CNGE dénombrait 91 professeurs et maîtres de conférences des universités, 269 professeurs et maîtres de conférences associés, 265 chefs de clinique et 13 000 maîtres de stage des universités (MSU).

Reconnue spécialité médicale à part entière depuis 2004, la médecine générale a progressivement bénéficié d'une formation académique, qui s'est renforcée ces vingt dernières années, depuis la création, en 2006, de l'option « médecine générale » au sein de la sous-section « médecine interne » du conseil national des universités (CNU) et la nomination des premiers enseignants titulaires en médecine générale dès 2009. En 2023, la nouvelle maquette de formation du diplôme d'étude spécialisé de médecine générale a ajouté une quatrième année professionnalisante, essentielle dans l'appréhension du rôle du médecin traitant selon les représentants des internes en médecine générale et des enseignants généralistes

Le premier cycle ne comporte pas d'enseignement spécifique à la médecine générale, le rôle du médecin traitant étant uniquement abordé dans le module Sciences humaines en deuxième année. La conférence des doyens estime que le rôle et les missions du médecin traitant sont abordés dans différents modules du deuxième cycle (soins primaires, santé publique et prévention, communication et relation médecin–patient, raisonnement clinique en premier recours). Il peut être relevé, cependant, que la maquette du deuxième cycle[175] ne comporte qu'un seul stage auprès d'un médecin généraliste en ville, d'une durée de quatre à six semaines[176] sur une durée totale de 18 mois de stage en deuxième cycle, proportion modeste que regrette, pour sa part, le collège national des généralistes enseignants.

C'est donc au niveau du troisième cycle, modifié tout récemment[177], que se trouve l'essentiel des composantes d'apprentissage des missions du médecin traitant. Le collège national des généralistes enseignants souligne que cette formation permet au jeune professionnel de construire les compétences transversales publiées dans le référentiel du métier du médecin généraliste de 2013, actualisé en 2025 que sont la prise en charge du premier recours, l'approche globale du patient, la coordination des soins, la prévention et la communication.

Il estime également que les stages sont adaptés aux objectifs de formation et sont conformes aux standards internationaux. Dans la nouvelle maquette, un interne passe au minimum la moitié du diplôme d'études spécialisé (DES) dans sa spécialité : un premier stage de niveau 1 chez le praticien, un stage de niveau 2 en autonomie (supervision indirecte), et les deux semestres de phase de consolidation. Ce nombre peut monter jusqu'à six semestres (sur les huit que compte la formation) avec le stage couplé santé de la femme – santé de l'enfant qui peut se réaliser en ambulatoire, ainsi que le stage au choix de l'interne. Ce constat est cependant fortement nuancé par la conférence des doyens qui estime que la part des stages de troisième cycle consacrés aux autres spécialités médicales est insuffisante.

[175] L'arrêté du 8 avril 2013 qui régit les programmes du deuxième cycle mentionne uniquement l'item « parcours de soins coordonné » parmi les 13 items du module consacré à la sécurité sociale.
[176] Pour les étudiants volontaires, il est possible de réaliser des stages supplémentaires en médecine générale.
[177] L'arrêté du 3 août 2023 ajoute une quatrième année de formation, dispositif qui concernera la première génération d'interne à partir de novembre 2026.

Le collège considère que l'accueil par les maîtres de stage des universités (MSU) est suffisant. Au nombre de 15 000, ils représentent une part significative des médecins généralistes en activité. Selon une étude de 2018[178], la population des maîtres de stages se différencie des autres médecins généralistes par des pratiques de meilleure qualité (moins de prescription d'antibiotiques par exemple). Pourtant, en dépit de ces aspects favorables, des limites peuvent être mises en évidence dans la formation actuellement dispensée sur les missions du médecin traitant.

Le premier facteur limitant l'étendue de la formation tient au nombre réduit d'enseignants généralistes. Pour l'année universitaire 2024 – 2025, les données transmises par le collège des généralistes enseignants font état d'un ratio de 1 généraliste enseignant pour 31 à 73 étudiants, en fonction des départements de médecine générale. Deux départements de médecine générale n'ont, par ailleurs, pas encore bénéficié d'une nomination d'enseignant chercheur universitaire. En comparaison, le ratio est de 1 enseignant pour 13 étudiants inscrits au DES de psychiatrie, discipline dont le taux d'encadrement est pourtant parmi les moins satisfaisants.

Un rapport[179] remis en mars 2015 à la ministre des solidarités et de la santé préconisait déjà un plan sur 10 ans de renforcement des effectifs d'enseignants titulaires et non titulaires de médecine générale, et la mise en place de la quatrième année devait se traduire par la création de 200 postes supplémentaires d'enseignants en médecine générale d'ici à 2028, selon une annonce ministérielle faite en 2023[180]. Cette annonce n'a été, à ce jour, que partiellement concrétisée. Selon les données transmises par le ministère de la santé, seuls 70 postes (soit 48 ETP) avaient été créés en 2026. Cette situation de présence insuffisante des généralistes enseignants au sein des facultés de médecine, en regard du nombre d'étudiants, aboutit notamment à une forte tension sur l'encadrement des thèses, en dépit du renfort apporté par les MSU appelés à remplir ce rôle. L'obligation pour les généralistes enseignants de se consacrer à cette étape obligatoire entraîne des situations hétérogènes, selon les différentes facultés, sur le degré de réalisation des enseignements en médecine générale au cours du deuxième cycle. En l'absence de statistiques consolidées au plan national, la Cour a examiné quelques situations particulières.

À la faculté de médecine de Strasbourg, un module de quatre heures est prévu en cinquième année sur l'organisation des soins primaires. Cet enseignement ne fait pas l'objet d'une évaluation formelle alors qu'il constitue la seule opportunité, au cours de la scolarité, d'aborder le rôle spécifique du médecin traitant pour les étudiants se destinant à des spécialités autres que la médecine générale.

La situation est moins favorable à l'unité de Formation et de recherche (UFR) Santé Médecine Biologie Humaine (SMBH) de Bobigny, Université Sorbonne Paris Nord, selon les données transmises par la doyenne de l'UFR. Cette université accueille 230 étudiants en deuxième cycle, avec un rôle social important, 45 % d'entre eux étant boursiers et 65 contrats

[178] Louise Devillers, Jonathan Sicsic, Angelique Delbarre, Josselin Le Bel , Emilie Ferrat , Olivier Saint Lary *Les médecins généralistes prescrivent moins d'antibiotiques en soins primaires : Preuves de France 2018*.

[179] Pr. Pierre Louis Druais *La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé* rapport remis à ma ministre de la santé mars 2015.

[180] Discours de clôture du congrès du CNGE, prononcé par la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche à Lyon le 1er décembre 2023.

d'engagement de service public (CESP)[181] y étant conclus annuellement (soit 80 % des CESP d'Île-de-France) pour des étudiants se destinant à la médecine générale en Île-de-France. À la suite de la réforme du deuxième cycle, aucun enseignement se rapportant au rôle de médecin traitant n'est plus dispensé, par manque d'enseignants, alors que préexistait une formation de préparation à l'installation sur le territoire en lien avec les CPTS de Seine-Saint-Denis. Concernant les stages en deuxième cycle, 18 terrains de stages seulement sont proposés (essentiellement en cabinets de ville, plus rarement en MSP) avec une durée de stage de trois mois bénéficiant au maximum à 72 étudiants sur une promotion de 230. Ce faible nombre est lié à la difficulté à trouver des praticiens agréés maître de stage des universités (PAMSU) pour les accueillir, dans un territoire dont la densité médicale est plus faible que celle prévalant dans d'autres parties de l'Île-de-France.

La Cour préconise donc le déploiement complet du plan de recrutement de personnels enseignants généralistes annoncé en décembre 2023 par la ministre de l'enseignement supérieur.

Par ailleurs, les transformations de l'environnement au sein duquel évoluent les médecins traitants, et l'évolution des pratiques professionnelles nécessitent, selon la conférence des doyens de médecine, un renforcement des enseignements dispensés dans certains domaines.

Il conviendrait ainsi de renforcer les compétences du futur médecin généraliste sur la prévention et le suivi de la perte d'autonomie, compte tenu du vieillissement de la population, de consolider la capacité au repérage et à la prise en charge en matière de santé mentale, compte tenu d'une forte tension sur l'offre en la matière, ou bien encore d'approfondir l'apprentissage des compétences en matière d'utilisation d'outils numériques.

Concernant le sujet central de l'exercice coordonné et du partage de compétences, la conférence préconise l'introduction d'un module de formation interprofessionnelle sous la forme de travaux de groupe partagés avec les étudiants des formations paramédicales, en maïeutique et de pharmacie pour favoriser un exercice futur basé sur ces modes d'organisation.

Pour le collège des généralistes enseignants, l'enseignement des disciplines en deuxième cycle serait plus efficace s'il associait un enseignant spécialiste de la discipline et un généraliste enseignant, organisation qui n'est pas suffisamment développée.

Enfin, une difficulté pourrait survenir avec l'introduction de la quatrième année de troisième cycle. Le syndicat des internes en médecine générale a fait état, lors d'une enquête prospective réalisée début 2026, d'un possible déficit de terrains de stages, susceptible d'atténuer les effets de la mise en œuvre de cette étape, pourtant vécue comme essentielle dans le parcours conduisant à l'installation. Cette inquiétude est cependant infondée selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). *A minima*, il peut être relevé que les conditions d'organisation de cette quatrième année n'ont été que tardivement précisées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, rendant difficile une bonne anticipation par les maîtres de stage des conditions d'accueil de ces internes de quatrième année.

[181] Le contrat d'engagement de service public (CESP), créé par la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST) du 21 juillet 2009, prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle de 1 200 € à partir de la 4ème année des études médicales. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour deux ans minimum – à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Pourtant, l'importance des stages dans le processus d'installation a été soulignée[182] par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés au cours de l'enquête. Le syndicat représentant les internes (ISNAR-IMG) pointe la nécessité d'une meilleure préparation des internes à la gestion d'un cabinet libéral pour favoriser les primo-installations, cette initiation étant de facto réalisée durant les stages. Les internes soulignent également l'importance des conditions de vie, au sens large, comme facteur favorisant l'installation. À titre d'exemple, la structure *Présence médicale 64* est un guichet unique, fondé en 2019 par le conseil départemental des Pyrénées Atlantiques et l'ARS Nouvelle-Aquitaine, rassemblant l'ensemble des acteurs en santé du territoire. La structure propose un accompagnement personnalisé aux médecins candidats à l'installation, portant sur le processus d'installation et sur la gestion du cabinet, la recherche de logement ou d'emploi pour le conjoint. Cette initiative, dont d'autres territoires se sont inspirés, a permis à 69 nouveaux médecins de s'installer depuis 2019 et 60 autres seront accompagnés d'ici 2028. Le nombre de médecins généralistes libéraux dans le département est ainsi passé de 672 en 2022 à 731 en 2025, alors que la tendance de la période précédente était à la baisse des installations. Compte-tenu des résultats positifs de ces initiatives, le gouvernement a lancé en avril dernier une mission visant à généraliser les guichets uniques départementaux d'accompagnement des professionnels de santé, des recommandations opérationnelles devant être produites à la fin de l'été 2026.

Les effets d'une formation adaptée à l'exercice des missions du médecin traitant, peuvent également être envisagés sous l'angle d'une évaluation de la qualité des pratiques du médecin traitant dans l'exercice de ses fonctions.

B - Une évaluation de la qualité des pratiques du médecin traitant à développer

L'évaluation de la qualité du service rendu par le médecin traitant, au regard des missions qui lui sont assignées, est limitée. Elle résulte de l'examen d'indicateurs en nombre réduit, servant notamment à valoriser les bonnes pratiques au travers de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

La HAS[183] utilise des outils de mesure de la qualité des soins perçus par le patient, définis, au plan international, sous la forme des *Patient-Related Experience Measures* (PREMs), indicateurs qui mesurent la perception du patient sur l'expérience de soins, ainsi que des *Patient-Related Outcome Measures* (PROMs) mesurant la perception par le patient du résultat des soins, ou encore de questionnaires dédiés dans le cadre de la certification des établissements de santé ou de l'accréditation des médecins exerçant des spécialités à risque. Ces outils ne sont en revanche pas généralisés au champ de la médecine de ville.

Sur le recueil de l'avis des patients, la HAS fait le constat[184] de dispositifs insuffisamment connus des professionnels et, dans tous les cas, reposant, en médecine ambulatoire, sur le volontariat du praticien à les mettre en place. Une expérimentation en cours dans le cadre de

[182] Lise André et Anne-Solène Gicquel, *État des lieux de la démographie médicale et analyse des leviers mis en place pour faire face à la pénurie de médecins généralistes*, Thèse de médecine, 2025.
[183] HAS, *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements*, juillet 2021.
[184] HAS, *PROMs Comment les mettre en œuvre*, mai 2023.

l'article 51 (IPEP)[185] a permis d'élaborer, avec l'appui de la HAS, un questionnaire de satisfaction des patients sur leur prise en charge ambulatoire. L'évaluation de cette démarche devrait constituer une priorité de la part du ministère de la santé en vue de la généralisation d'un questionnaire de satisfaction des patients soignés en ville[186], tel qu'il existe déjà depuis de nombreuses années à l'hôpital.

Le guide de la HAS sur les parcours de santé donne plusieurs exemples d'indicateurs, tels que le taux de recours aux urgences évitables (en particulier pour les pathologies chroniques) ou bien le nombre d'hospitalisations non programmées pour motifs relevant théoriquement du premier recours. Ces indicateurs ne sont pertinents qu'à l'échelle des patientèles médecin traitant d'un territoire de santé, car les différences de profil de patientèle au niveau de chaque médecin traitant ne permettraient pas des comparaisons pertinentes. Toutefois, certains pays ont adopté des indicateurs appropriés à l'échelle de chaque praticien pouvant servir de base à des modulations de rémunération ou au pilotage de la qualité du service rendu, dont les résultats sont mis en ligne à la connaissance de la population.

Par exemple, le *Quality Outcome Framework* (QOF), déployé au début des années 2000 au Royaume-Uni auprès des médecins généralistes, compte 146 indicateurs portant sur le suivi clinique, l'organisation des soins et le ressenti des patients pour une dizaine de grandes pathologies. Il a contribué à améliorer la détection et le suivi des pathologies chroniques, à faire évoluer les pratiques des médecins en améliorant la connaissance et le suivi de la qualité.

En Suède, depuis 2006, le gouvernement publie des comparaisons annuelles de performance entre régions, fondées sur les registres nationaux de qualité et plusieurs enquêtes nationales (baromètre des soins, délais d'attente, enquêtes patients), couvrant les soins primaires, à travers plusieurs centaines d'indicateurs relatifs à la prévention, à l'accès, aux délais, à la satisfaction et aux résultats thérapeutiques.

L'examen de l'évolution des indicateurs de suivi de la qualité des prises en charge par le médecin traitant, utilisés dans le cadre du calcul de la ROSP (rémunération propre au médecin traitant), est le seul moyen actuel d'ensemble permettant d'approcher le degré de réalisation des missions du médecin traitant, et encore, de façon parcellaire.

Le champ des indicateurs utilisés pour la ROSP recouvre une partie des objectifs assignés au médecin traitant définis dans la convention médicale, avec une décomposition en trois catégories (suivi des pathologies chroniques, prévention, efficience des prescriptions), mais ces indicateurs n'apprécient pas l'effectivité et la pertinence des orientations de parcours des patients, ni l'efficacité des liens que le médecin traitant doit entretenir avec les autres professionnels de santé dans son rôle de chef de file de la prise en charge globale du patient.

L'examen de l'évolution de ces indicateurs, à partir du bilan établi par la CNAM[187], montre des résultats contrastés. Sur le plan du suivi des pathologies chroniques, la proportion de patients diabétiques ayant bénéficié de dosages de glycémie est stable, autour de 80 % des patients suivis entre 2016 et 2024 (pour un objectif cible à 92 %). Le dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient diabétique ne concerne que moins de la moitié des patients en

[185] Incitation à une Prise en charge Partagée.
[186] Les résultats d'une première campagne de recueil d'expérience patient ont été publiés dans le rapport *Charges et produits* de la CNAM pour 2027.
[187] Bilan publié par la CNAM en avril 2025 sur le site Ameli, pour la période 2018-2024.

2024 (un tiers en 2016) alors que l'objectif cible est de 60 %. La prévention secondaire du risque cardio-vasculaire ne concerne que la moitié des patients en 2024, proportion en faible progression depuis 2016, alors que l'objectif cible est de 56 %.

Les critères relatifs à la prévention sont les moins satisfaisants. 54 % des patients de plus de 65 ans avaient fait l'objet d'une vaccination antigrippale en 2024 (ils étaient 64 % en 2020) pour un objectif cible à 61 %, et 25 % des patients à risque (contre 40 % en 2020) pour un objectif cible à 42 %. Le dépistage du cancer du col de l'utérus ne concernait, en 2024, que 53 % des patientes, contre 57 % en 2016, pour un objectif cible à 65 %. Enfin, le dépistage du cancer colo-rectal ne concernait que 36 % des patients en 2024, en faible progression par rapport à 2016, pour un objectif cible à 55 %.

Sur le plan de l'efficience des prescriptions, les traitements par benzodiazépine ne reculent pas suffisamment. Par exemple le traitement par benzodiazépine hypnotique, avec un objectif de le limiter à 30 % la part des patients suivis par un médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine et dont la durée de traitement est supérieure à quatre semaines, est stable sur la période, autour de 42 %. Une étude internationale réalisée en 2020[188] mettait en évidence la dernière place de la France sur le critère de réexamen des prescriptions pour les patients polymédiqués. L'antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD demeure trop élevée (27,4 % des patients suivis par un médecin traitant de cette tranche d'âge ont bénéficié de ce traitement en 2024, pour un objectif cible de 20 %)[189], mais est cependant en diminution (39 % en 2016).

Les données évoquées ci-dessus concernent les patients adultes suivis par un médecin traitant exerçant en libéral[190]. Les données relatives au suivi des patients par un médecin traitant exerçant en centre de santé ne mettent pas en évidence de différences notables

La prévention, et notamment le dépistage, sont insuffisamment développés alors qu'ils sont au cœur de la mission du médecin traitant. Les résultats du dispositif *Mon bilan prévention*[191], sont mitigés, à peine un quart des bilans ayant été réalisé en 2025 par les médecins traitants.

La Cour encourage ainsi la généralisation d'indicateurs prenant en compte l'expérience patient, mais aussi l'élargissement du champ des critères portant sur l'appréciation de la prise en charge et le suivi des principales pathologies chroniques.

[188] Le Fonds du Commonwealth fait réaliser de manière périodique des enquêtes sur les politiques de santé, à travers des appréciations portées par les usagers et réalisé par la société *Social Science Research Solutions* (SSRS), avec la sous-traitance de sociétés de sondage dans les pays participants.

[189] En 2023, la France était le 2ème pays de l'Union européenne le plus consommateur d'antibiotiques, derrière la Grèce et devant la Roumanie, selon les données de l'*European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC).

[190] Les données transmises par la CNAM sont des données consolidées nationalement. Il n'a pas été possible d'obtenir les données propres à chaque médecin libéral traitant, ce qui aurait permis d'affiner les profils des médecins et les critères favorisant une meilleure prise en charge des patients.

[191] Les premières analyses quantitatives, fondées sur les données du système national des données de santé (SNDS), montrent une montée en charge très progressive du dispositif depuis sa mise en place en 2024, 287 000 bilans ayant été réalisés en 2025, en majorité par les pharmaciens.

La progression de la qualité des pratiques dépend étroitement de la capacité des médecins à actualiser leurs connaissances tout au long de leur parcours professionnel. Des décrets[192] relatifs à la procédure de certification périodique à laquelle sont soumis désormais l'ensemble des médecins, dont les médecins généralistes, ont été récemment publiés. La Cour a relevé en 2024 la juxtaposition du dispositif de formation continue des médecins datant de 2009, avec celui le développement professionnel continu (DPC), par ailleurs faiblement déployé[193]. L'obligation de certification périodique est trop récente pour pouvoir en apprécier l'effectivité et l'efficacité.

II - Des moyens de soutien pour l'exercice des missions du médecin traitant, à promouvoir

Le développement des assistants médicaux auprès du médecin traitant a permis de libérer du temps médical pour accroître la taille de sa patientèle. Par ailleurs, au quotidien, les médecins traitants ne disposent pas encore d'outils homogènes facilitant l'exercice de leurs missions.

A - Des fonctions de support auprès du médecin traitant à promouvoir

La libération de temps médical constitue l'une des quatre actions à l'appui de la « priorité interministérielle de lutte contre les inégalités d'accès à la santé et les déserts médicaux », définie par le gouvernement, dans le cadre de la stratégie nationale de santé pour la période 2023-2033[194]. Le développement des fonctions support auprès du médecin traitant a permis de libérer du temps médical, en soulageant la charge de travail des tâches non cliniques et en partageant des tâches médicales simples et routinières. Il a été favorisé par l'émergence du nouveau métier d'assistant médical, qui contribue à améliorer la disponibilité du médecin traitant.

En s'appuyant sur son panel d'étude des médecins généralistes suivant au moins 200 patients en tant que médecin traitant, la DREES relevait, en 2019, que le temps de travail hebdomadaire de ces médecins consacré à leur pratique libérale comportait en moyenne 11 % (soit 5,5 heures) de tâches de gestion et de coordination, qui ne relèvent pas du temps de soins auprès de leurs patients[195]. Une enquête de la CNAM concluait, en 2023, à une proportion supérieure, proche de 20 %[196]. Le développement du support administratif a permis d'alléger cette charge de gestion, en facilitant l'organisation des prises de rendez-vous et en assurant un

[192] Décrets n° 2025-1335 du 26 décembre 2025 et n°2025-1336 du 27 décembre 2025 et arrêté du 26 février 2026.
[193] Cour des comptes, *La formation continue des médecins* communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, septembre 2024.
[194] Celle-ci met aussi l'accent, outre l'accès aux soins, sur la prévention et la résilience du système de santé.
[195] DREES, *Études et résultats n° 1113*, mai 2019. Le panel porte sur les MG libéraux avec au moins 200 patients médecin traitant.
[196] Enquête confiée par la CNAM à l'institut de sondage BVA auprès de 300 MG, juin 2023. Les tâches administratives comptent pour 12 %, la coordination avec d'autres professionnels 4 % et la recherche d'informations 5 %.

premier filtrage des demandes de consultation[197]. Selon le panel de la DREES, cinq médecins généralistes libéraux sur six déclaraient disposer, en 2022, d'un secrétariat médical, les médecins en groupe étant plus nombreux dans ce cas[198]. Cette tendance devrait s'accroître dans les prochaines années : plus d'un médecin du panel sur trois qui ne disposait pas d'un secrétariat en 2019 déclare en avoir un 2022. L'usage des outils de prise de rendez-vous en ligne est aussi plus fréquent, notamment parmi les plus jeunes médecins.

Un métier nouveau d'assistant médical a été créé en 2019 dans le cadre de la stratégie nationale *Ma Santé 2022*, pour permettre aux médecins de libérer du temps médical et de se concentrer sur le soin, afin d'améliorer leurs conditions d'exercice ainsi que l'accès aux soins et la prise en charge coordonnée des patients. Au regard des objectifs, le champ des missions pouvant être confiées aux assistants médicaux est plus large que celui pouvant être confié à un secrétariat médical, chaque médecin les adaptant en fonction de ses activités et besoins : l'assistant médical travaille aux côtés du médecin et l'épaule dans sa pratique, en réalisant des tâches administratives relatives à la gestion de la patientèle ou du cabinet, mais aussi en l'aidant lors des consultations en prenant en charge quelques actes simples[199], ou en organisant la coordination avec les autres professionnels de santé.

Le métier d'assistant médical existe dans de nombreux pays de l'OCDE, depuis longtemps, aux États-Unis, en Allemagne, en Suisse ou aux Pays-Bas ; les assistants médicaux y sont parfois nombreux auprès des médecins de ville. La profession est apparue aux États-Unis dans les années 1950, et a connu un essor en Europe à partir des années 2000. L'IGAS relevait, dans son rapport publié en 2023, que même si les compétences diffèrent d'un pays à l'autre, les compétences cliniques sont globalement plus étendues qu'en France, car la formation des assistants médicaux y est, sauf exception, plus longue et surtout plus diversifiée, en lien avec l'étendue de leurs prérogatives.

S'agissant du dispositif français, sous certaines conditions, notamment de conventionnement, de seuil et d'augmentation de la patientèle[200] suivie en tant que médecin traitant[201], l'assurance maladie peut verser une aide financière pour l'embauche de l'assistant médical. Le montant total des aides versées à ce titre aux médecins généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier) était de 99 M€ en 2025, dont 44 M€ pour des médecins généralistes exerçant en MSP. L'aide était initialement conditionnée à des critères géographiques (exercice en zone prioritaire) et d'exercice coordonné, critères abandonnés depuis 2023, ce qu'a relevé la Cour[202]. L'assurance maladie indique que l'aide, forfaitaire et évolutive, est pérenne bien que le contrat d'aide soit « renouvelable sur base quinquennale ».

---

[197] Notamment les demande de RDV pour motif administratif sans besoin de soins (certificats d'absence de courte durée, d'aptitude au sport, etc.) : selon une enquête de la CPTS de l'Erde réalisée en 2023, les médecins traitants y consacreraient plusieurs consultations chaque semaine.

[198] DREES, *Études et résultats n° 1245*, octobre 2022.

[199] L'assurance maladie indique que ces actes peuvent inclure, par exemple : la prise de constantes (prise de tension, pesée, taille), la mise à jour du dossier du patient pour les dépistages / vaccinations, le recueil d'informations utiles sur les modes de vie pour alerter le médecin si nécessaire, la délivrance des tests (test angine par exemple) et de kits de dépistage, la préparation et l'aide à la réalisation d'actes techniques (ex : électrocardiogramme).

[200] Un objectif de maintien du nombre de patients suivis en tant que médecin traitant est fixé pour les médecins de plus de 67 ans, et pour ceux avec les patientèles les plus élevées.

[201] Le bénéfice de l'aide est réservé aux médecins de secteur 1 ou 2 adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO. Un seuil minimal de patients est également requis, fixé au 30ème percentile de la distribution nationale des patientèles.

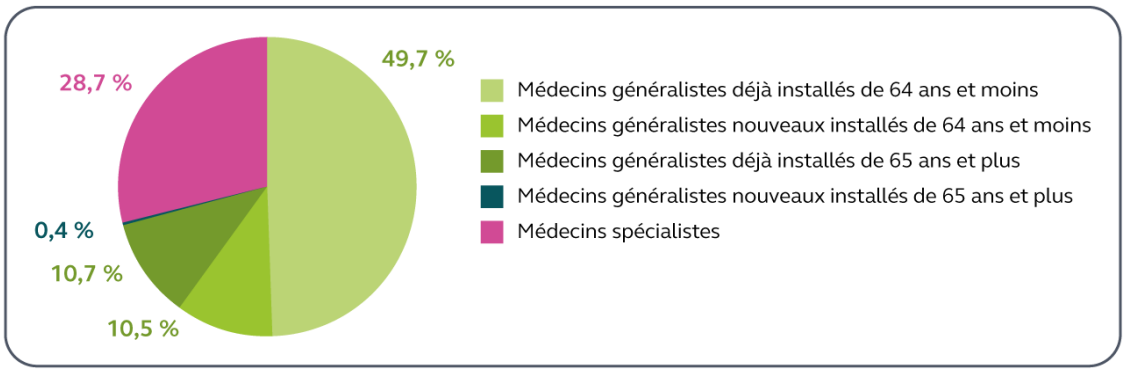
[202] Cf. rapport précité sur « l'organisation territoriale des soins de premier recours ».

Bien que récent, le dispositif a déjà montré son efficacité pour améliorer l'accès à un médecin traitant et soutenir le développement de leur activité, y compris pour ceux ayant déjà une large patientèle. Selon la CNAM[203], après 4 ans d'emploi d'un assistant médical, les médecins y ayant eu recours enregistrent une progression moyenne de leur patientèle médecin traitant de 19,5 %, ainsi que de leur file active (+ 4,5 %), contre respectivement + 6,6 % et - 5,3 % pour ceux n'y ayant pas eu recours. Les médecins ayant signé un contrat depuis 4 ans ont en moyenne sur la période augmenté leur nombre d'actes par jour de travail de 7,2 % (+ 2 actes) alors que les médecins non signataires l'ont augmenté seulement de 0,5 %. Les trois-quarts des nouveaux patients des médecins généralistes avec un assistant médical n'avaient pas de médecin traitant dans les six mois précédant leur inscription auprès des médecins signataires.

Toutefois, ce bilan quantitatif, très positif, devrait être complété par une évaluation des effets sur la prise en charge des patients et les conditions de travail des médecins, induits par cette nouvelle forme d'organisation de l'exercice du médecin traitant : dès lors que celle-ci est appelée à connaître un développement important, une telle démarche contribuerait à éclairer le cadre de bonnes pratiques à promouvoir, en fonction des patientèles et des parcours de soins, et à renforcer l'attractivité de ce dispositif auprès des médecins.

Malgré des objectifs de croissance continue, le dispositif connaît un déploiement encore limité. L'observatoire national de l'accès aux soins a fixé une cible de 10 000 contrats d'assistants médicaux d'ici 2025, ensuite étendue à 15 000 pour 2028 dans le Pacte de lutte contre les déserts médicaux d'avril 2025. Cet objectif s'est accompagné d'une revalorisation de 5 % de l'aide dans la convention médicale de 2024. À fin janvier 2026, 9 401 contrats étaient recensés, dont 71,3 % signés par des médecins généralistes traitants.

Graphique n° 6 : répartition du nombre de contrats d'assistants médicaux par spécialité et âge des médecins signataires



Source : Cour des comptes à partir des données de la CNAM
Champ : 9 401 contrats d'assistants médicaux signés au 31 janvier 2026 par des médecins libéraux

La CNAM indique que cela correspond à un taux de recours de 17,6 % par les médecins généralistes éligibles (16,3 % pour les autres spécialités), et à une quotité de travail de 6 718 ETP d'assistants médicaux[204]. Bien que proche de l'objectif fixé, cet effectif reste faible en comparaison du déploiement observé dans d'autres pays. L'Allemagne compte ainsi 300 000 assistants médicaux travaillant pour 170 000 médecins généralistes et spécialistes exerçant en ville (cet emploi étant comme en France subventionné).

[203] Point de repères n° 55, décembre 2024, portant sur la situation à fin octobre 2024. Au regard des critères retenus, l'analyse de la CNAM ne porte que sur 402 des 7 240 contrats signés à cette date.
[204] 46 % des assistants médicaux recrutés à temps plein en 2025 (42 % à mi-temps et 12 % à tiers temps).

Ces constats appellent à renforcer l'attractivité du dispositif, et les actions d'accompagnement en faveur de son déploiement rapide. La DREES relevait, en 2022, que la majorité (59 %) des généralistes qui ne travaillent pas déjà avec un assistant médical ne souhaitait pas y recourir, preuve d'une adhésion encore insuffisante. Le niveau de déploiement est en outre variable en fonction des régions : le taux de recours est de 18 % en Occitanie contre 10 % en Normandie, et atteint 79 % dans l'Ariège.

Les professionnels soulignent l'apport des groupements d'employeurs en santé ambulatoire (GESA)[205], qui ont favorisé l'embauche d'assistants médicaux dans les territoires pour lesquels les unions régionales de médecins libéraux (URML) ou les CPTS ont accompagné leur création. La Cour invite donc à promouvoir ces dispositifs à l'échelle des régions, en lien avec les ARS et les collectivités territoriales. Le manque ou le besoin d'adaptation des locaux sont aussi pointés comme un frein majeur à l'emploi d'assistants médicaux, notamment à temps plein ou quand il serait nécessaire d'en recruter plus d'un. Selon une enquête régionale[206], ce serait le cas pour les deux tiers des médecins sans assistant médical qui souhaiteraient en recruter un. La même enquête montre aussi que les recrutements se concentrent dans les petites villes et les bourgs (69 %) et dans les cabinets de groupe de plus grande taille (49 % comptant plus de 3 médecins). Comme déjà souligné par la Cour[207], les aides des collectivités territoriales aux professionnels libéraux mériteraient d'être davantage priorisées en ce sens, dans les territoires les plus en difficulté sur le plan de l'accès au médecin traitant.

Les médecins avec un volume d'activité élevé sont plus nombreux à déclarer souhaiter travailler avec un assistant médical, suggérant que les médecins les plus à même de recourir actuellement au dispositif sont ceux qui ont potentiellement plus de difficultés pour répondre aux besoins de leurs patients malgré une activité soutenue. Ce constat est confirmé par le profil des médecins signataires : ils exercent majoritairement en zones sous-denses (56 %), pour les trois-quarts en cabinet de groupe, et leur patientèle médecin traitant moyenne de départ (1 545 patients) est supérieure à celles des autres médecins (1 114). À cet égard, le dispositif devrait être éligible à tous les médecins généralistes traitants[208] quelle que soit la taille de leur patientèle, sans exclure les 30 % de médecins généralistes traitants installés avec les plus faibles patientèles.

Les actions d'accompagnement individuel de l'assurance maladie sont donc à renforcer plus particulièrement auprès des médecins traitants qui s'installent ou récemment installés, plus réticents à l'embauche de collaborateurs, ainsi qu'auprès des médecins traitants avec une moindre patientèle. On peut souligner, à cet effet, le plan de communication volontariste de l'assurance maladie, lancé en 2026 à l'appui de retours d'expérience, à destination des médecins de ville mais aussi des élus, pour favoriser l'emploi des assistants médicaux dans les territoires. Il conviendra que l'assurance maladie effectue un pilotage rapproché des résultats de ce plan pour s'assurer de son efficacité, afin de le réorienter et le renforcer si besoin auprès des jeunes installés et des médecins traitants à plus faible activité.

Il serait aussi nécessaire de vérifier que les moyens de formation des futurs assistants médicaux, et leur niveau de financement, sont calibrés de façon cohérente avec l'ambition forte de montée en charge du dispositif. En effet, la DGOS souligne que les capacités financières de formation annuelle sont saturées autour de 1 000, entraînant un risque d'allongement des délais de formation et fragilisant l'objectif d'atteindre 15 000 contrats d'ici 2028.

[205] Un groupement d'employeurs assure pour le compte du professionnel libéral l'ensemble des démarches et des tâches administratives relatives à l'emploi de personnels : contrat de travail, fiches de paie, etc.
[206] Enquête réalisée par l'URPS Centre Val de Loire (2024).
[207] Rapport précité sur « L'organisation territoriale des soins de premiers recours », mai 2024.
[208] Conventionnés exerçant en secteur 1 ou secteur 2 adhérents à l'OPTAM, tel qu'actuellement.

Enfin, la possibilité de mutualiser l'aide à l'emploi d'assistants médicaux entre médecins exerçant en groupe, à travers la signature d'un contrat collectif et son portage par la structure d'exercice, est considérée comme un facteur d'incitation majeur. Un tel contrat permet de partager le risque financier associé au recrutement, de mutualiser les objectifs de patientèles conditionnant l'aide, et de mettre l'assistant médical au service de l'ensemble de l'équipe des professionnels de la structure. Cette évolution prévue par la convention médicale de 2024, favorable à l'exercice collectif et fortement attendue des médecins, a vu sa mise en œuvre retardée[209]. La possibilité de mutualiser les aides a finalement été validée lors de la commission paritaire nationale de février 2026, et est entrée en vigueur depuis. L'assurance maladie devra veiller à son déploiement effectif et rapide auprès des médecins traitants exerçant en cabinet de groupe.

B - Des outils perfectibles pour la bonne réalisation au quotidien des missions du médecin traitant

Les outils destinés au suivi de la réalisation des missions du médecin traitant, en particulier en matière de prévention et de santé publique, sont aujourd'hui limités. Jusqu'à présent, seuls des résultats d'indicateurs agrégés, et non des données individuelles par patient, sont mis à la disposition du médecin traitant par l'assurance maladie, dans le cadre du suivi de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), financement forfaitaire fondé sur des cibles à atteindre (voir partie III-A *infra* sur les modes de financement). Ces modalités ne permettent cependant pas de répondre pleinement aux besoins des médecins dans leur pratique quotidienne.

Dans ce contexte, il s'avère nécessaire de fournir au médecin traitant des données centrées sur chacun de ses patients, afin qu'il puisse assurer un suivi plus fin des actions de vaccination, de dépistage, mais aussi de détection et de suivi des pathologies chroniques. L'assurance maladie a engagé des travaux de déploiement d'un outil nommé RestiPS, ayant pour finalité de donner au médecin traitant des informations, régulièrement mises à jour au cours de l'année, sur le statut individuel de ses patients pour plusieurs indicateurs, en particulier en matière de prévention, ainsi que de le renseigner sur la consommation de soins de ses patients et prévoir les alertes nécessaires à son action[210]. Il est prévu de faire figurer au sein de RestiPS des données individuelles portant sur certaines vaccinations (grippe, covid, pneumocoque, etc.), des dépistages organisés des cancers (sein, col de utérus, colon, etc.), le dépistage et le suivi de maladies cardio-vasculaires et pathologies associées (diabète, maladie rénale chronique, etc.) ou encore des informations sur le suivi de patients correspondant à des populations particulières (par exemple, les enfants), ou sur certaines thématiques (bucco-dentaire).

La Cour souligne le caractère prioritaire du déploiement de cet outil, afin de pouvoir garantir son effectivité d'ici à 2027.

[209] Cette mesure avait initialement été conditionnée à la signature de l'avenant global à l'accord cadre interprofessionnel (ACI) de l'exercice coordonné, dont la négociation, engagée en 2024, a été suspendue à l'été 2025 du fait du retrait de certains syndicats mono-professionnels, seuls représentatifs (les syndicats des structures d'exercice pluriprofessionnel ne sont pas actuellement signataires de ces accords).

[210] L'ensemble de ces données seront communiquées aux médecins sur le téléservice « amelipro ».

Au quotidien, dans la prise en charge de ses patients, le médecin traitant peut aujourd'hui s'appuyer sur la consultation du dossier médical partagé de ce dernier (DMP), carnet de santé informatisé et sécurisé ayant vocation à centraliser l'ensemble des informations de santé de l'usager, telles que ses comptes rendus hospitaliers et radiologiques, résultats d'analyses de biologie, antécédents et allergies, actes importants réalisés, ou encore ses directives anticipées[211]. Cependant, les modalités de fonctionnement du DMP restent à ce jour perfectibles pour faciliter le rôle du médecin traitant.

Déployé à partir de 2010, le DMP est inclus depuis 2019 dans le dispositif plus large de *Mon espace santé*[212], disposant de fonctionnalités complémentaires, telles qu'une messagerie, permettant au patient d'échanger avec ses professionnels de santé[213], ou un agenda médical pour centraliser ses rendez-vous médicaux et garder un historique des soins et examens pratiqués. Complémentaire au dossier informatisé du patient stocké dans le logiciel de gestion de cabinet (LGC) du médecin, il est accessible, de manière intégrée, directement à travers le LGC[214], l'ergonomie liée à la consultation des documents étant gérée par les éditeurs de logiciel.

Le développement du DMP s'inscrit dans le cadre du programme dit du Ségur du numérique en santé, débuté en 2021, en deux phases. Jusqu'en 2023, la vague 1 de ce programme s'est concentrée sur la facilitation de l'alimentation du DMP par les logiciels des professionnels de santé[215]. Depuis 2025, la vague 2 vise à améliorer la consultation par les professionnels de santé des documents issus du DMP au sein de leurs logiciels métiers, par une récupération automatisée des données, ainsi que l'intégration des éléments issus de la messagerie sécurisée de santé (MSSanté)[216] au sein de leurs logiciels métiers. Les exigences fonctionnelles et techniques à destination des éditeurs, déjà publiées pour la médecine de ville et la radiologie, sont en cours de déploiement s'agissant des autres professions.

Ces développements se heurtent cependant à des difficultés régulières. Ainsi, les évolutions attendues de la vague 1 du Ségur ayant dû être réalisées par les éditeurs de logiciel dans des délais courts, les fonctionnalités d'alimentation du DMP se sont également avérées de faible qualité et variables d'un éditeur à l'autre, engendrant ainsi un frein à l'usage.

---

[211] Il permet à l'usager de partager ses informations de santé avec les professionnels de santé, dès lors qu'il a été identifié par son identité nationale de santé (INS) dans le logiciel de ces derniers, et dès lors qu'il ne s'est pas opposé à la consultation de ses documents. L'INS est un identifiant numérique sécurisé permettant à chaque patient d'être identifié de la même façon par les professionnels de santé, garantissant tout risque de confusion entre deux patients et facilitant le partage de l'information.

[212] Sa gestion a été confiée à la CNAM conjointement avec la délégation du numérique en santé (DNS). Elles établissent la feuille de route et sont co-responsables de traitement ; la CNAM porte le marché des prestataires techniques chargés d'exécuter les développements sur le DMP et Mon espace santé.

[213] Le patient ne peut pas écrire de sa propre initiative à un professionnel de santé. L'échange doit être initié par ce dernier, qui peut y mettre fin à tout moment.

[214] De manière minoritaire, la consultation peut aussi être effectuée à travers un portail web dit portail « web PS-DMP » DMP : Dossier Médical Partagé – Professionnel – SI-Portail. Elle concerne essentiellement les professionnels de santé n'ayant pas encore bénéficié du programme du Ségur du numérique en santé.

[215] Les médecins libéraux, les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les pharmacies d'officine, les établissements hospitaliers, l'imagerie, la biologie ainsi que les établissements médico-sociaux ont bénéficié de ce dispositif.

[216] La MSSanté est un système de messageries électroniques réservé aux professionnels habilités. Il consiste en un espace de confiance, géré par l'Agence du Numérique en Santé (ANS), au sein duquel les professionnels peuvent échanger des données de santé de manière dématérialisée et sécurisée. Il est associé à un Annuaire Santé National qui référence les professionnels équipés d'une boîte de messagerie sécurisée.

Les médecins de ville ont l'obligation d'alimenter le DMP, à l'occasion de chaque acte ou consultation, des éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé[217]. Or, l'accès à ces données est important pour le médecin traitant du fait de son rôle de coordination avec les autres professionnels de santé.

Comme pour d'autres bases de données ou outils évoqués précédemment, le DMP n'a pas été pensé en intégrant la place centrale du dispositif du médecin traitant. Ainsi, à part le volet de synthèse médicale (VSM), devant être renseigné par le médecin traitant, aucune fonctionnalité n'est centrée spécifiquement sur le rôle de ce dernier.

La synthèse médicale élaborée par le médecin traitant et intégrée au sein du DMP

La synthèse médicale est définie comme un ensemble minimal d'informations sur l'état de santé et de vie d'un usager à un instant donné, nécessaires pour assurer sa prise en charge optimale en cas de soins non programmés ou programmés. C'est le médecin traitant qui crée ou met à jour la synthèse médicale du patient, dont le contenu doit être interopérable entre les systèmes d'information, pour favoriser son partage entre les professionnels des secteurs médical, médico-social et social, et renforcer ainsi la coordination, la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

Elle permet : de résumer les données pertinentes d'un usager ; de faciliter la communication, en mettant à disposition des professionnels autorisés, dans le respect de la règlementation en vigueur, une vue d'ensemble de la situation médicale de l'usager ; d'améliorer la sécurité des usagers, en favorisant la coordination des soins et l'orientation dans le parcours de soins, en contribuant de ce fait à réduire leurs admissions hospitalières. Elle se révèle utile lors des transitions de soins, telles que les admissions aux services des urgences, les transferts entre établissements de soins, les soins d'urgence à domicile ou les consultations médicales.

La HAS, dans son document de référence Standardisation des synthèses médicales en vue de leur numérisation (2024), liste les exigences à respecter pour l'élaboration de la synthèse. Les informations obligatoires doivent mentionner ses problèmes de santé en cours, l'historique des actes, les traitements médicamenteux et les dispositifs médicaux, les allergies et hypersensibilités, les effets indésirables/intolérances. Des informations facultatives peuvent préciser par exemple ses antécédents personnels, vaccinations, ou encore facteurs de risque liés au mode de vie.

En pratique, après avoir généré la synthèse médicale, le médecin traitant génère la synthèse médicale du patient à partir des données contenues dans son logiciel de cabinet, puis la dépose dans le DMP du patient, au sein du volet de synthèse médicale (VSM). Ainsi, les autres professionnels de santé habilités peuvent y accéder. Conformément à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, le médecin traitant doit verser périodiquement, au moins une fois par an, la synthèse médicale dans le DMP du patient.

Les représentants de la profession médicale, dont les prises de position sur le DMP sont contrastées, et les médecins eux-mêmes, dont l'adhésion à ce dernier est souvent réservée, comme la Cour l'a déjà souligné lors de sa récente analyse de ce projet informatique[218], s'accordent de façon unanime sur le constat d'un manque d'ergonomie en matière de consultation de données et de documents. Ces derniers sont en effet présentés sans hiérarchisation et sans classification, ce qui ne facilite pas la recherche ni l'exploitation par les

[217] Article L1111-15 du code de la santé publique et annexes 4 et 5 de l'arrêté du 26 avril 2022 modifié par l'arrêté du 23 mai 2024.
[218] Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre « Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir », mai 2024.

médecins, *a fortiori* par le médecin traitant. La Cour souligne l'importance de développer des modalités techniques permettant un accès rapide aux informations pertinentes et la capacité d'en générer aisément des analyses et des synthèses.

Des mécanismes incitatifs à l'utilisation du DMP sont prévus dans la convention médicale par des mécanismes de rémunération visant, d'une part, à valoriser l'équipement des professionnels de santé équipés en versions logicielles métier dites référencées Ségur et, d'autre part, à favoriser l'utilisation par les médecins des solutions numériques sécurisées (téléservices, DMP, ordonnance numérique, messagerie sécurisée de santé, etc.). Jusqu'à fin 2025, il s'agissait du forfait structure, remplacé par la dotation numérique (DONUM) en vigueur à partir de 2026 dans le cadre de la dernière convention médicale signée en 2024. La mise en place de sanctions en cas de recours insuffisant au DMP, envisagée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, a *in fine* été abandonnée en raison de l'opposition unanime des représentants de la profession.

III - Un développement des missions du médecin traitant à soutenir par une évolution des modes de financement

Le mode de rémunération des médecins généralistes, fondé majoritairement sur le paiement à l'acte, reste insuffisamment incitatif au développement de l'activité de médecin traitant. Les perspectives d'évolution du financement des missions du médecin traitant sont peu lisibles, ne favorisant pas suffisamment l'exercice coordonné.

A - Une diversification trop peu incitative des modes de financements pour asseoir le dispositif du médecin traitant

Une rémunération forfaitaire spécifique a été mise en place pour reconnaître la fonction du médecin traitant, et valoriser sa contribution attendue dans la gestion de la continuité et de la coordination des parcours de soins de chaque patient suivi. Financé en complément et non en substitution de la tarification à l'acte, ce forfait annuel au patient, qui s'apparente à une forme simplifiée de rémunération à la capitation, a visé à mieux valoriser le temps hors consultation du médecin traitant, nécessaire pour assurer son rôle d'accompagnement global, de prévention et de suivi au long cours.

Depuis 2004 ce « forfait patientèle médecin traitant » (FPMT) a connu des évolutions régulières, pour mieux prendre en compte les spécificités et la complexité de la patientèle suivie, et s'est progressivement amplifié. Les patients très âgés ou très jeunes, en ALD ou précaires (C2S), ont été progressivement survalorisés par rapport au reste de la patientèle. Le FPMT a aussi été revalorisé en 2013 et 2014, en application de la convention médicale de 2011, et étendu aux enfants à partir de 2018. Ainsi en 2024, le FPMT le plus élevé atteint 70 € par an, pour un patient de plus de 80 ans en ALD. Une majoration plafonnée à 25 % peut en outre s'appliquer au FPMT global du médecin selon le poids de sa patientèle précaire.

Le FPMT a représenté 955 M€ en 2024, dont 96 % ont été versés aux médecins généralistes libéraux. Ce forfait représente un financement complémentaire annuel moyen de 18 000 € pour les médecins généralistes libéraux (hormis ceux ayant un mode d'exercice particulier, MEP).

Parallèlement, la CNAM a introduit une rémunération complémentaire des médecins traitants indexée sur la qualité, en s'inspirant du programme équivalent mis en œuvre au Royaume-Uni dix ans plus tôt. D'abord promu au moyen d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) auprès de médecins volontaires, ce nouveau forfait a été généralisé à partir de 2013 sous la forme d'une « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) du médecin traitant, pour favoriser son engagement dans les priorités de santé publique. La ROSP a été étendue au suivi des enfants en 2018, puis aux spécialités médicales impliquées dans le suivi des pathologies chroniques (cardiologie, gastro-entérologie et endocrinologie) en 2019.

Intégralement financée par l'assurance maladie comme le FPMT, la ROSP a représenté 282 M€ en 2024, dont 95 % pour la patientèle adulte et 99 % pour les médecins généralistes libéraux, soit un financement complémentaire moyen de 5 400 € pour les médecins généralistes libéraux non MEP.

Les financements complémentaires versés au titre du FPMT et de la ROSP à un médecin généraliste libéral non MEP au titre de son activité de médecin traitant s'élèvent donc en moyenne à un montant total de 23 400 € par an.

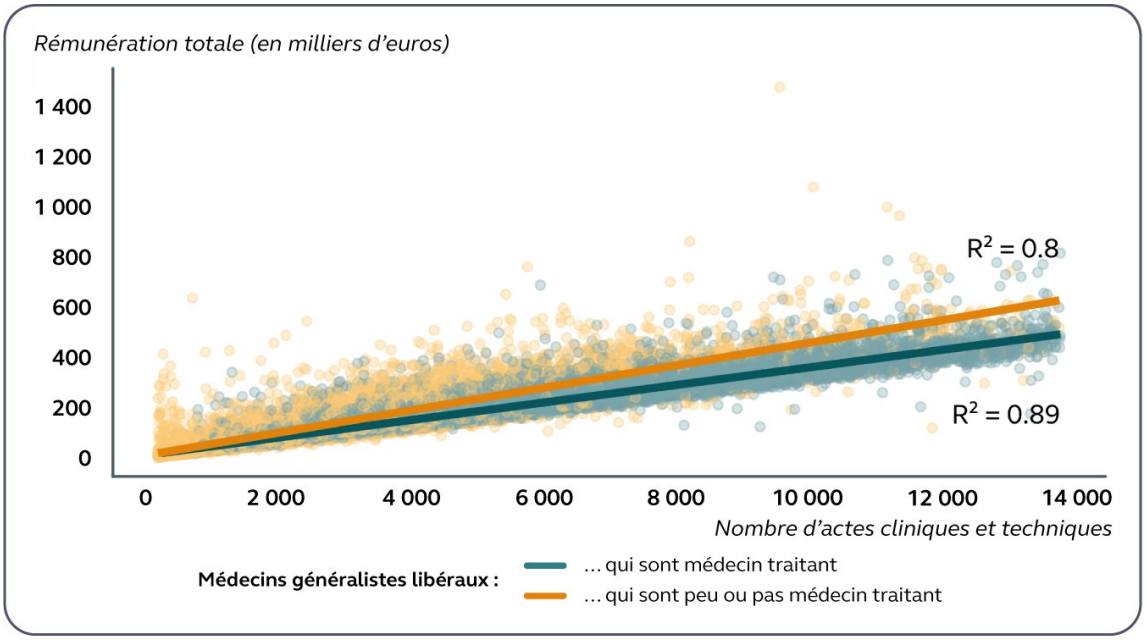
Le dispositif du médecin traitant s'est traduit, en 2024, par un financement de l'assurance maladie, au titre de ces deux enveloppes du FPMT et de la ROSP, de plus de 1,2 Md€, presqu'exclusivement au bénéfice des médecins généralistes libéraux[219]. En regard, la dépense totale de soins de médecins généralistes libéraux s'est élevée à 10,1 Md€ pour 2024[220], la dépense complémentaire de 574 M€ pour les centres de santé[221] conduisant à une dépense totale de soins de médecins généralistes de 10,7 Md€. L'assurance maladie a contribué à cette dépense à hauteur de 7 Md€, le reste étant assuré par les organismes complémentaires de santé ou par un reste à charge pour le patient. À ces aides directement liées au dispositif, viennent s'ajouter d'autres financements de l'assurance maladie au bénéficie des généralistes, conditionnés par ou indexés sur l'activité de médecin traitant (ex : aide à l'emploi des assistants médicaux ; quote-part des rémunérations collectives pour les structures d'exercice coordonné telles que les MSP et les centres de santé, détaillées ci-après).

Ces financements spécifiques du FPMT et de la ROSP, bien que significatifs, sont cependant encore trop peu discriminants pour favoriser le développement de l'activité de médecin traitant, l'analyse de la rémunération individuelle des médecins généralistes libéraux confirmant leur impact limité.

En effet, on observe (graphique ci-dessous) que le volume d'actes explique l'essentiel des écarts de rémunération entre les médecins généralistes libéraux, qu'ils soient ou non médecins traitants. De plus, à niveau d'activité comparable, les médecins non traitants obtiennent en moyenne une rémunération supérieure à celle des médecins traitants, du fait d'honoraires moyens à l'acte plus élevés.

[219] 37 M€ ont été versés aux centres de santé, et 11 M€ à des médecins spécialistes libéraux.
[220] Cf. annexe n° 4 : *Évolution et structure des honoraires des médecins généralistes libéraux*. Dépense issue de l'ensemble des honoraires perçus par les médecins, y compris forfaits et dépassements d'honoraires, et hors prise en charge de certaines de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie.
[221] DREES, *Les dépenses de santé en 2024, résultat des comptes de la santé*, édition 2025.

Graphique n° 7 : rémunération et volume d'actes des médecins généralistes libéraux traitants et non traitants en 2024



Source : SNDS, base DCIR de la CNAM, 2024
Note : Les droites tracées correspondent aux régressions linéaires estimant la relation entre le nombre d'actes et la rémunération totale. Les R^2 indiquent la part de la variation de la rémunération expliquée par le nombre d'actes. Un R^2 de 0,89 signifie que 89 % de la variance de la rémunération est expliquée par le volume d'actes, ce qui traduit une relation linéaire forte.

L'analyse de la structure de rémunération des médecins généralistes libéraux médecins traitants pour 2024[222] met en évidence un poids relativement stable du FPMT dans la rémunération globale, y compris lorsque celle-ci augmente. Pour la moitié des médecins généralistes traitants, le FPMT représente entre 9 à 13 % du total de la rémunération[223]. Par ailleurs, la part de la patientèle médecin traitant dans la file active n'est pas associée à une rémunération globale moyenne par acte plus élevée. De même, un poids plus important de patients complexes (ALD, 65 ans et plus, C2S) dans la patientèle n'est pas associé à une hausse notable de la part du FPMT dans la rémunération totale.

Ces résultats suggèrent que le calibrage et les paramètres actuels du forfait demeurent, pris isolément, peu incitatifs au développement d'une activité spécifique de médecin traitant et à la prise en charge de patientèles complexes. Toutefois, l'IRDES relève que la croissance plus forte et rapide des patientèles médecin traitant en MSP a conduit à ce que la rémunération totale et le revenu net moyen des médecins traitants qui y exercent soient en moyenne supérieurs à ceux observés pour les autres médecins généralistes, du fait de la rémunération forfaitaire plutôt que de la croissance des actes[224]. Ces résultats suggèrent que l'exercice pluriprofessionnel accroît l'efficacité de l'incitation du modèle de rémunération du médecin traitant.

[222] Cf. annexe n°5 : *Caractéristiques des médecins généralistes libéraux selon le statut médecin traitant*. La rémunération moyenne des médecins traitants s'élève à 186 000 € par an.
[223] Le décile des médecins traitants les moins rémunérés par le FPMT perçoit moins de 9 000 €, le mieux rémunéré perçoit plus 33 000 €.
[224] IRDES, « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé* n° 258, mai 2021.

La CNAM ne dispose pas encore de simulations des effets sur la rémunération du médecin du nouveau forfait médecin traitant, qui entrera pleinement en vigueur d'ici 2027 en application de la dernière convention médicale. Celui-ci est désormais calculé individuellement, par patient vu au moins tous les deux ans ; il est revalorisé pour les patients en ALD, très âgés ou très jeunes, et majoré si le patient est bénéficiaire de la C2S. Pour favoriser l'engagement des généralistes, le forfait est aussi majoré si le médecin exerce en zone sous-dense ou en quartier prioritaire de la ville (QPV). La majoration s'accroît si le médecin a plus de 67 ans, et encore davantage s'il s'est récemment installé. La Cour invite l'assurance maladie à piloter finement les impacts redistributifs du nouveau forfait, en conduisant un bilan dès 2027 sur le forfait versé au titre de 2026. Il s'agira d'évaluer si ces évolutions ont permis de renforcer l'incitation en faveur de l'activité de médecin traitant, notamment au bénéfice du suivi des patientèles les plus complexes.

S'agissant de la ROSP, elle a rencontré une faible adhésion des professionnels et n'a pas produit tous les effets escomptés en matière de suivi des pathologies chroniques, et surtout de prévention, par les médecins traitants (cf. *supra*). Elle a été perçue par ces derniers comme opaque, son modèle de calcul, complexe, ne permettant pas de matérialiser facilement le lien entre la pratique du médecin et le montant qu'il perçoit *in fine*.

L'analyse de la structure de rémunération des médecins traitants montre, en outre, que le poids de la ROSP est stable quel que soit le niveau de rémunération globale (cf. *supra*), suggérant que le montant versé au médecin est surtout corrélé à son niveau d'activité. La faiblesse relative des montants en jeu, versés uniquement selon un principe de bonus et non de malus ou de niveau d'atteinte a minima, a contribué à limiter l'effet incitatif de cette rémunération, qui n'est pas discriminante. Ainsi, la ROSP est versée à quasiment tous les médecins généralistes libéraux traitants (99,3 % d'entre eux), et elle est aussi versée à plus de la moitié (57 %) des médecins généralistes libéraux faiblement ou pas médecin traitant. Elle compte en moyenne pour 3 % de la rémunération du médecin[225], contre 15 % pour le dispositif britannique équivalent.

Dans la dernière convention médicale, la ROSP a été abandonnée au profit de majorations du forfait médecin traitant de chaque patient, qui sont fonction du suivi préventif dont il a bénéficié dans l'année, quel que soit le professionnel ayant effectué l'action. Cette orientation, qui valorise les résultats obtenus collectivement, pourrait être plus porteuse de sens pour les médecins traitants, car plus simple, transparente et responsabilisante s'agissant de leur rôle de coordination.

Néanmoins, les missions de santé publique relèvent nécessairement d'une responsabilité populationnelle partagée entre les professionnels de santé, au sein des territoires, et d'une conduite des actions en interprofessionnalité : pour être efficiente, l'incitation du médecin traitant en matière de prévention devrait s'articuler davantage avec l'intéressement financier des autres professionnels de santé intervenants, et avec le financement collectif de ces missions au sein des structures d'exercice coordonné. En outre, pour produire de meilleurs résultats que la précédente, cette incitation financière doit pouvoir s'appuyer dès 2026 sur l'outil, en cours de déploiement, de restitution au médecin de la liste et du statut individuel de ses patients pour chaque indicateur (RestiPS), évoqué plus haut.

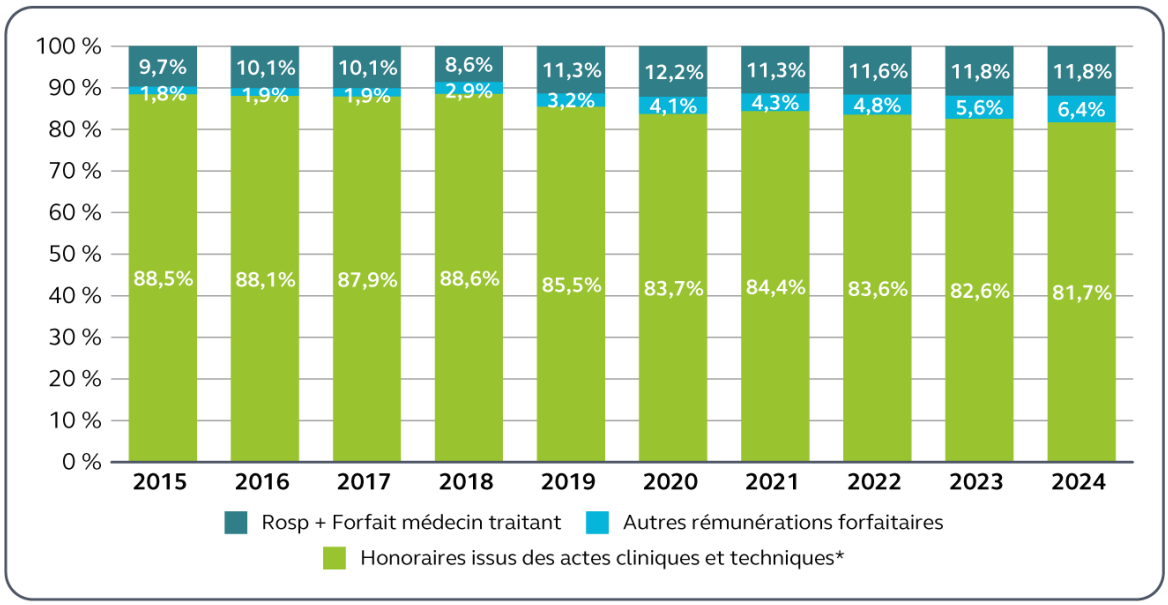
[225] Le décile des MT les moins rémunérés par la ROSP reçoit moins de 2 500 €, et le décile le mieux rémunéré par la ROSP reçoît plus de 10 000 €.

B - Une rémunération des médecins généralistes qui continue à reposer essentiellement sur la tarification à l'acte

La rémunération totale issue des honoraires des médecins généralistes libéraux[226] a progressé de 9,7 % en 10 ans, passant de 9,2 Mds€ en 2015 à 10,1 Mds€ en 2024, tandis que leurs rémunérations forfaitaires liées au médecin traitant augmentaient sur la période de 34 %, passant de 0,9 Md€ à 1,2 Md€. Bien que leur montant soit en constante augmentation depuis la création du dispositif, la part des financements liés au médecin traitant progresse lentement dans la rémunération des médecins généralistes libéraux, ne comptant que pour 11,8 % de celle-ci en 2024 (+ 2,1 points en 10 ans).

Malgré une part croissante des autres rémunérations forfaitaires, la grande part des recettes des médecins généralistes libéraux reste constituée par des paiements à l'acte (81,7 %).

Graphique n° 8 : structure des rémunérations des médecins généralistes libéraux, 2015-2024



Source : Assurance maladie, base « Data Professionnels de Santé »
*Note : *Honoraires issus des actes cliniques et techniques, en incluant également les dépassements, les indemnités de déplacement, ainsi que certains honoraires hors forfait.*

Cette situation va à rebours des évolutions observées dans les autres pays européens, qui favorisent des modèles de rémunération des médecins de ville allant vers davantage de mixité des sources de revenu, en vue de neutraliser les effets indésirables de chaque type de financement. Ainsi, les financements relevant d'une logique de paiement forfaitaire, par assuré ou par pathologie, et ceux rémunérant la qualité des pratiques, lorsqu'ils ne constituent pas le mode de paiement majoritaire des médecins de ville en soins primaires, représentent souvent une part bien plus substantielle de leur rémunération [227].

[226] Cf. annexe n° 4 : *Évolution et structure des honoraires des médecins généralistes libéraux*.
[227] Cf. annexe n° 2 : *Comparaisons internationales du dispositif du médecin traitant.*

Même si le maintien d'une part de paiement à l'acte peut permettre, en cas de tensions sur la démographie médicale, de favoriser la productivité des ressources médicales disponibles et donc l'accès aux soins, les études internationales[228] mettent en évidence les apports du financement à la capitation dans la rémunération des médecins généralistes de ville, pour favoriser une meilleure organisation des soins primaires. Le financement à la capitation inciterait les médecins à développer des modes de prise en charge plus efficients au regard des missions confiées, notamment de prévention et de suivi des pathologies chroniques, en s'entourant de collaborateurs. Le paiement à l'acte ferait davantage obstacle à la délégation de tâches et au travail en équipe, et serait de ce fait plus adapté au financement de soins aigus et non programmés que complexes et chroniques. Cette incitation inhérente à la capitation peut aussi être renforcée pour l'emploi d'autres professionnels : en Italie, les généralistes sont incités à employer une infirmière par un tarif de capitation majoré de 4 € par patient inscrit. Des incitations comparables existent dans le financement belge à la capitation du médecin généraliste, en cas d'emploi d'assistants médicaux ou de professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.).

Comme l'a déjà préconisé la Cour[229], un meilleur équilibre entre paiement à l'acte et forfaitaire des médecins généralistes doit être recherché à court terme, afin de faire progresser la coopération et la coordination entre les professionnels de santé en ville, et de soutenir l'évolution vers un modèle d'intervention du médecin traitant centré sur la réponse aux besoins de santé plutôt que sur la production d'actes.

La dernière convention médicale n'a cependant pas conduit à une modification de l'équilibre actuel. La direction de la sécurité sociale évalue à plus de 1 Md€ l'impact à attendre, d'ici 2028 pour les médecins généralistes libéraux, des mesures de revalorisation des actes (dont plus de 900 M€ pour la revalorisation de la consultation de 26,5 € à 30 €), et à un peu plus de 100 M€ la revalorisation des rémunérations forfaitaires. Par rapport à 2024, ces évolutions correspondent à une augmentation de 12 % des honoraires à l'acte et de 6 % des rémunérations forfaitaires. Toutes choses égales par ailleurs, cela conduirait à augmenter la part du paiement à l'acte à 83 %, d'ici 2028 (contre 81,7 % en 2024).

La nouvelle convention a toutefois été l'occasion d'opérer un redéploiement, au sein des rémunérations forfaitaires, en faveur des financements liés au médecin traitant[230] : le FPMT et la ROSP, fusionnés au sein d'un unique forfait médecin traitant (FMT) pour en améliorer la lisibilité, sont revalorisés de 200 M€, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2024. Toutes choses égales par ailleurs, cela ne porterait le poids de ce financement qu'à 13 % en 2028, contre 11,8 % en 2024. Les montants investis dans la création de « consultations longues du médecin traitant »[231] auraient pu l'être dans une majoration complémentaire du forfait médecin traitant, pour accroître la visibilité mais aussi la portée de ce mode de financement.

---

[228] La littérature documente et évalue les propriétés des trois principaux modes de rémunération des professionnels de santé que sont le salariat, la capitation et le paiement à l'acte, à partir de travaux théoriques (Allard et al., 2009 ; Ellis and McGuire, 1990, 1986 ; McGuire and Pauly, 1991) et de synthèses de travaux empiriques (Gosden et al., 2001 ; Jia et al., 2021 ; Scott and Sivey, 2022).

[229] RALFSS de 2022, chapitre III : « Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer » ; recommandation n°9 invitant à « accroître la part forfaitaire de la rémunération des médecins généralistes ».

[230] En contrepartie d'une baisse du « forfait structure », recentré sur une seule dotation numérique.

[231] Consultations de 60°€, facturables une fois par an pour les patients de plus de 80 ans (ciblant la sortie d'hospitalisation, la déprescription de patients hyperpolymédiqués ou l'orientation vers un parcours médicosocial), ou pour la première consultation d'initiation du suivi d'un nouveau patient médecin traitant en ALD.

C - Des difficultés à concrétiser les travaux engagés sur le financement du médecin traitant à la capitation, substitutive au paiement à l'acte

Le forfait médecin traitant a été déployé jusqu'ici selon une logique de complémentarité avec le paiement à l'acte, sans affecter celui-ci. Plusieurs expérimentations ont été engagées, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, pour tester un paiement forfaitaire du médecin traitant à la capitation qui viendrait se substituer à tout ou partie des paiements à l'acte (consultations notamment). Cette modalité constitue le vecteur principal de financement des médecins traitants dans d'autres pays d'Europe (Italie, Royaume-Uni, Allemagne et Pays-Bas).

Ces expérimentations, à la fois nombreuses et peu articulées avec le dialogue conventionnel, sont déployées selon une stratégie d'ensemble qui mériterait d'être clarifiée auprès des acteurs. Ainsi, à l'expérimentation principale de capitation d'initiative ministérielle PEPS (Paiement en Équipe de Professionnels de Santé de ville) s'ajoutent une autre expérimentation nationale Primordial (déclinaison de PEPS pour 5 centres du groupe Ramsay nouvellement créés au sein de déserts médicaux) et une expérimentation régionale (MTR, Médecin Traitant Renforcé, testant auprès de 4 MSP du réseau Ipso santé, un forfait médecin traitant mensuel substitutif aux actes, modulé par catégorie de patients selon les besoins de suivi préventif et chronique). La multiplicité de ces initiatives a été nécessaire, selon la DSS, pour évaluer le fonctionnement du forfait dans des contextes spécifiques, et nourrir les réflexions sur l'élaboration d'un modèle à la capitation adapté aux besoins des acteurs.

Engagées il y a huit ans, et financées au total à hauteur de 1,7 M€[232], aucune n'a encore abouti à une mise en œuvre effective dans le droit commun.

Le choix a été fait de privilégier d'emblée l'expérimentation de financements forfaitaires collectifs plutôt qu'individuels, en mutualisant la réflexion pour les centres de santé et les MSP, soit pour ces dernières le cumul de transformations radicales des modes de rémunération des médecins libéraux y exerçant (paiement intégral par capitation plutôt qu'à l'acte, de surcroît mutualisé pour l'équipe de professionnels, posant la question sensible du partage des revenus). Le projet national de capitation (PEPS) prévoyait même une capitation collective et pluriprofessionnelle, partagée entre médecins et infirmiers, mais les travaux de modélisation d'une capitation infirmière ont été abandonnés. Un nombre limité d'acteurs libéraux s'est engagé dans la phase initiale de cette expérimentation[233]. Cette situation s'explique par la complexité de la démarche, l'ampleur du changement et le besoin de maturité organisationnelle des structures expérimentatrices. Les obstacles rencontrés lors de la première phase expérimentale de cinq ans ont conduit au lancement, depuis 2024, d'une deuxième vague pour améliorer la mobilisation des équipes libérales et affiner le modèle économique.

In fine, les expérimentations nationales issues de l'article 51 ont suscité une faible adhésion des médecins généralistes libéraux, qui constituent le vivier des médecins traitants. Outre qu'elles ont manqué leur cible principale, elles ont été conduites chacune à des échelles marginales, qui ont rendu difficiles leur évaluation et leur généralisation à l'issue de la période expérimentale de cinq ans.

[232] Montants des crédits d'amorçage et d'ingénierie de projet versés à fin 2025 (par le Fonds d'Innovation en Santé ou le FIR) pour PEPS, Primordial et MTR IPSO, hors surcoûts éventuels liés aux prestations dérogatoires.
[233] Prévu initialement pour 33 structures (16 CDS, 17 MSP), PEPS a finalement concerné 19 CDS et 3 MSP.

La prolongation du projet national de capitation (PEPS) dans un volet dédié aux MSP est toutefois redondante avec l'expérimentation[234] prévue, jusqu'en 2027, par la dernière convention médicale : ses objectifs sont similaires, mais elle permet, contrairement à PEPS, le versement individuel, plutôt que mutualisé, de la capitation aux médecins qui le souhaitent. Les deux démarches, conduites à petite échelle, nécessitent d'être unifiées dès que possible[235]. En outre, au regard des difficultés rencontrées dans les expérimentations, le développement des financements à la capitation devrait rester progressif en étant fondé sur le volontariat, ainsi que sur la flexibilité s'agissant du paiement individuel ou collectif afin de favoriser une adhésion plus large des professionnels libéraux exerçant en MSP.

Le pilotage de ces différentes initiatives devrait être intégré et s'appuyer sur une évaluation d'ensemble commune d'ici 2027, permettant de clarifier les champs, les vecteurs de financements et les étapes de transposition dans le droit commun qui sont pertinents pour chaque cible de professionnels médecins et de structures d'exercice.

En parallèle, les enseignements du projet MTR-IPSO pourraient être davantage mobilisés. Cette expérimentation est aussi prolongée, en vue d'affiner le calibrage des forfaits pour améliorer leur soutenabilité financière, et d'évaluer la réplicabilité du modèle à d'autres MSP en dehors du groupe IPSO. Il conviendrait de s'appuyer sur les résultats de l'évaluation pour renforcer, d'ici la prochaine convention médicale, l'ampleur du forfait médecin traitant et enrichir ses critères pour mieux prendre en compte les besoins de suivi de patientèles spécifiques (ex : suivi de la femme, prise en compte du handicap, de l'obésité, de la vulnérabilité sociale, etc.)[236]. Les enseignements de cette expérimentation pourraient être aussi mobilisés pour faire émerger des modèles de partage des rémunérations plus consensuels auprès des médecins généralistes libéraux.

D - Des rémunérations collectives à renforcer pour favoriser l'exercice coordonné autour du médecin traitant

Le modèle de rémunération des structures d'exercice coordonné a été propice à l'accélération de leur déploiement sur le territoire ainsi qu'au développement de leur activité de médecin traitant, soutenus par une évolution dynamique des financements conventionnels qui leur sont consacrés. Ces financements, qui ne bénéficient pas aux autres cabinets de groupe, sont souvent complétés d'aides des ARS (*via* le fonds d'intervention régionale – FIR – pour le préfinancement des projets), et des collectivités territoriales (acquisition ou mise à disposition de locaux et d'équipements voire, pour les centres de santé, financement ou mise à disposition de personnels support). Ces aides auraient atteint respectivement 100 M€ et 140 M€ selon une estimation antérieure de la Cour[237], soit un montant total proche de l'aide conventionnelle.

[234] Appelée CaRE (Capitation : Rémunération forfaitaire en Équipe).
[235] PEPS 2 pour les MSP porte sur 10 structures et CaRE sur 11 autres MSP.
[236] Les paramètres du forfait se limitent aujourd'hui à l'âge et l'existence d'une pathologie chronique. Les pays européens recourant au financement du médecin traitant à la capitation l'appuient sur davantage de critères.
[237] Rapport précité sur « L'organisation territoriale des soins de premier recours ». De plus, dans son rapport précité sur « Les aides à l'installation des médecins libéraux » publié en 2025, la Cour relevait aussi que « la suppression [des aides individuelles aux médecins libéraux] permettrait de réaffecter des moyens vers l'exercice collectif en MSP ».

En 2024, l'assurance maladie a financé 2 247 MSP au titre de l'accord cadre interprofessionnel (ACI) signé en 2017, pour un montant total de 181 M€ (contre 916 MSP et 56 M€ en 2019). Cela représente une enveloppe moyenne par MSP de 81 000 €, en croissance de 32 % depuis 2019, qui vient en complément des rémunérations individuelles de l'activité des professionnels libéraux. Ces financements sont versés en fonction de certains critères (amplitudes horaires et accueil des soins non programmés, mise en place d'une fonction de coordination, SI partagés, etc.) et de l'atteinte de cibles d'indicateurs. Ils sont aussi indexés sur la patientèle médecin traitant et la diversité des professionnels de la structure. La moitié de l'enveloppe allouée aux MSP est consacrée à la promotion du travail en équipe[238] : elle contribue à rémunérer un poste de coordination et à financer les démarches de coopération interprofessionnelle (protocoles, revues partagées de dossiers, etc.) qui ont été favorables à l'optimisation du temps médical et à l'augmentation des patientèles médecin traitant (cf. *supra*). Un avenant a renforcé, en 2022, les incitations pour intégrer des infirmiers en pratique avancée (IPA) et développer les missions de santé publique, mais de façon trop limitée.

Après avoir été suspendue à l'été 2025, la négociation d'un nouvel avenant engagée en 2024 a été réouverte en mars 2026, dans le contexte du lancement de France Santé, et a abouti à sa signature en juin 2026. L'avenant emporte des orientations structurantes pour accompagner l'évolution du rôle du médecin traitant, telles que le renforcement, dans le calcul des financements, de la notion d'équipe de soins (« file active d'équipe », emploi mutualisé par la MSP des assistants médicaux, objectifs collectifs de qualité, de prévention et santé publique, etc.). L'avenant prévoit ainsi l'intégration des résultats d'expérimentations telles qu'IPEP[239], qui porte sur un intéressement collectif à l'amélioration des dépenses de santé des assurés d'un territoire et de la qualité de leur prise en charge, Toutefois les modalités et le calendrier d'intégration ne sont pas précisés. L'avenant comporte aussi un mécanisme nouveau de compensation financière transitoire, en cas de départ de médecins, favorable à la pérennité de l'offre de médecin traitant en MSP.

Les orientations proposées dans le dernier avenant à l'ACI, dans l'ensemble consensuelles auprès des acteurs de terrain concernés, sont favorables au développement des missions du médecin traitant. L'assurance maladie devra toutefois veiller à prévoir un niveau d'exigence et de contrainte suffisant pour les indicateurs retenus, notamment en matière de coopération interprofessionnelle, comme déjà préconisé par la Cour[240]. Le caractère faiblement sélectif des aides apportées se reflète dans la part élevée des structures qui les perçoivent : en 2024, selon la CNAM, elles ont été attribuées à 92 % des MSP conventionnées et à 89 % des centres de santé ayant déclaré les informations nécessaires.

Les centre de santé disposent aussi de rémunérations forfaitaires collectives[241], versées en complément des rémunérations qu'ils perçoivent au titre de l'activité de leurs professionnels salariés et de leur contribution au dispositif du médecin traitant. Pour les seuls centres médicaux et polyvalents, ces rémunérations ont atteint 74 M€ en 2024, soit un financement par centre (80 000 €) du même ordre de grandeur que pour les MSP.

[238] Le reste du financement porte sur l'accès aux soins et la labellisation des systèmes d'informations.
[239] Incitation à la prise en charge partagée.
[240] Rapport précité sur l'organisation du 1er recours, recommandation n°4 : « *pour développer la coopération entre professionnels de santé, conditionner l'aide apportée aux différentes structures d'exercice coordonné par la signature de protocoles* ».
[241] Leurs objets sont comparables à ceux des MSP malgré des appellations parfois différentes.

L'accord conventionnel national (ACN) entre l'assurance maladie et les centres de santé, entré en vigueur en octobre 2025, ainsi que celui signé en juin 2026 dans le cadre de la labellisation France Santé, ont permis de transposer la plupart des dispositions de la convention médicale relatives au médecin traitant, notamment celle sur les majorations du forfait médecin traitant au titre des actions de prévention. Ces avenants visent aussi à mieux valoriser à terme, au travers des rémunérations collectives, le fonctionnement en équipe traitante des centres de santé et leur engagement territorial, à la fois en termes de responsabilité populationnelle, en matière de santé publique et d'accueil des publics précaires[242], et de contribution aux besoins de soins primaires du territoire, en particulier les soins non programmés. Un « contrat d'initiative territoriale pour l'amélioration de l'offre de soins » (ITAOS) est envisagé d'ici 2028 dans l'avenant de 2025, selon des objectifs et un contour qui restent à préciser. Enfin, cet avenant a entériné l'objectif de déploiement du financement à la capitation substitutive au paiement à l'acte, auprès des structures volontaires, sans calendrier arrêté à ce stade. L'ensemble de ces orientations doit encore être affermies, concernant leur calendrier et leurs modalités concrètes de financement.

Il est prioritaire de favoriser la transition rapide des centres de santé médicaux et polyvalents, pour ceux qui le souhaitent, vers un financement de l'activité de médecin traitant à la capitation. Cette orientation s'inscrit dans les recommandations déjà formulées par l'IGAS[243] et serait de nature à mieux prendre à compte l'intensité de leurs activités de santé publique et le suivi pluriprofessionnel des patients[244]. Le salariat des professionnels intervenants facilite la transition directe vers une capitation collective, à la condition d'affiner le modèle de rémunération des autres professionnels de santé intervenant dans les prises en charge. Dans cette perspective, l'expérimentation PEPS, poursuivie jusqu'en 2027 pour les centres de santé, teste un nouveau forfait complémentaire au paiement à l'acte des infirmiers en centres de santé, sans toutefois prévoir des travaux de modélisation d'une capitation.

Il est nécessaire de sécuriser et clarifier rapidement la feuille de route d'évolution des vecteurs de financement collectif des structures d'exercice coordonné. Ces financements doivent servir l'objectif prioritaire d'accroître l'attractivité de la fonction de médecin traitant auprès des médecins généralistes, mais aussi de favoriser une adhésion plus large des autres professionnels de santé de premiers recours à ces structures, pour améliorer leur coordination et leur engagement territorial : une évaluation de l'efficience de ces financements, une fois déployés, devra être prévue au regard de ces objectifs.

[242] Sont ainsi prévues dans l'avenant à l'ACN, de même qu'à celui de l'ACI des MSP, tous deux signés en juin 2026, des incitations à l'augmentation du recours aux bilans de prévention, au dépistage de la fragilité et aux soins réalisés pour des patients C2S ou AME.

[243] IGAS, *Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels*, février 2025.

[244] L'évaluation de l'expérimentation PEPS sur la capitation, réalisée par l'IRDES, met en évidence une augmentation des patientèles MT avec un moindre nomadisme des patients, ainsi qu'une professionnalisation et un transfert accrus des tâches non médicales.

Comme déjà souligné, cette feuille de route devra mieux intégrer, dans les financements conventionnels, les résultats des expérimentations issues de l'article 51 en faveur de l'évolution du modèle de financement du médecin traitant et, plus largement, de l'amélioration de l'organisation des soins primaires. Ainsi, l'expérimentation SECPA245, consacrée à la prise en charge des publics vulnérables par les centres et maisons de santé implantés en quartiers prioritaires de la ville (QPV), a reçu un avis favorable en vue de sa généralisation après son évaluation finale, mais reste en attente de confirmation de vecteurs de financement pérennes à partir de 2027.

Enfin, les financements individuels, qui prédominent actuellement pour les professionnels de santé de ville, reposent tous sur la logique d'un paiement à l'acte majoritaire. À cet égard, ils sont de moins en moins adaptés à l'évolution du rôle du médecin traitant qui s'inscrit dans un collectif, ainsi qu'à l'émergence rapide des structures d'exercice coordonné en ville. L'articulation insuffisante des négociations conventionnelles professionnelles entre elles est préjudiciable à l'exercice en équipe traitante ou même en binôme, et au partage de tâches par le médecin traitant, et nuit à la lisibilité et l'efficacité globale des incitations financières. Plusieurs expérimentations de l'article 51 ont montré des résultats favorables à l'amélioration de l'organisation des soins primaires et aux transformations attendues du rôle du médecin traitant. Cependant, elles ne trouvent pas de voie de déploiement, en dehors des structures d'exercice coordonné, faute de vecteurs de financements existants ou adaptés pour reconnaître et valoriser les prises en charge partagées entre professionnels de ville libéraux.

Les expérimentations de parcours coordonnés renforcés (PCR), visant la prise en charge pluriprofessionnelle de patients complexes ou chroniques avec un financement forfaitaire collectif, ont été transposées dans le droit commun par la LFSS pour 2024. Pour autant, ce dispositif peine à se déployer, n'ayant connu à ce jour que deux applications, sur un champ restreint. Le premier PCR, récemment autorisé par arrêté du 26 février 2026 pour l'obésité complexe chez l'adulte, reste réservé aux MSP, centres de santé et établissements de santé[246]. La généralisation en ville d'une expérimentation régionale visant le suivi à domicile en binôme médecin traitant-infirmier des personnes invalides ou âgées financé par un forfait commun, évaluée positivement et arrivée à son terme en février 2026, ne connaitra son déploiement effectif qu'en juillet 2027[247].

La Cour a déjà recommandé de revoir le cadre architectural et de négociation des conventions, pour favoriser l'interprofessionnalité et mieux répondre aux enjeux de transformation du système de santé[248].

[245] Structures d'Exercice Coordonné Participatives, initiée en 2021 et ayant déjà financé 41,7 M€ de prestations dérogatoires.

[246] Le deuxième PCR, autorisé en avril 2026, s'applique la santé des enfants protégés. Un troisième PCR pour la prise en charge des addictions complexes est en cours de concertation.

[247] Expérimentation RMSO, conduite par une MSP des Pays de la Loire. L'avenant 11 à la convention infirmière, signé en mai 2026, prévoyant la déclinaison conventionnelle du statut d'infirmier référent, a permis d'inscrire cette expérimentation en droit commun, par un financement fondé sur la mise en place d'un parcours de suivi renforcé (PSR) qui valorisera les visites à domicile mensuelles des infirmiers réalisées dans ce cadre.

[248] RALFSS de 2022, recommandations du chapitre III : « Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer. »

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La formation du médecin traitant mériterait d'être renforcée au sein du deuxième cycle des études médicales. L'évaluation de la qualité des pratiques des médecins traitants reste modeste en regard des dispositifs observés dans d'autres pays européens.

L'appui apporté aux médecins traitants par les assistants médicaux a permis de développer leur activité, en améliorant leur disponibilité pour de nouveaux patients, mais ce dispositif doit encore être conforté. De même, les outils numériques destinés à faciliter l'exercice des missions du médecin traitant au quotidien et le suivi de sa patientèle devraient être enrichis et faire l'objet d'un développement prioritaire.

Les rémunérations individuelles du médecin traitant restent trop peu discriminantes et incitatives au développement de cette activité par les médecins généralistes. Le poids des financements forfaitaires qui y sont affectés devrait être accru par rapport au paiement à l'acte. Le déploiement de financements collectifs devrait être privilégié par l'assurance maladie, pour promouvoir la coopération du médecin traitant avec les autres professionnels de santé de premier recours.

La Cour formule les recommandations suivantes :

5. renforcer à partir de 2027 les enseignements du deuxième cycle des études médicales sur le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins (ministère de la santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche) ;
6. *adapter en 2027 les outils numériques (modules du DMP ; aide au suivi de la patientèle) à destination du médecin traitant lui permettant d'assurer ses missions au quotidien et de faciliter son rôle pivot (CNAM, ministère de la santé) ;*
7. *accroître, dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles, la part forfaitaire de rémunération des médecins généralistes, en faveur du renforcement des missions du médecin traitant. (CNAM, ministère de la santé) ;*
8. *dans le cadre des accords conventionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé, accélérer en 2027, le déploiement des financements collectifs favorables à l'exercice pluriprofessionnel autour du médecin traitant (CNAM, ministère de la santé).*

Liste des abréviations

ACI..... Accord conventionnel interprofessionnel
ALD ..... Affection de longue durée
ANS..... Agence du numérique en santé
ARS..... Agence régionale de santé
AVC ..... Accident vasculaire cérébral
CHU ..... Centre hospitalier universitaire
CDS..... Centre de santé
CESP ..... Contrat d'engagement de service public
CMG..... Collège de la médecine générale
CNAM..... Caisse nationale de l'assurance maladie
CNGE..... Collège national des généralistes enseignants
CNOM..... Conseil national de l'ordre des médecins
CNU ..... Conseil national des universités
C2S..... Complémentaire santé solidaire
CPTS ..... Communauté professionnelle territoriale de santé
DAC ..... Dispositif d'appui à la coordination
DES ..... Diplôme d'études spécialisées
DGOS..... Direction générale de l'offre de soin
DMP ..... Dossier médical partagé
DNS..... Délégation du numérique en santé
DREES ..... Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS ..... Direction de la sécurité sociale
ECN..... Épreuves classantes nationales
EHPAD ..... Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESP..... Équipe de soins primaires
ESS..... Équipe de soins spécialisés
FIR ..... Fonds d'intervention régional
FCPTS..... Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé
FMT ..... Forfait médecin traitant
FNCS..... Fédération nationale des centres de santé
FUMG ..... Filière universitaire de médecine générale
HAS..... Haute autorité de santé
HPST..... Hôpital Patients Santé Territoires (loi)
IDES..... Infirmier diplômé d'état coordonnateur
IGAS ..... Inspection générale des affaires sociales
IPA ..... Infirmier en pratique avancée

IPEP ..... Incitation à la prise en charge partagée
IRDES ..... Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS..... Loi de financement de la sécurité sociale
LGC..... Logiciel de gestion de cabinet
MG ..... Médecin généraliste
MSP..... Maison de santé pluriprofessionnelle
MSU ..... Maître de stage des universités
MT ..... Médecin traitant
OCDE..... Organisation de coopération et de développement économique
OPTAM..... Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OTSS..... Organisation Territoriale du Système de Santé (loi sur)
PAMSU..... Praticien agréé maître de stage des universités
PCR ..... Parcours coordonné renforcé
PEPS..... Paiement en équipe de professionnels de santé de ville
PREMs ..... *Patient-Related Experience Measures*
PROMs..... *Patient-Related Outcome Measures*
QOF..... *Quality Outcome Framework*
ROSP..... Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS ..... Répertoire partagé des professionnels de santé
SISA ..... Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNDS ..... Système national des données de santé
SNIIRAM..... Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
UFR..... Unité de formation et de recherche
URPS..... Union régionale des professionnels de santé
URML ..... Union régionale des médecins libéraux
WONCA..... *World Organisation of Family Doctors*

Annexes

Annexe n° 1 : lettre du président de la commission des affaires sociales de de l'Assemblée nationale et réponse du Premier Président 98
Annexe n° 2 : comparaisons internationales du dispositif du médecin traitant....101
Annexe n° 3 : démographie des médecins généralistes....110
Annexe n° 4 : évolution et structure des honoraires des médecins généralistes libéraux....115
Annexe n° 5 : caractéristiques des médecins généralistes libéraux selon le statut médecin traitant....122
Annexe n° 6 : médecins spécialistes médecins traitants....141
Annexe n° 7 : couverture de la population par un médecin traitant et profil des patients....144
Annexe n° 8 : accès au médecin traitant et parcours de soins des assurés en ville 158
Annexe n° 9 : focus sur les parcours de soins diabète et cancer 167

Annexe n° 1 : lettre du président de la commission des affaires sociales de de l'Assemblée nationale et réponse du Premier Président

ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ – ÉGALITÉ – FRATERNITÉ

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
Le Président

KCC A2500793 KZZ
28/07/2025

Paris, le 8 juillet 2025

Monsieur le Premier président,

Au nom de la commission des affaires sociales, je vous avais saisi le 11 décembre dernier, en application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête sur l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins et les dépenses de santé. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie devant prochainement achever une enquête sur le même thème, le bureau de la commission des affaires sociales a pris acte de ce qu'il ne serait pas utile de maintenir la demande que je vous avais adressée en ce sens.

Dès lors, suite à un échange que j'ai eu avec le président de la sixième chambre, le bureau a confirmé le souhait que la Cour des comptes réalise, en application des mêmes dispositions du code des juridictions financières, une enquête relative à l'évaluation du dispositif du médecin traitant. Ces travaux seront notamment de nature éclairer les réflexions et initiatives parlementaires visant à améliorer l'accès aux soins.

Vous remerciant par avance de l'assistance que la Cour pourra apporter à notre commission, je vous prie de croire, Monsieur le Premier président, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Bien à vous

Frédéric VALLETOUX

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier président
Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

ASSEMBLÉE NATIONALE – 126, rue de l'Université – 75355 PARIS 07 SP

Cour des comptes

Le Premier président

Le
21 JUIL. 2025

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier du 8 juillet 2025, j'ai le plaisir de vous confirmer que, en application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalisera pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale une enquête portant sur le dispositif du médecin traitant.

Créé par la loi du 13 août 2004, le médecin traitant joue un rôle essentiel dans l'organisation et la coordination des parcours de soins des usagers, *via* la prise en charge des soins primaires et l'orientation vers les autres acteurs du système de santé. En particulier, il a pour mission d'assurer le suivi au long cours des patients atteints de pathologies chroniques et de conduire des actions de prévention auprès de sa patientèle. Ce dispositif vise à améliorer l'accès aux soins tout en garantissant un usage pertinent des ressources du système de santé.

Face aux évolutions successives qu'a connues ce dispositif dans le cadre conventionnel liant l'assurance maladie aux médecins libéraux, de nouvelles dispositions devant entrer en vigueur en 2026, le rapport pourrait, d'une part, évaluer le niveau de couverture de la population par un médecin traitant en fonction des territoires, en lien avec le développement de ce mode d'exercice parmi les médecins, en particulier les généralistes. Il pourrait ensuite dresser le bilan des principaux apports de ce dispositif dans l'amélioration de la prise en charge des patients, en particulier ceux atteints de pathologies chroniques, âgés ou vulnérables, et dans la coordination des parcours de soins. Enfin, il s'attachera à évaluer l'efficacité des dispositifs financiers d'incitation au développement de cette activité.

La Cour pourrait s'appuyer sur les résultats des différentes expérimentations, déployées tant à l'échelle nationale que locale, visant à développer le rôle du médecin traitant et à diversifier ses modes de rémunération. Elle pourrait également tirer les enseignements des dispositifs comparables au sein d'autres pays de l'Union européenne.

Monsieur Frédéric Valletoux
Président de la commission des affaires sociales
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 Paris 07 SP

1/2

13, rue Cambon ▯ 75100 PARIS CEDEX 01 ▯ T +33 1 42 98 95 00 ▯ www.ccomptes.fr

Cette enquête vous sera communiquée avant la fin du mois de juin 2026. Elle sera réalisée par la Sixième chambre de la Cour, présidée par Monsieur Bernard Lejeune, qui se tient à votre disposition pour en préciser les modalités.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Pierre Moscovici

Pierre MOSCOVICI

Annexe n° 2 : comparaisons internationales du dispositif du médecin traitant

Cette annexe vise à présenter, de manière non exhaustive, la diversité des dispositifs assimilables au « médecin traitant » dans différents systèmes de santé internationaux. Cette analyse permet de situer le modèle français au regard des pratiques observées à l'étranger.

Ce document s'appuie en grande partie sur les constats issus des travaux comparatifs internationaux de l'OCDE et du *Commonwealth Fund*, ainsi que sur les contributions des conseillers pour les affaires sociales du réseau des ambassades françaises, transmises par l'intermédiaire de la Direction des relations internationales, de l'audit externe et de la francophonie de la Cour, qui ont fourni des informations actualisées et détaillées sur l'organisation et le rôle du médecin traitant dans plusieurs pays européens, notamment en matière de place dans le système de soins, de couverture de la population, d'accès aux soins et de modes de rémunération.

L'IRDES identifiait en 2009 trois grands modèles d'organisation des soins primaires dans les pays développés[249] :

- Le modèle normatif hiérarchisé est un système organisé autour des soins primaires, régulé par l'État. Les soins primaires y sont souvent fournis dans des centres de santé publics locaux avec des équipes pluridisciplinaires. L'autorité locale gère l'offre et finance les dépenses de santé primaire et le médecin généraliste y est salarié du service public. Le médecin généraliste est en première ligne et joue un rôle de filtre. Les spécialistes sont généralement accessibles seulement à l'hôpital. Ce modèle est appliqué notamment en Finlande, en Suède et en Espagne.
- Le modèle professionnel hiérarchisé est un système organisé autour du médecin généraliste libéral, qui joue le rôle de *gatekeeper*. L'inscription auprès de lui est souvent obligatoire. La plupart des médecins généralistes exercent en groupe au sein de cabinets. Les pouvoirs publics ou assureurs y pilotent l'offre de soins primaires. Ce modèle est appliqué notamment aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande.
- Dans le modèle professionnel non hiérarchisé, les soins primaires sont laissés à l'initiative des professionnels, sans filtre obligatoire avant de consulter un spécialiste. Le patient a une liberté de choix. Le médecin généraliste pratique généralement de manière libérale et individuelle. C'est le cas en Allemagne et au Canada.

Les développements qui suivent présentent trois pays qui sont représentatifs des trois modèles : l'Espagne pour le modèle normatif hiérarchisé, le Royaume-Uni pour le modèle professionnel hiérarchisé, et l'Allemagne pour le modèle professionnel non hiérarchisé.

[249] Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., (2009), « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, n°141, avril.

Gouvernance et régulation des soins ambulatoires

En Allemagne, la régulation des soins ambulatoires relève d'un modèle fédéral et corporatiste, caractérisé par une forte délégation aux acteurs du système. Le ministère fédéral de la Santé fixe le cadre législatif général, mais la définition concrète des règles d'organisation et de financement est largement confiée aux partenaires institutionnels du système de santé. Ainsi, les caisses d'assurance maladie et les associations régionales de médecins conventionnés exercent une responsabilité déterminante dans la planification de l'offre ambulatoire, la régulation des volumes et la répartition des honoraires. Le Comité fédéral conjoint (*Gemeinsamer Bundesausschuss*, G-BA), principale instance de décision réunissant représentants des médecins, des hôpitaux et des caisses d'assurance maladie, définit les prestations remboursables et les standards applicables. Ce modèle repose ainsi sur une logique d'autorégulation encadrée, où l'État conserve un pouvoir de supervision mais délègue largement la mise en œuvre.

Au Royaume-Uni, la gouvernance des soins ambulatoires s'inscrit dans le cadre du *National Health Service* (NHS), système public intégré historiquement centralisé. L'État fixe les priorités stratégiques, les enveloppes budgétaires et les standards nationaux. Toutefois, les réformes récentes ont introduit une organisation territoriale à travers les *Integrated Care Systems* (ICS), qui coordonnent à l'échelle locale les soins primaires, hospitaliers et médico-sociaux. Cette évolution ne constitue pas une décentralisation politique, mais plutôt une déconcentration fonctionnelle visant à renforcer la coordination des parcours et l'adaptation aux besoins locaux, tout en maintenant un pilotage stratégique national fort.

En Espagne, la gouvernance des soins ambulatoires est profondément décentralisée. Les communautés autonomes disposent de compétences étendues en matière d'organisation, de financement et de gestion des services de santé, y compris des soins primaires. L'État central définit le panier de soins garanti et assure la coordination à travers le Conseil interterritorial du Système national de santé, mais la planification des centres de santé, le recrutement des professionnels et les modalités d'organisation relèvent du niveau régional. Cette décentralisation se traduit par des différences d'organisation et de ressources entre territoires, même si le cadre général reste national.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

En France, le pilotage des soins primaires repose sur un cadre national, à travers l'Assurance maladie, les conventions nationales et le rôle de l'État dans la définition des politiques de santé. Toutefois, contrairement aux systèmes publics intégrés comme celui du Royaume-Uni, la mise en œuvre repose largement sur des professionnels libéraux et sur des mécanismes conventionnels négociés, ce qui limite le degré d'intégration du système. À la différence des modèles fortement décentralisés comme l'Espagne, l'Italie ou la Suède, la régulation française demeure relativement centralisée, même si des formes de territorialisation se développent (agences régionales de santé, dispositifs de coordination locale comme les communautés professionnelles territoriales de santé). Elle se distingue également des systèmes assurantiels régulés comme les Pays-Bas ou l'Allemagne, où les assureurs ou les organisations professionnelles jouent un rôle plus structurant dans l'organisation de l'offre.

Existence, rôle et caractère obligatoire du médecin traitant

Au Royaume-Uni, depuis 2004, le concept juridique n'est pas celui d'un « médecin traitant » individuel, mais celui d'une inscription auprès d'un cabinet de médecine générale (*General Practitioner Practice*). En pratique, l'inscription n'est pas légalement obligatoire, mais elle est de fait indispensable : sans inscription, un patient ne peut pas accéder aux traitements hospitaliers non urgents du NHS, obtenir des ordonnances ou être orienté vers un spécialiste. Le *General Practitioner* (GP) joue donc un rôle de *gatekeeper* strict. Confronté à une problématique de continuité des soins, une obligation a été réintroduite en 2015 : chaque patient doit avoir un « *Named Accountable GP* » (médecin responsable désigné). En pratique, les patients consultent n'importe quel médecin ou clinicien disponible au sein de l'équipe. En raison de la pénurie de personnel, les patients voient souvent des médecins différents (remplaçants ou associés) plutôt que le même praticien à chaque fois. Le mode de désignation est géographique. Les patients doivent choisir un cabinet situé dans leur « zone de couverture » (*catchment area*). Le cabinet doit généralement les accepter, sauf si sa liste de patients est officiellement fermée pour manque de capacité.

En Espagne, le système national de santé (SNS) s'appuie sur un premier recours public, fortement décentralisé au niveau régional, et décrit comme pierre angulaire du parcours de soins. Les réformes récentes mettent explicitement l'accent sur le renforcement des soins primaires. Dans ce cadre, le « médecin de famille » assume un rôle de coordination et d'orientation, même si la comparaison doit tenir compte des variations régionales et de la coexistence d'offres privées. Le décret 1575/1993 portant réglementation du libre choix du médecin dans les services de soins primaires établit que les usagers ont le droit de choisir le médecin généraliste ou le pédiatre au sein de leur zone de santé correspondante. À la différence de la France, le système espagnol s'apparente à un droit opposable : l'affectation à un médecin généraliste constitue une obligation pour le système de santé, et non une simple démarche reposant sur l'initiative du patient. En Espagne, le patient ne peut consulter que le médecin généraliste qui lui a été attribué (ou qu'il a choisi). L'accès au second niveau de soins est conditionné à une orientation du médecin traitant, sans accès direct aux spécialistes dans le secteur public, ce qui conduit, en pratique, de nombreux patients à recourir aux urgences hospitalières pour contourner les délais d'attente des spécialistes.

En Allemagne, le système de soins ambulatoires repose historiquement sur la liberté d'accès aux spécialistes. Il n'existe pas de *gatekeeping* obligatoire : les patients peuvent consulter directement un spécialiste sans orientation préalable. Le rôle du médecin généraliste comme médecin traitant n'est donc pas structurant au niveau national. Toutefois, plusieurs dispositifs contractuels ont été développés pour renforcer sa place dans le parcours de soins (programmes volontaires type *Hausarztmodell*). Le patient qui s'engage à toujours consulter d'abord son médecin généraliste peut bénéficier de certains avantages (réductions de cotisations, délais de rendez-vous garantis, etc.). Ces dispositifs sont incitatifs mais optionnels, et peinent à changer les habitudes tant le libre accès est ancré. L'Allemagne reste donc un des rares pays où le *gatekeeping* n'est pas la norme, d'où un taux élevé de recours direct aux spécialistes.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

La France occupe une position intermédiaire entre les systèmes de *gatekeeping* strict et les modèles de libre accès aux spécialistes. Depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés en 2004, le médecin traitant exerce une fonction reconnue d'orientation, de suivi et de coordination, mais sans que l'inscription soit juridiquement obligatoire au même degré qu'en Italie. Le dispositif français repose davantage sur une logique incitative que coercitive : l'assuré conserve la possibilité de consulter hors parcours, mais avec une moindre prise en charge financière. La France se distingue ainsi des pays à *gatekeeping* fort, où l'accès au spécialiste est presque toujours conditionné par un passage préalable par le médecin généraliste, mais elle est plus structurée que l'Allemagne ou la Belgique, où le rattachement à un médecin référent demeure essentiellement facultatif ou contractuel. Elle se rapproche ainsi d'un modèle mixte, dans lequel le médecin traitant est le pivot du parcours du soins, sans pour autant constituer une obligation absolue d'accès au système.

Couverture de la population par un médecin de référence

En Espagne, 100 % des patients du SNS sont pris en charge par un médecin généraliste. Dans les grands centres urbains et dans de nombreux centres de santé ruraux, des pédiatres prennent en charge des enfants jusqu'à l'âge de 14 ans. Cette couverture universelle masque toutefois des difficultés structurelles persistantes. Le manque de ressources médicales au sein du SNS se traduit par un allongement des délais d'accès aux soins primaires. Selon le *Barómetro Sanitario* 2025 du ministère de la Santé[250], le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille s'établit à 9,15 jours au niveau national, avec des disparités territoriales marquées, la Catalogne (10,59 jours) et l'Andalousie (11,16 jours) affichant des délais supérieurs à cette moyenne.

Au Royaume-Uni, près de 100 % de la population résidente est inscrite auprès d'un GP. Si la quasi-totalité de la population est enregistrée auprès d'un cabinet de médecine générale, les patients ne disposent pas pour autant d'un médecin attitré au sein de la structure. Ainsi, seulement 72 % des personnes âgées de plus de 65 ans déclaraient en 2024 être suivies par le même médecin généraliste[251].L'accès aux soins primaires peut être contraint par des délais d'attente. En Angleterre, selon les données de NHS Digital, 43,9 % des consultations de médecine générale ont lieu le jour même de la prise de rendez-vous et plus de la moitié (51,5 %) interviennent dans un délai de 48 heures. À l'inverse, 17,5 % des rendez-vous ont lieu plus de deux semaines après la prise de rendez-vous, ce qui témoigne de tensions persistantes sur l'accès aux soins de premier recours malgré une couverture quasi universelle[252].

En Allemagne où l'organisation des soins autour d'un médecin généraliste attitré est possible mais reste facultative, on compte environ 10 000 assurés, soit 12 % de la population allemande, ayant choisi d'adhérer à ce système (auprès de 16 000 médecins généralistes de ville soit 18 % d'entre eux).

[250] Ministère de la santé (Espagne), *Barómetro Sanitario* 2025.
[251] *Commonwealth Fund*. *International Health Policy Survey of Older Adults*. 2024.
[252] NHS Digital. *Appointments in General Practice*. Mai 2023.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

Avec un taux de couverture de 88,5 % de la population adulte par un médecin traitant, la France se situe dans une position relativement élevée au regard des comparaisons internationales, sans atteindre toutefois les niveaux observés dans les systèmes où l'inscription est automatique ou quasi universelle, comme en Espagne, en Italie ou en Angleterre. Ce niveau de couverture est d'autant plus élevé que, comme en Allemagne ou en Belgique, le rattachement à un médecin de référence ne relève pas en France d'une obligation absolue d'accès au système, mais d'un dispositif principalement incitatif. La France se distingue ainsi nettement de l'Allemagne, où l'adhésion à un modèle centré sur le médecin généraliste demeure minoritaire, de l'ordre de 12 % de la population.

Modes d'exercice des médecins et regroupements

La comparaison des modes d'exercice suppose de distinguer le statut (salarié, indépendant/contractuel, mixte), l'unité d'exercice (cabinet individuel, groupe, centre public), et les effectifs (têtes, équivalents temps plein), ces derniers étant sensibles aux définitions nationales.

En Allemagne, la pratique ambulatoire s'inscrit dans une gouvernance décentralisée et corporatiste. L'offre de ville repose largement sur des professionnels exerçant de manière indépendante, dans un contexte de libre choix des patients. Sur 428 500 médecins (généralistes et spécialistes), 168 300 exercent en médecine de ville ; parmi eux 108 200 libéraux et 60 100 salariés[253]. L'organisation reste marquée par la pratique individuelle, même si les formes regroupées progressent, notamment les cabinets médicaux de groupe (*Berufsausübungsgemeinschaften*, BAG) et les centres médicaux pluridisciplinaires (*Medizinische Versorgungszentren*, MVZ). En 2021, environ 54 % des généralistes exerceraient encore seuls. Les structures d'exercice individuel restent donc la forme la plus répandue d'exercice, bien qu'elles soient en diminution par rapport aux structures d'exercice collectif.

Au Royaume-Uni, la *general practice* est décrite comme « *mainly private* » dans son statut juridique, mais intégralement tournée vers des prestations pour le NHS. La majorité des GP exercent comme contractants indépendants (*partners*), aux côtés d'une part croissante de médecins salariés ou remplaçants. L'exercice individuel est devenu marginal : les practices regroupent en moyenne 4 à 10 médecins. Les GP ne représentent qu'environ un quart des effectifs d'un *practice*, où interviennent en première ligne d'autres professionnels de santé tels que les infirmiers.

En Espagne, tous les médecins généralistes qui travaillent pour le SNS sont salariés. En soins de premiers recours, ils sont 44 000, auxquels s'ajoutent 96 000 médecins hospitaliers, 4 000 médecins en services d'urgence et 33 000 médecins en formation. Parallèlement au SNS, il existe un système de santé privé avec des compagnies d'assurance (Sanitas, Adeslas, Asisa, etc.), dont le mode de fonctionnement est similaire : des centres de santé (généralistes, infirmerie, pédiatrie) et des hôpitaux et consultations spécialisées. Environ 30 % de la population espagnole bénéficie d'une assurance de santé privée (ce qui n'exclut pas l'accès au SNS). Les professionnels de premier recours travaillent de manière générale en équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier, kinésithérapeute, pédiatre), avec la règle pratique « un infirmier assigné par médecin ».

[253] Selon la chambre fédérale des médecins.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

La France se caractérise par un modèle historiquement dominé par l'exercice libéral individuel, mais engagé depuis plusieurs années dans une transition progressive vers des formes d'exercice regroupé et pluriprofessionnel. À la différence des pays nordiques, de l'Espagne ou du Royaume-Uni, où l'organisation en structures collectives et le salariat constituent la norme, l'exercice en cabinet individuel demeure encore fréquent en France, même s'il recule (23 % des médecins généralistes en 2025 contre 29 % en 2015[254]). La France se distingue toutefois de pays comme l'Allemagne ou la Belgique, où la pratique individuelle reste dominante, en raison du développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé et des communautés territoriales de santé (CPTS). La France se rapproche ainsi d'un modèle intermédiaire, combinant exercice libéral et structuration croissante en équipes, avec également une progression de l'exercice salarié au sein des centres de santé (qui concerne presque 6 % des médecins généralistes en 2025, contre 2 % en 2015).

Activité du médecin de ville et charge de patientèle

En Allemagne, on compte un médecin généraliste pour 1 200 habitants. La rémunération d'un médecin est définie par une taille de patientèle prédéfinie par trimestre (*Fallzahl*). Au premier trimestre 2023, le nombre-cible de patients par médecin généraliste s'établissait à 881 patients. Selon l'Association fédérale des médecins conventionnées (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*), les médecins généralistes avaient en 2019 une file active moyenne de 863 patients par an. Les médecins généralistes dédient en moyenne 30 heures hebdomadaires aux consultations (y compris visites à domicile). Ils doivent légalement réserver 25 heures hebdomadaires au minimum aux consultations avec les patients de l'assurance maladie légale (par opposition à l'assurance maladie privée). Selon une enquête commandée en 2023 par le ministère fédéral de la santé auprès de 950 médecins généralistes, le temps de consultation moyen s'établissait à 10 minutes par patient. En moyenne, les généralistes reçoivent 52 patients par jour.

En Espagne, la taille moyenne de la liste active dépend du milieu urbain ou rural. Dans les centres de santé urbains, la liste des patients varie généralement entre 1 200 et 1 500 patients, tandis que dans les centres ruraux, elle comprend généralement entre 500 et 800 patients, en fonction de la dispersion géographique de la population. Dans les zones urbaines, un médecin traitant prend en charge en moyenne entre 35 et 40 patients par jour, tandis que son activité quotidienne se situe plutôt entre 20 et 30 patients dans les zones rurales. Ces chiffres incluent les consultations programmées, à la demande, urgentes et à domicile.

Au Royaume-Uni, la taille moyenne d'un *Practice* est d'environ 9 000 à 10 000 patients avec un nombre moyen de patients par GP (ETP) d'environ 2 200 à 2 300. Ce chiffre est en augmentation constante, causant une tension importante. Les *Practices* assurent plus de 385 millions de rendez-vous par an en Angleterre, un chiffre en hausse de 31 % depuis 2019. Le créneau standard de consultation est historiquement de 10 minutes, bien que la *British Medical Association* pousse pour une durée standard de 15 minutes. Un patient moyen voit son *Practice* environ 6 fois par an.

[254] Données de la base statistique de la DREES issue du Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) au 1er janvier de l'année considérée.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

En France, un médecin généraliste libéral suivait en moyenne environ 1 130 patients au titre de médecin traitant en 2024, contre 918 en 2016. L'activité des médecins traitants français se caractérise par un suivi relativement intensif de leur patientèle, avec en moyenne 4,3 contacts annuels par patient déclaré, contre 1,7 pour les patients non suivis au titre de médecin traitant, traduisant le rôle structurant du dispositif dans la continuité des soins. La forme de l'activité du médecin traitant français est largement dominée par la consultation (4 563 consultations en moyenne annuelle 2024 pour les médecins traitants). La France se distingue par une durée de consultation relativement élevée, estimée autour de 16 minutes en moyenne[255], ce qui la place parmi les pays où le temps médical par patient est le plus élevé.

Délégation de tâches en soins primaires

En Allemagne, la délégation des actes médicaux en soins ambulatoires est encadrée par un accord-cadre signé en 2013 entre les médecins conventionnés et les caisses d'assurance maladie, puis révisé en 2015. Cet accord exclut de la délégation les actes relevant strictement des compétences médicales, tels que le diagnostic, l'examen clinique invasif, les décisions thérapeutiques ou les interventions. En revanche, les autres actes peuvent être délégués sous la responsabilité du médecin, qui en conserve le contrôle. Il existe, en Allemagne, une longue tradition d'assistants de cabinets : les *Medizinische Fachangestellte* (MFA). En 2021, on en comptait environ 341 000 en activité dans les soins ambulatoires allemands[256]. Chaque médecin de famille travaille avec en moyenne 3 à 4 assistants dans son cabinet individuel. Ces MFA suivent une formation professionnelle de 3 ans post-bac. Leurs tâches vont des tâches administratives classiques à l'assistance médicale technique sous la délégation du médecin.

En Espagne, la loi 44/2003 d'organisation des professions sanitaires établit les compétences des différents professionnels de santé tels que les médecins et les infirmiers. Les compétences du médecin sont essentiellement le diagnostic, le traitement et la prescription de médicaments, tandis que celles des infirmiers sont la promotion, la prévention, les soins et l'administration de médicaments. La loi nationale ne prévoit actuellement pas de délégation ou de pratique avancée. Face à la pénurie de médecins, les communautés autonomes ont tendance à élargir le type d'actes pratiqués par les infirmiers, dans le cadre de protocole et en lien avec un médecin. Un projet de loi sur le médicament prévoit d'autoriser la prescription par les infirmiers et les kinésithérapeutes dans le champ de leurs compétences.

Au Royaume-Uni, dans le cadre des réseaux de soins primaires (*Primary Care Networks*, PCN), la prise en charge des patients repose sur une équipe pluriprofessionnelle structurée, où une part importante des activités cliniques, de suivi et de prévention est assurée par des infirmiers, des assistants médicaux et d'autres professionnels paramédicaux. Les assistants médicaux (*healthcare assistants*) interviennent quant à eux sur des actes techniques et standardisés, comme la prise de constantes, les prélèvements, les électrocardiogrammes ou certaines tâches administratives cliniques, ce qui permet de libérer du temps médical.

[255] Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, Holden J. *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries*. BMJ Open., novembre 2017 8;7(10):e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902. PMID: 29118053; PMCID: PMC5695512.

[256] Minery S., Or Z., *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*, IRDES, rapport n° 590, 2024.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

La France se caractérise par un développement encore relativement récent et progressif de la délégation de tâches en soins primaires. Contrairement aux pays nordiques ou au Royaume-Uni, où les infirmiers disposent de compétences étendues, incluant des capacités de prescription larges et un rôle central dans le tri et la prise en charge des soins primaires, la délégation en France est longtemps restée plus limitée et centrée sur le médecin. Les évolutions récentes traduisent une dynamique de rattrapage. Le déploiement des assistants médicaux depuis 2019 vise à alléger les tâches administratives et à augmenter la capacité de prise en charge médicale, mais il demeure nettement moins développé que dans des pays comme l'Allemagne. Le rôle croissant des pharmaciens, notamment en matière de vaccination et de renouvellement de traitements, participe également à cette transformation.

Rémunération des médecins

Il existe quatre principaux modes de rémunération des médecins :

- paiement à l'acte (dominant en France, Allemagne, Belgique, Suisse). L'avantage est d'inciter à faire des consultations avec le risque d'une difficile maitrise des couts ;
- salariat (Suède, Finlande, Portugal) : bonne maitrise des couts mais peu d'incitations à la productivité ;
- capitation (Royaume-Uni et Pays-Bas, mais aussi pour une part en Italie) : incitation à la prévention avec un risque de sous-soins ou de sélection de patients.
- paiement à la performance (programme *QOF Quality and Outcomes* au Royaume-Uni ; *Practice Incentives Program* en Australie) : difficulté à définir les bons indicateurs.

La tendance mondiale est à la combinaison des modes.

Au Royaume-Uni, la rémunération des cabinets repose principalement sur un modèle mixte : environ 60 % proviennent de la capitation (calculée selon le nombre de patients inscrits, ajustée pour l'âge, le sexe, la morbidité et d'autres facteurs locaux), environ 15 % correspondent à des paiements à l'acte pour des services additionnels (vaccinations, suivi spécifique), et près de 10 % prennent la forme de primes liées à la performance, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et la qualité des soins.

En Allemagne, les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinet libéral conventionné avec l'assurance maladie légale. Leur rémunération repose principalement sur un paiement à l'acte encadré par un dispositif tarifaire national négocié entre les caisses d'assurance maladie et les associations régionales de médecins conventionnés (*Kassenärztliche Vereinigungen*), qui jouent un rôle d'intermédiaire financier. Le paiement à la performance reste peu développé.

Situation de la France au regard des comparaisons internationales

La France se distingue par un mode de rémunération encore largement dominé par le paiement à l'acte, davantage que dans les autres pays d'Europe où les modèles mixtes occupent désormais une place plus importante.

À la différence du Royaume-Uni, des Pays-Bas ou de l'Italie, où la capitation constitue une composante centrale du financement des soins primaires, la France conserve donc un modèle plus proche de l'Allemagne ou de la Belgique, même si elle a engagé une diversification progressive de ses modes de rémunération. Cette évolution reste toutefois encore peu incitative pour favoriser pleinement la prévention, le suivi au long cours, la prise en charge des patients complexes ou le travail en équipe.

En revanche, la France se distingue par le développement rapide de rémunérations collectives au sein des structures d'exercice coordonné, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les centres de santé.

Annexe n° 3 : démographie des médecins généralistes

La présente annexe vise à dresser un état des lieux de la démographie des médecins généralistes en France. Elle s'intéresse en particulier au nombre de médecins généralistes en activité, ainsi qu'aux transformations de leurs modes et structures d'exercice.

L'analyse porte sur les modes d'exercice des médecins généralistes (salarié, libéral exclusif ou exercice mixte), leur répartition selon l'âge et le genre, ainsi que sur les structures dans lesquelles ils exercent (cabinet individuel, cabinet de groupe, centres de santé, hôpitaux ou établissements médico-sociaux). Une attention particulière est également portée à la place des médecins remplaçants, ainsi qu'aux évolutions des effectifs sur la période récente, en particulier entre 2015, 2020 et 2025.

Cette étude permet de mettre en perspective les transformations de l'exercice de la médecine générale et les évolutions de l'offre de soins de premier recours, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population médicale et l'évolution des modes d'exercice.

Données et méthodes

Les analyses reposent sur la base statistique de référence pour les travaux sur la démographie des professionnels de santé produite annuellement par la DREES au 1er janvier. Celle-ci s'appuie sur les déclarations des professionnels dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Le RPPS est un registre administratif recensant l'ensemble des médecins et autres professionnels de santé autorisés à exercer en France, ainsi que leurs principales caractéristiques, notamment leur spécialité, leur âge, leur genre, leur localisation, leur mode d'exercice et leur structure d'activité. Le répertoire est alimenté et mis à jour par les autorités d'enregistrement compétentes, notamment les ordres professionnels, les agences régionales de santé (ARS), le service de santé des armées, ainsi que d'autres employeurs. Les professionnels y sont enregistrés automatiquement lors de leur inscription auprès de ces autorités ou à l'issue d'une validation institutionnelle.

Le recours à cette base statistique de la DREES pour caractériser les médecins généralistes se justifie par plusieurs avantages de cette base de données au regard des autres sources disponibles sur la démographie médicale. Il s'agit en effet d'une source administrative récente et actualisée annuellement (ici exploitée en situation au 1er janvier 2025), offrant une couverture exhaustive de l'ensemble des professionnels exerçant en France. Contrairement à d'autres sources, cette base fournit notamment des informations sur les modes d'exercice et les structures d'activité des médecins. À ce titre, elle constitue la source principale mobilisée pour l'analyse globale de l'évolution de la démographie des médecins généralistes dans cette étude.

Cette base demeure cependant complémentaire d'autres sources, utilisées pour éclairer des dimensions spécifiques que le répertoire ne permet pas d'appréhender pleinement. C'est notamment le cas de l'Atlas de la démographie médicale du Conseil nationale de l'Ordre des médecins (CNOM), qui distingue l'activité régulière de l'activité intermittente des médecins, et qui apporte des informations sur les médecins retraités poursuivant une activité dans le cadre d'un cumul emploi-retraite. Le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la Drees apporte également un éclairage complémentaire, en fournissant des informations détaillées sur les pratiques professionnelles des médecins généralistes, bien que son champ soit restreint aux médecins généralistes libéraux ayant au moins 200 patients inscrits médecin traitant, et que la dernière année d'analyse disponible soit 2022.

Parce que les données déclarées disponibles dans le RPPS ne permettent pas d'identifier avec précision l'intensité ou la régularité de l'activité médicale d'un médecin, elles tendent à fournir une estimation haute de l'offre médicale effectivement disponible.

Dans cette annexe, l'analyse porte sur les médecins en activité inscrits au RPPS au 1er janvier de l'année considérée. La dernière année disponible est celle au 1er janvier 2025.

Résultats

Effectifs de médecins et place de la médecine générale

Le nombre total de médecins en activité en France, toutes spécialités confondues, a progressé de manière continue au cours de la dernière décennie : il est passé de 221 001 en 2015 à 237 214 en 2025 (+ 7 %).

Alors même que le nombre total de médecins n'a fait que progresser, les effectifs de médecins généralistes ont légèrement diminué au cours des dix dernières années (- 2 %), avec 101 919 médecins en 2015, 101 340 en 2020 et 100 005 en 2025.

La place de la médecine générale au sein de la démographie médicale tend ainsi à diminuer progressivement. Les médecins généralistes représentaient 46 % de l'ensemble des médecins en 2015. Leur part est passée à 45 % en 2020, puis à 42 % en 2025. Cette évolution traduit une réduction progressive du poids relatif de la médecine générale dans l'ensemble de la profession médicale, liée à la croissance plus rapide des autres spécialités.

Tableau n° 2 : évolution du nombre de médecins et de la part des médecins généralistes (2015-2025)

	2015	2020	2025
Nombre total de médecins (toutes spécialités)	221 001	227 298	237 214
Nombre de médecins généralistes	101 919	101 340	100 005
Part des médecins généralistes	46,1 %	44,6 %	42,2 %

Champ : médecins inscrits au RPPS, toutes spécialités confondues, France entière.
Source : DREES, base statistique issue du RPPS, situation au 1er janvier 2015, 2020 et 2025

La démographie des médecins généralistes se caractérise par des évolutions importantes de la structure par âge et par genre de la profession.

La féminisation de la médecine générale s'est poursuivie de manière continue au cours de la dernière décennie. Le nombre de femmes médecins généralistes est passé de 44 293 en 2015 à 52 452 en 2025 (+ 18 %). Dans le même temps, leur part dans l'ensemble des médecins généralistes est passée de 44 % en 2015 à 48 % en 2020, pour atteindre 52 % en 2025. Les femmes représentent ainsi désormais la majorité des médecins généralistes en activité.

Parallèlement, la structure par âge de la profession évolue progressivement. L'âge moyen des médecins généralistes diminue légèrement, passant de 52 ans en 2015 à 50 ans en 2025. Cette évolution s'explique notamment par l'arrivée de nombreux jeunes médecins dans la profession.

Le nombre de médecins généralistes âgés de moins de 40 ans a ainsi fortement augmenté, passant de 18 029 en 2015 à 30 327 en 2025 (+ 68 %). Leur part dans l'ensemble des médecins généralistes progresse de 18 % à 30 % sur la période.

Dans le même temps, la profession demeure marquée par la présence d'une part importante de médecins plus âgés. En 2025, 32 295 médecins généralistes ont 60 ans ou plus, soit 32 % de l'ensemble des généralistes, contre 27 % en 2015.

Ces évolutions traduisent ainsi une recomposition progressive de la démographie des médecins généralistes, marquée à la fois par une féminisation rapide de la profession et par le renouvellement générationnel en cours, même si une part importante de médecins demeure proche de l'âge de départ à la retraite.

Modes d'exercice des médecins généralistes

Les modes d'exercice des médecins généralistes ont connu des évolutions importantes au cours de la dernière décennie, marquées notamment par une baisse de l'exercice libéral au profit du salariat et de l'exercice mixte.

L'exercice libéral exclusif demeure le mode d'exercice majoritaire, mais sa part tend à diminuer. En 2015, 61 % des médecins généralistes exerçaient exclusivement en libéral. Cette proportion a reculé progressivement pour atteindre 56 % en 2025. En effectifs, le nombre de généralistes exerçant exclusivement en libéral passe ainsi de 61 795 en 2015 à 55 840 en 2025 (- 10 %).

À l'inverse, l'exercice salarié progresse légèrement sur la période. En 2025, 34 471 médecins généralistes exercent en tant que salariés, soit 35 % de l'ensemble des généralistes, contre 33 % en 2015. Parmi eux, environ la moitié exerce exclusivement à l'hôpital, avec 16 884 médecins en 2025, soit 17 % des médecins généralistes. Les médecins salariés exerçant hors hôpital représentent quant à eux 16 % des généralistes.

L'exercice mixte, combinant activité libérale et activité salariée, connaît la progression la plus marquée. Le nombre de médecins généralistes concernés passe de 6 715 en 2015 à 9 694 en 2025, soit une augmentation de 44 % sur la période. Leur part dans l'ensemble des généralistes progresse ainsi de 7 % à 10 %.

Tableau n° 3 : répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice (2015-2025)

Mode d'exercice	2015	2020	2025
Libéraux exclusifs	61 795	58 492	55 840
En proportion	60,6 %	57,7 %	55,8 %
Salariés	33 409	34 707	34 471
En proportion	32,8 %	34,2 %	34,5 %
Dont salariés hospitaliers exclusifs	16 911	17 799	16 884
En proportion	16,6 %	17,6 %	16,9 %
Dont salariés non hospitaliers exclusifs	15 465	15 539	15 924
En proportion	15,2 %	15,3 %	15,9 %
Dont salariés non exclusifs	1 033	1 369	1 663
En proportion	1,0 %	1,4 %	1,7 %
Exercice mixte	6 715	8 141	9 694
En proportion	6,6 %	8,0 %	9,7 %

Note de lecture : en 2015, 61 795 médecins généralistes exerçaient exclusivement en libéral, soit 60,6 % de l'ensemble des médecins généralistes.
Champ : médecins généralistes inscrits au RPPS. France entière.
Source : DREES, base statistique issue du RPPS, situation au 1er janvier 2015, 2020 et 2025

Les modes d'exercice diffèrent sensiblement selon le genre des médecins généralistes. Les femmes sont plus fréquemment salariées : en 2025, 51 % des médecins généralistes femmes exercent sous statut salarié, contre 39 % des hommes.

À l'inverse, les hommes exercent plus souvent en libéral exclusif. Près de 47 % des médecins généralistes hommes exercent exclusivement en libéral, contre 38 % des femmes.

Les femmes sont également moins nombreuses à exercer en mode mixte, qui concerne 11 % des femmes contre 14 % des hommes.

Tableau n° 4 : répartition des modes d'exercice des médecins généralistes selon leur genre (2025)

Mode d'exercice	Hommes	Femmes	Part parmi les hommes	Part parmi les femmes
Libéraux exclusifs	55 645	45 085	47,1 %	37,9 %
Salariés	45 980	60 708	38,9 %	51,0 %
Exercice mixte	16 612	13 139	14,0 %	11,0 %

Note de lecture : 47,1 % des médecins généralistes hommes exercent exclusivement en libéral.
Champ : médecins généralistes inscrits au RPPS. France entière.
Source : DREES, base statistique issue du RPPS, situation au 1er janvier 2025

Une part non négligeable des médecins généralistes exerce sous le statut de médecin remplaçant. En 2025, 9 798 médecins généralistes remplaçants sont recensés dans la base statistique issue du RPPS, soit 9,8 % de l'ensemble des médecins généralistes. Leur nombre a fortement progressé au cours de la dernière décennie : ils étaient 7 060 en 2015, soit une augmentation de près de 40 % en dix ans.

Les remplaçants présentent un profil démographique spécifique, marqué par une forte présence des jeunes médecins : 60 % d'entre eux ont moins de 40 ans, alors que cette tranche d'âge ne représente qu'environ 30 % de l'ensemble des médecins généralistes. Les femmes sont également surreprésentées parmi les remplaçants. Elles représentent 57 % des remplaçants, contre 52 % dans l'ensemble des médecins généralistes.

Structures d'activité des médecins généralistes

Tableau n° 5 : répartition des médecins généralistes selon leur structure d'activité (2015-2025)

Structures d'activité	2015	2020	2025
Cabinets individuel	29 975	26 228	23 038
En proportion	29,4 %	25,9 %	23,0 %
Cabinets de groupe	31 423	32 204	33 174
En proportion	30,8 %	31,8 %	33,2 %
Centres de santé	2 061	2 792	5 533
En proportion	2,0 %	2,8 %	5,5 %
Hôpitaux et établissements médico-sociaux	29 905	32 169	32 444
En proportion	29,3 %	31,7 %	32,4 %
Autres	8 555	7 947	5 831
En proportion	8,4 %	7,8 %	5,8 %

Note : on distingue ici les cabinets de groupe, correspondant à un exercice libéral, des centres de santé, relevant d'un exercice salarié. La catégorie « Autres » regroupe les médecins généralistes dont la structure d'activité est inclassable ; il s'agit en grande majorité de médecins remplaçants, ne disposant pas de structure d'exercice fixe.
Note de lecture : en 2015, 31 423 médecins généralistes exerçaient en cabinet de groupe (mode d'exercice libéral, hors centre de santé) soit 30,8 % de l'ensemble des médecins généralistes.
Champ : médecins généralistes inscrits au RPPS. France entière.
Source : DREES, base statistique issue du RPPS, situation au 1er janvier 2015, 2020 et 2025

En 2025, l'exercice de la médecine générale se caractérise par une forte présence des structures collectives.

Les cabinets de groupe constituent la première structure d'exercice des médecins généralistes. Ils regroupent 33 174 médecins, soit 33 % de l'ensemble des généralistes. Les hôpitaux et établissements médico-sociaux représentent également une part importante de l'activité, avec 32 444 médecins, soit 32 % des généralistes. Les femmes y sont surreprésentées : elles représentent 56 % des médecins généralistes exerçant dans ces structures.

Les centres de santé, bien que restant minoritaires, rassemblent 5 533 médecins, soit 6 % des généralistes. Les femmes y sont également surreprésentées (57 % des médecins généralistes exerçant dans ces structures). Les centres de santé accueillent par ailleurs une population médicale plus jeune. Près de 40 % des médecins généralistes y exerçant ont moins de 40 ans, contre environ 30 % dans l'ensemble des médecins généralistes.

Les cabinets individuels représentent désormais une part plus limitée de l'exercice, avec 23 038 médecins, soit 23 % des généralistes. Les femmes y sont au contraire sous-représentées, puisqu'elles ne représentent que 43 % des médecins exerçant dans ce type de structure. Les médecins y sont également plus âgés que dans les autres formes d'exercice. L'âge moyen y atteint 54 ans, contre 49 ans dans les cabinets de groupe.

Ainsi, en 2025, plus des deux tiers des médecins généralistes exercent dans des structures collectives ou institutionnelles, tandis que l'exercice isolé en cabinet individuel représente désormais moins d'un quart des situations.

L'évolution observée depuis 2015 confirme une recomposition progressive des structures d'activité de la médecine générale.

Le recul le plus marqué concerne l'exercice en cabinet individuel. Le nombre de médecins généralistes exerçant seuls est passé de 29 975 en 2015 à 23 038 en 2025, soit une diminution d'environ 7 000 médecins en dix ans (- 23 %). Leur part dans l'ensemble des généralistes recule ainsi de 29 % à 23 %.

À l'inverse, les cabinets de groupe se développent progressivement. Leur part dans l'ensemble des généralistes passe de 31 % en 2015 à 33 % en 2025, confirmant l'attractivité croissante de l'exercice collectif.

La progression la plus remarquable concerne les centres de santé. Le nombre de médecins généralistes y exerçant a plus que doublé en dix ans : il est passé de 2 061 en 2015 à 5 533 en 2025. Leur part dans l'ensemble des généralistes passe ainsi de 2 % à 6 %.

La part des médecins généralistes exerçant dans les hôpitaux et établissements médico-sociaux augmente également légèrement, passant de 29 % en 2015 à 32 % en 2025.

Dans l'ensemble, ces évolutions traduisent une transformation progressive de l'organisation de la médecine générale, marquée par le recul de l'exercice individuel exclusif et le développement des formes d'exercice collectives. Elles s'accompagnent également d'une progression des formes d'exercice salarié ainsi que des situations d'exercice mixte, combinant activité libérale et salariée. Si ces différentes dimensions ne peuvent être appréhendées de manière croisée à partir des seules données de la base statistique issue du RPPS, elles contribuent néanmoins à affiner la lecture des recompositions en cours, en suggérant une diversification croissante des trajectoires et des modes d'exercice des médecins généralistes.

Annexe n° 4 : évolution et structure des honoraires des médecins généralistes libéraux

La présente annexe vise à décrire l'évolution de la structure des honoraires des médecins généralistes libéraux entre 2015 et 2024. Elle s'attache en particulier à détailler ces honoraires selon leurs principales composantes : actes, rémunérations forfaitaires, dépassements et autres éléments de rémunération.

L'analyse porte également sur l'évolution du poids relatif de ces différentes catégories d'honoraires, afin de mettre en évidence les transformations progressives du modèle de rémunération de la médecine générale libérale, notamment la part croissante des rémunérations forfaitaires.

Données et méthodes

Les données mobilisées dans cette étude proviennent du portail open data de l'Assurance maladie, disponible sur la plate-forme data.ameli.fr, dans la section dédiée aux professionnels de santé libéraux.

Les informations diffusées sur cette plate-forme, concernant les honoraires des médecins, sont issues du Système national des données de santé (SNDS). Plus précisément, les données proviennent de la base « Assurance maladie offre de soins » (AMOS, restitution réglementaire inter-régimes).

Les données portent sur les médecins généralistes libéraux (médecins à exercice particulier inclus) actifs au 31 décembre de l'année considérée, en France métropolitaine et dans les Drom, ayant perçu au moins 1 euro d'honoraires sur l'année, qu'ils soient conventionnés ou non conventionnés (dès lors qu'ils génèrent une prescription remboursée).

Les montants d'honoraires sont observés sur la période du 1er janvier au 31 décembre de chaque année. Il correspond à la somme des rémunérations perçues par les médecins généralistes libéraux incluant les actes médicaux, les rémunérations forfaitaires et aides conventionnelles, les indemnités de déplacement et les dépassements. Ces montants correspondent à l'ensemble des honoraires facturés, qu'ils soient pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, par une assurance complémentaire ou qu'ils restent à la charge du patient.

Les honoraires des médecins généralistes sont à distinguer de leurs revenus, ces derniers étant calculés après déduction des charges professionnelles (cotisations sociales, frais de fonctionnement, loyers, matériel, etc.).

Les honoraires sont présentés dans cette annexe en montants agrégés, correspondant à la somme des honoraires perçus par l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

Les honoraires sont organisés selon une hiérarchie à trois niveaux :

- niveau 1 : grandes catégories (actes, rémunérations forfaitaires, indemnités de déplacement, autres et dépassements) ;
- niveau 2 : sous-catégories (actes cliniques, actes techniques, forfaits, ROSP, etc.) ;
- niveau 3 : sous-sous-catégories détaillant les actes (consultations, visites, téléconsultations, imagerie, chirurgie, etc.).

Tableau n° 6 : décomposition de la structure des honoraires des médecins généralistes

Ensemble des honoraires	**Actes**	Actes cliniques	Consultations
			Téléconsultations
			Visites
			Autres actes cliniques
			Majoration de l'activité clinique
		Actes techniques	Autres actes techniques
			Actes techniques médicaux
			Actes de chirurgie
			Actes d'échographie
			Actes d'imagerie (hors échographie)
		Activité payée forfaitairement	
	Rémunérations forfaitaires	Forfait médecin traitant	
		ROSP	
		Forfait structure	
		Autres forfaits	
	Indemnités de déplacement		
	Autres types d'honoraires		
	Dépassements		

Note : les autres types d'honoraires comprennent notamment ceux perçus dans le cadre de cures thermales, d'actes non remboursables ou d'actes réalisés par des auxiliaires de santé salariés.
Source : Assurance maladie, à travers data.ameli.fr

Résultats

Évolution du niveau et de la structure des honoraires des médecins généralistes

Sur la période 2015-2024, le montant total des honoraires des médecins généralistes libéraux progresse de manière modérée mais continue, passant de 9,17 Md€ en 2015 à 10,06 Md€ en 2024, soit une hausse de + 9,7 % (tableau n° 5).

Tableau n° 7 : montants totaux annuels des honoraires des médecins généralistes par grandes catégories (en euros)

Année	Ensemble des honoraires	Actes	Rémunérations forfaitaires	Indemnités de déplacement	Dépassements	Autres types d'honoraires[257]
2015	9 165 629 889	7 491 131 859	1 055 754 691	288 133 757	284 095 999	46 513 583
2019	9 585 716 687	7 717 832 241	1 391 604 294	220 245 738	207 203 638	48 830 775
2022	9 638 751 820	7 684 098 006	1 583 926 916	173 348 377	158 044 946	39 333 574
2023	9 566 232 982	7 534 623 136	1 668 577 365	156 022 713	168 159 926	38 849 843
2024	10 059 111 516	7 853 240 130	1 837 466 429	141 201 491	187 524 570	39 678 896

Champ : médecins généralistes libéraux, actifs au 31 décembre de l'année, ayant perçu au moins 1 € d'honoraires sur l'année, France métropolitaine et DROM, 2015-2024.
Source : Assurance maladie, base Data Professionnels de Santé

Les actes constituent, sur l'ensemble de la période, la principale source de revenus des médecins généralistes. En 2015, ils représentent 81,7 % des honoraires totaux. Leur part diminue progressivement pour atteindre 78,1 % en 2024 (tableau 6). En élargissant le périmètre aux autres formes de rémunération liées à l'activité, telles que les dépassements, les indemnités de déplacement et certains honoraires hors forfait (notamment ceux perçus dans le cadre de cures thermales, d'actes non remboursables ou d'actes réalisés par des auxiliaires de santé salariés), la part de la rémunération liée aux actes passe de 88,5 % à 81,7 %. Malgré ce recul, le modèle de rémunération des médecins français demeure largement fondé sur le paiement à l'acte.

Parallèlement, les rémunérations forfaitaires connaissent une progression marquée. Leur part dans les honoraires totaux passe de 11,5 % en 2015 à 18,3 % en 2024, soit une hausse de près de sept points sur la période. En montant moyen, elles augmentent de 18 147 € à 34 992 € par an et par médecin.

La période est donc marquée par une transformation progressive de la structure des honoraires, caractérisée par une montée en puissance des rémunérations forfaitaires. Néanmoins, cette évolution ne remet pas en cause la centralité du paiement à l'acte, qui continue de représenter plus de trois quarts des recettes des médecins généralistes libéraux, et atteint 81,7 % lorsque sont également prises en compte les indemnités de déplacement, les dépassements et les autres types d'honoraires.

[257] Ce poste comprend notamment les honoraires perçus dans le cadre de cures thermales (surveillance médicale), certains actes non remboursables et, pour les médecins, les actes de professionnels auxiliaires de santé salariés (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthoptistes, etc.).

Tableau n° 8 : évolution de la répartition des honoraires des médecins généralistes par grandes catégories

Année	Ensemble des honoraires	Actes	Rémunérations forfaitaires	Indemnités de déplacement	Dépassements	Autres types d'honoraires
2015	100 %	81,7 %	11,5 %	3,1 %	3,1 %	0,5 %
2019	100 %	80,5 %	14,5 %	2,3 %	2,2 %	0,5 %
2022	100 %	79,7 %	16,4 %	1,8 %	1,6 %	0,4 %
2023	100 %	78,8 %	17,4 %	1,6 %	1,8 %	0,4 %
2024	100 %	78,1 %	18,3 %	1,4 %	1,9 %	0,4 %

Champ : médecins généralistes libéraux, actifs au 31 décembre de l'année, ayant perçu au moins 1 € d'honoraires sur l'année, France métropolitaine et DROM, 2015-2024. Source : Assurance maladie, base Data Professionnels de Santé

Honoraires liés aux actes

Les honoraires liés aux actes regroupent les actes cliniques, les actes techniques ainsi que certaines activités rémunérées de manière forfaitaire (par exemple, les forfaits IVG en ville, les forfaits et suppléments forfaitaires liés à l'activité des services d'urgence ou les forfaits mensuels de télésurveillance médicale).

Sur l'ensemble de la période, les actes constituent la principale composante des honoraires des médecins généralistes libéraux. En 2024, ils représentent 78,1 % des honoraires totaux (tableau n°6). Au sein de cet ensemble, les actes cliniques occupent une place majoritaire, avec 71,2 % des honoraires, tandis que les actes techniques demeurent marginaux (5,7 %) et que les activités payées forfaitairement représentent une part résiduelle (1,2 %).

L'analyse détaillée des actes cliniques met en évidence le rôle central des consultations dans la formation des honoraires. En 2024, celles-ci représentent 61,7 % du montant total des honoraires, soit plus de 6,2 Md€ (tableaux n° 7 et 8). Les consultations constituent ainsi, de loin, le principal poste de recettes des médecins généralistes libéraux.

Les visites à domicile, historiquement importantes, voient leur poids diminuer de manière continue sur la période. Leur part passe de 6,8 % des honoraires totaux en 2015 à 4,4 % en 2024 (tableau 8).

Absentes avant 2020, les téléconsultations connaissent un développement rapide lors de la crise sanitaire, atteignant 3,8 % des honoraires totaux en 2020, avant de se stabiliser à un niveau nettement plus faible, autour de 1,5 % en 2024. Elles demeurent ainsi une composante minoritaire des honoraires des médecins généralistes.

Tableau n° 9 : évolution des montants totaux annuels des actes cliniques des médecins généralistes libéraux (en euros)

Année	Ensemble des honoraires	Actes cliniques	Consultations	Téléconsultations	Visites	Autres actes cliniques	Majorations de l'activité clinique[258]
2015	9 165 629 889	6 908 985 259	5 861 269 942	-	621 352 090	-	426 363 115
2019	9 585 716 687	7 105 817 520	6 250 111 643	2 086 403	527 538 551	5 455 189	320 625 735
2022	9 638 751 820	6 948 258 866	5 907 903 515	206 634 416	467 409 101	8 207 832	358 104 002
2023	9 566 232 982	6 854 125 293	5 896 248 204	148 627 656	456 485 759	10 461 074	342 302 599
2024	10 059 111 516	7 160 830 152	6 211 242 104	150 728 213	439 256 578	13 939 669	345 663 590

Champ : médecins généralistes libéraux, actifs au 31 décembre de l'année, ayant perçu au moins 1 € d'honoraires sur l'année, France métropolitaine et DROM, 2015-2024.
Source : Assurance maladie, base Data Professionnels de Santé

Tableau n° 10 : évolution de la répartition des actes cliniques dans les honoraires des médecins généralistes libéraux

Année	Ensemble des honoraires	Actes cliniques	Consultations	Téléconsultations	Visites	Autres actes cliniques	Majorations de l'activité clinique
2015	100 %	75,4 %	63,9 %	0,0 %	6,8 %	0,0 %	4,7 %
2019	100 %	74,1 %	65,2 %	0,0 %	5,5 %	0,1 %	3,3 %
2022	100 %	72,1 %	61,3 %	2,1 %	4,8 %	0,1 %	3,7 %
2023	100 %	71,6 %	61,6 %	1,6 %	4,8 %	0,1 %	3,6 %
2024	100 %	71,2 %	61,7 %	1,5 %	4,4 %	0,1 %	3,4 %

Champ : Médecins généralistes libéraux, actifs au 31 décembre de l'année, ayant perçu au moins 1 € d'honoraires sur l'année, France métropolitaine et DROM, 2015-2024.
Source : Assurance maladie, base Data Professionnels de Santé

Honoraires liés aux rémunérations forfaitaires

Les rémunérations forfaitaires regroupent plusieurs dispositifs visant à compléter et à diversifier la rémunération à l'acte, en introduisant des incitations liées au suivi des patients, à la qualité des pratiques et à l'organisation des soins. Elles se composent principalement :

- du forfait médecin traitant, qui correspond à une rémunération versée au médecin au titre du suivi de sa patientèle déclarée, calculée en fonction du nombre et des caractéristiques des patients suivis (âge, état de santé, situation de précarité, etc.) ;
- de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), supprimée à partir de 2026, qui est une rémunération complémentaire qui repose sur des indicateurs portant notamment sur le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience des prescriptions ;

[258] Les majorations de l'activité clinique correspondent à des compléments tarifaires appliqués à certains actes cliniques, notamment les consultations, afin de tenir compte de conditions particulières de réalisation (complexité de la prise en charge, âge du patient, situation d'urgence, horaires spécifiques, etc.). Elles visent à mieux valoriser certaines situations médicales nécessitant un temps ou une expertise accrue.

- du forfait structure, supprimé à partir de 2026, qui est une aide financière destinée à accompagner l'organisation et l'informatisation du cabinet médical ;
- d'autres forfaits qui comprennent notamment la prime OPTAM[259] pour les médecins en secteur 2 et les forfaits de gardes de permanence des soins ambulatoires (régulations et astreintes).

Les rémunérations forfaitaires connaissent une progression marquée depuis dix ans. Leur montant total passe de 1,06 Md€ en 2015 à 1,84 Md€ en 2024, soit une hausse de + 74 % (tableau 9). Parallèlement, leur part dans les honoraires totaux des médecins généralistes augmente de 11,5 % à 18,3 %, soit près de sept points supplémentaires (tableau 10).

Le forfait médecin traitant constitue la principale composante des rémunérations forfaitaires. Son montant total s'élève à 913,7 M€ en 2024, contre 548,3 M€ en 2015, soit une augmentation de + 66,6 %. Sa part dans les honoraires totaux progresse de 6,0 % à 9,1 % sur la période.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), supprimée à compter de 2026, évolue de manière plus modérée. Son montant total s'établit à 277,4 M€ en 2024, contre 338,2 M€ en 2015, soit une diminution sur la période. Sa part dans les honoraires totaux reste relativement stable, autour de 2,8 % à 3,0 %.

Malgré cette constante augmentation en niveau, les financements liés au médecin traitant (forfait médecin traitant + ROSP) stagnent dans la rémunération des médecins généralistes libéraux, ne comptant que pour 11,8 % de celle-ci en 2024 (+ 2,1 points en 10 ans).

Le forfait structure, introduit à partir de 2018 et supprimé à compter de 2026, monte progressivement en charge. Son montant total atteint 223,0 M€ en 2024, représentant 2,2 % des honoraires.

Tableau n° 11 : évolution des montants totaux annuels des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes libéraux (en euros)

Année	Ensemble des honoraires	Rémunérations forfaitaires	Forfait médecin traitant	ROSP	Forfait structure	Autres forfaits[260]
2015	9 165 629 889	1 055 754 691	548 346 145	338 165 154	-	169 243 392
2019	9 585 716 687	1 391 604 294	820 448 155	262 746 868	109 978 533	198 430 739
2022	9 638 751 820	1 583 926 916	849 876 669	271 362 271	204 235 730	258 452 245
2023	9 566 232 982	1 668 577 365	857 039 798	274 207 003	221 422 542	315 908 023
2024	10 059 111 516	1 837 466 429	913 737 925	277 412 892	223 011 490	423 304 122

Champ : médecins généralistes libéraux, actifs au 31 décembre de l'année, ayant perçu au moins 1 € d'honoraires sur l'année, France métropolitaine et DROM, 2015-2024.
Source : Assurance maladie, base Data Professionnels de Santé

[259] La prime OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée) est une rémunération versée aux médecins exerçant en secteur 2 ayant adhéré à ce dispositif conventionnel. En contrepartie d'un engagement à modérer leurs dépassements d'honoraires et à respecter certaines conditions de pratique, les médecins bénéficient d'avantages financiers, notamment une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et le versement de primes.
[260] Les autres forfaits comprennent notamment la prime OPTAM pour les médecins en secteur 2 OPTAM et les forfaits de gardes de permanence des soins ambulatoires (régulations et astreintes).

Tableau n° 12 : évolution de la répartition des rémunérations forfaitaires dans les honoraires des médecins généralistes libéraux

Année	Ensemble des honoraires	Rémunérations forfaitaires	Forfait médecin traitant	ROSP	Forfait structure	Autres forfaits
2015	100 %	11,5 %	6,0 %	3,7 %	0,0 %	1,8 %
2019	100 %	14,5 %	8,6 %	2,7 %	1,1 %	2,1 %
2022	100 %	16,4 %	8,8 %	2,8 %	2,1 %	2,7 %
2023	100 %	17,4 %	9,0 %	2,9 %	2,3 %	3,3 %
2024	100 %	18,3 %	9,1 %	2,8 %	2,2 %	4,2 %

Champ : médecins généralistes libéraux, actifs au 31 décembre de l'année, ayant perçu au moins 1 € d'honoraires sur l'année, France métropolitaine et DROM, 2015-2024.
Source : Assurance maladie, base Data Professionnels de Santé

Annexe n° 5 : caractéristiques des médecins généralistes libéraux selon le statut médecin traitant

L'étude vise à comparer les caractéristiques des médecins généralistes libéraux selon qu'ils exercent ou non la fonction de médecin traitant. L'analyse porte sur les différences de profil, de cadres d'exercice, de niveau d'activité et de structure de patientèle entre les médecins généralistes médecins traitants et ceux n'exerçant pas cette fonction. Un focus spécifique est réalisé sur le niveau d'activité et la patientèle des médecins généralistes médecins traitants.

L'étude vise également à comparer les montants de rémunération des médecins généralistes libéraux ainsi que leur répartition, selon qu'ils exercent ou non comme médecins traitants. Un focus spécifique est consacré aux montants de rémunération des médecins généralistes médecins traitants.

Données et méthodes

Les analyses reposent sur les données du SNDS pour l'année 2024. Les informations relatives aux prestations sont issues de la table ER_PRS_F, et les caractéristiques des professionnels de santé libéraux proviennent du référentiel DA_PRA_R.

Périmètre

Le champ de l'étude comprend les médecins généralistes libéraux en activité en 2024 c'est-à-dire l'ensemble des médecins généralistes ayant effectué au moins 200 actes cliniques (consultations, téléconsultations, visites) en exercice libéral au cours de l'année 2024. Il peut s'agir de médecins généralistes à activité mixte (libérale et salariée) ou à activité libérale uniquement.

Un médecin est dit médecin traitant en 2024 s'il est déclaré comme médecin traitant dans au moins une consommation de soins de ville en 2024. En effet, pour chaque ligne de facturation d'une consommation de soin de ville, l'identifiant du médecin traitant du bénéficiaire est renseigné, quel que soit le type de consommation de soins (pharmacie, biologie, radiologie, consultation, etc.) et quels que soient le lieu et la nature d'exercice du médecin traitant (libéral, salarié, retraité).

Les médecins du périmètre de l'étude (médecins généralistes libéraux en activité en 2024) peuvent être classés en trois catégories :

- médecins généralistes non médecins traitants (MT) : les médecins pour lesquels aucun patient ne déclare ce médecin comme médecin traitant ;
- médecins généralistes à faible patientèle MT : les médecins ayant vu moins de 200 patients de la patientèle médecin traitant (de plus de 16 ans) dans l'année ;
- médecins généralistes MT : les médecins ayant vu au moins 200 patients de la patientèle médecin traitant (de plus de 16 ans) dans l'année.

Sur le champ retenu, l'effectif total est de 53 183 médecins généralistes libéraux. La répartition selon le statut est la suivante :

- 1 661 médecins généralistes non médecins traitants ;
- 6 892 médecins généralistes à faible patientèle MT ;
- 44 630 médecins généralistes médecins traitants.

Dans les analyses suivantes, les médecins à faible patientèle MT et les médecins non MT sont regroupés, ce qui représente un effectif de 8 553 médecins non ou peu médecins traitants.

Identifiants des médecins

Le SNDS distingue deux niveaux d'identifiants pour les professionnels de santé :

- numéro de liquidation : identifiant du cabinet où l'activité est réalisée ;
- numéro statistique : identifiant agrégé regroupant plusieurs numéros de liquidation associés à un même médecin.

Un identifiant statistique peut ainsi renvoyer à plusieurs lieux d'exercice (ex : le professionnel de santé exerce dans 2 cabinets) ou à plusieurs natures d'activité (ex : le professionnel de santé a un numéro de liquidation qui correspond à une « cessation d'activité » et un numéro de liquidation qui correspond à une activité « libérale »). Il faut utiliser l'identifiant statistique pour faire le dénombrement des médecins.

Pour définir si un médecin est médecin traitant, dans le cas où un même numéro statistique correspond à plusieurs numéros de liquidation, on applique la règle suivante : si au moins un de ces numéros de liquidation appartient à la liste des médecins généralistes et si au moins un autre appartient à la liste des médecins traitants, alors l'ensemble des numéros de liquidation rattachés à cet identifiant statistique, sont considérés comme médecins traitants. Cette règle permet de regrouper de manière cohérente les différentes configurations administratives d'un même praticien.

Pour le champ retenu, l'analyse de la correspondance entre identifiants montre que :

- 94 % des identifiants statistiques correspondent à un seul identifiant de liquidation actif ;
- 5 % correspondent à deux identifiants de liquidation actifs, plus de la moitié de ces médecins utilisant un seul identifiant pour les déclarations de médecin traitant ;
- 1 % correspondent à plus de deux identifiants de liquidation actifs.

Caractéristiques des médecins

Variables de profil et de cadre d'exercice

Les variables de profil et de cadre d'exercice du médecin sont mesurées en décembre 2024, à partir du référentiel des professionnels de santé libéraux (DA_PRA_R). Elles comprennent le sexe, l'âge, le mode d'exercice particulier, la commune d'exercice, la date de début de l'activité libérale.

Lorsqu'un médecin est associé à plusieurs identifiants de liquidation, il est rattaché, pour les besoins de l'analyse, à la commune d'exercice correspondant à l'identifiant de liquidation ayant généré le plus grand nombre d'actes de soins sur l'année.

À chaque commune d'exercice sont associés quatre indicateurs de contexte territorial : la densité de population (issue de la grille communale de densité de l'Insee 2024), le niveau de défavorisation sociale (issu des travaux Inserm/CépiDc 2020), le niveau d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (issu des travaux DREES/IRDES 2023) et le zonage ARS en 2026. Le zonage des ARS classe les territoires selon leur niveau d'accès à la médecine générale en distinguant : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les plus fragiles en termes d'offre médicale, les zones d'action complémentaire (ZAC), fragiles mais à un niveau moindre, et les zones d'accompagnement régional (ZAR), pouvant faire l'objet de mesures d'accompagnement selon les priorités régionales.

Variables d'activité

Le nombre de jours d'activité correspond au nombre de jours distincts de l'année 2024 pour lesquels au moins un acte de soins libéral a été exécuté par le médecin.

La nature des prestations est déterminée à l'aide de la catégorisation des prestations de la maquette de la statistique des dépenses de la CNAM (version 11 décembre 2025) qui donne les codes de prestations qui permet de classer les actes en quatre catégories : les consultations, les visites, les téléconsultations et les actes techniques (actes CCAM et NGAP). L'activité clinique regroupe les consultations, les visites et les téléconsultations.

Un acte de soins est considéré comme réalisé par le médecin traitant lorsque, au moment de la prestation, l'identifiant de liquidation de l'exécutant correspond à l'identifiant du médecin traitant déclaré par le patient (sans distinction d'âge).

Cette définition comporte une limite méthodologique : un médecin peut réaliser une consultation sous un identifiant de liquidation différent de celui utilisé pour la déclaration de médecin traitant, ce qui peut conduire à une sous-estimation de l'activité réalisée en tant que médecin traitant.

Variables file active et patientèle

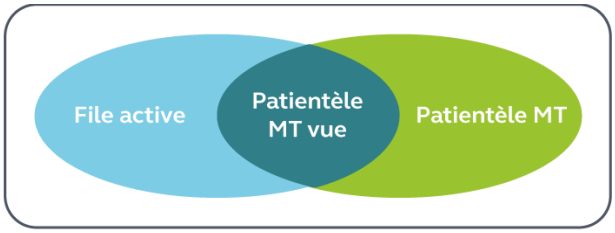
Les patients bénéficiaires de la C2S sont définis comme les patients ayant eu au moins une consommation au titre de la C2S au cours de l'année.

Les patients en affection de longue durée (ALD) correspondent aux patients ayant été reconnus en ALD au moins un jour dans l'année.

Pour chaque médecin, sont comptabilisés :

- la file active : le nombre de patients vus au cours de l'année (qu'ils aient déclaré ou non le médecin comme médecin traitant) ;
- la patientèle MT : le nombre de patients de 16 ans et plus déclarant ce médecin comme médecin traitant :
  - la patientèle MT vue : le nombre de patients de 16 ans et plus déclarant ce médecin comme médecin traitant et effectivement vus au cours de l'année ;
  - la patientèle MT non vue : le nombre de patients de 16 ans et plus déclarant ce médecin comme médecin traitant mais non vus.

Schéma n° 1 : les différentes notions pour dénombrer les patients d'un médecin



Source : Cour des comptes

Les patients MT vus sont identifiés selon la règle suivante : l'identifiant de liquidation de l'exécutant de l'acte correspond à l'identifiant du médecin traitant déclaré par le patient. Cette approche est soumise à la même limite méthodologique que celle décrite pour les variables d'activité, en cas d'usage de plusieurs identifiants de liquidation par un même médecin.

Variables de montants de rémunération

Le tableau ci-dessous présente les codes de nature de prestations (PRS_NAT_REF) sélectionnés pour chaque type de rémunération.

Tableau n° 13 : correspondance entre types de rémunération et codes de natures de prestations (PRS_NAT_REF)

Type de rémunération	PRS_NAT_REF
Forfait patientèle médecin traitant (FPMT)	1173
Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp)	1145, 1146, 1180, 1181
Aide à l'emploi d'un assistant médical	1087,1088
Forfait structure médecin	1178, 1179
Rémunération régulation et forfait régulateur SAS	1991, 1066
Permanence nuit / jours fériés / samedi / dimanche	1992 à 1997
Honoraires	Codes de prestations d'actes cliniques (consultations, téléconsultations, visites) et d'actes techniques (cf. partie « variables d'activité »)

Source : CNAM

La catégorie « Autres types de rémunération » regroupe le reste des modalités, telles que la rémunération forfaitaire par consultation pour le suivi des personnes âgées, la rémunération liée à l'adhésion Sophia, les aides financières, ainsi que les actes de vaccination contre la covid 19.

Les montants des honoraires correspondent aux montants facturés par les professionnels de santé pour des actes remboursables, y compris les éventuels dépassements d'honoraires.

Limites

L'analyse se concentre exclusivement sur les médecins exerçant en libéral. En effet, les médecins salariés ne facturant pas à titre individuel, l'activité est enregistrée au niveau de l'établissement et non rattachée individuellement au praticien. Il n'est donc pas possible, dans le SNDS, d'identifier ou d'isoler l'activité des médecins salariés, ni de disposer d'informations sur leurs caractéristiques individuelles. En conséquence, les médecins généralistes salariés exerçant en centres de santé (estimés à environ 5 500 au 1er janvier 2025) ne sont pas inclus dans le champ de l'étude.

Par ailleurs, bien que l'identifiant du médecin traitant du bénéficiaire soit renseigné pour chaque ligne de facturation relative aux soins de ville, un volume non négligeable d'identifiants demeure de nature inconnue dans le SNDS (environ 20 000 en 2024). Ces identifiants ne figurent pas dans le référentiel des professionnels de santé libéraux (DA_PRA_R), et aucun autre référentiel mobilisable ne permet d'en préciser les caractéristiques. Il est vraisemblable qu'une part importante de ces numéros non référencés corresponde à des médecins salariés, notamment ceux exerçant en centres de santé.

Résultats

Médecins traitants : profils et activité

Cette partie présente d'abord les différences entre trois groupes de médecins généralistes libéraux : l'ensemble des médecins, ceux exerçant comme médecins traitants et ceux qui le sont peu ou pas. Les analyses descriptives comparent leurs distributions selon les principales caractéristiques, puis un modèle de régression logistique identifie les facteurs associés au fait d'être médecin traitant. Dans un second temps, l'analyse se concentre sur les médecins traitants afin d'examiner les disparités de niveau d'activité ainsi que la taille de leur file active et de leur patientèle MT.

Les médecins généralistes libéraux en activité non médecins traitants sont plus souvent des hommes et sont plus fréquemment âgés de moins de 39 ans (33 % contre 26 %) ou de 70 ans et plus (12 % contre 6 %).

L'exercice avec un mode d'exercice particulier est beaucoup plus fréquent chez les médecins généralistes non médecins traitants (21 % contre 3 %), notamment dans des activités orientées vers l'urgence ou les soins non programmés (SOS médecins : 5 % contre moins de 1 % ; médecine d'urgence : 5 % contre moins de 1 %).

Ils exercent également plus souvent en secteur 2 non OPTAM ou en secteur 3 (9 % contre 1 %) et ont plus fréquemment débuté leur activité libérale récemment, en 2023 ou 2024. Ils sont plus fréquemment en activité mixte libérale/salarié.

Ils sont majoritairement installés dans les grands centres urbains (75 % contre 50 %), plus souvent situés en zones hors zonage ZIP/ZAC/ZAR (HZ : 40 % contre 30 %), dans les communes les moins défavorisées socialement (quintile 1 de l'indice de défavorisation : 27 % contre 19 %) et où l'APL est élevé.

Tableau n° 14 : caractéristiques des médecins généralistes libéraux selon leur statut de médecin traitant

Variable	Modalité	Médecins généralistes libéraux	… qui sont médecins traitants	… qui sont peu ou pas médecin traitant
Effectifs		53 183	44 630	8 553
Sexe (%)	Homme	53	52	59
Âge (%)	39 ans et moins	27	26	33
	40-49 ans	20	20	18
	50-59 ans	20	20	16
	60-69 ans	26	27	20
	70 ans et plus	7	6	12
Mode d'exercice particulier (MEP) (%)	Avec MEP	6	3	21
MEP détails (%)	Homéopathie	1	1	3
	Médecine d'urgence	1	0	5
	Acupuncture	1	0	4
	SOS Médecin	1	0	5
	Médecine physique	0	0	1
	Angiologie	0	0	2
Nature d'exercice (%)	Libéral uniquement	93	94	87
	Mixte libéral/salarié	7	6	13
Convention (%)	Secteur 1	95	97	86
	Secteur 2 OPTAM	3	2	6
	Secteur 2 non OPTAM	1	0	6
	Secteur 3	1	0	3
Début de l'activité libérale (%)	2022 ou avant	93	95	82
	2023	4	3	9
	2024	3	2	9
Densité de la commune d'exercice (%)	Densité intermédiaire	18	19	12
	Rurales	27	30	12
	Grands centres urbains	54	50	75
	Manquant	0	0	1
Zonage ARS (%)	ZIP	24	25	17
	ZAC	40	40	36
	Hors zone	32	30	40
	ZAR	3	3	3
	Manquant	2	2	3
Indice de défavorisation de la commune d'exercice (quintiles) (%)	1 - les moins défavorisées	21	19	27
	2	20	20	19
	3	20	20	21
	4	19	20	15
	5 - les plus défavorisées	19	20	15
	Manquant	1	1	2
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (quintiles) (%)	1 - APL faible	3	3	2
	2	8	9	6
	3	14	15	10
	4	21	22	17
	5 - APL élevée	53	51	65
	Manquant	1	1	1

Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024
Source : SNDS

Tableau n° 15 : niveau d'activité des médecins généralistes libéraux selon leur statut de médecin traitant

Variable	Médecins généralistes libéraux	… qui sont médecins traitants	… qui sont peu ou pas médecin traitant
Effectifs	53 183	44 630	8 553
Nombre d'actes cliniques et techniques	4731 ; 4426 [3165–5864]	5051 ; 4651 [3543–6024]	3059 ; 2191 [830–4263]
Nombre d'actes cliniques	4557 ; 4286 [3019–5705]	4946 ; 4548 [3459–5905]	2528 ; 1712 [673–3546]
Nombre de consultations	4199 ; 3951 [2743–5270]	4563 ; 4193 [3173–5460]	2303 ; 1463 [553–3184]
Nombre de téléconsultations	112 ; 5 [0–84]	120 ; 10 [0–106]	67 ; 0 [0–6]
Nombre de visites	246 ; 110 [19–305]	263 ; 138 [42–330]	157 ; 0 [0–42]
Nombre d'actes techniques	174 ; 40 [4–126]	105 ; 39 [4–111]	531 ; 59 [1–445]
Part des actes cliniques ou techniques réalisés pour des patients ALD ou 65 ans et plus ou C2S	0,55 ; 0,55 [0,46–0,63]	0,56 ; 0,56 [0,48–0,64]	0,48 ; 0,46 [0,35–0,59]
Nombre de jours d'activité	215 ; 223 [189–250]	223 ; 228 [199–252]	171 ; 173 [122–218]
Nombre d'actes cliniques ou techniques par jour d'activité	22 ; 20 [16–26]	22 ; 21 [17–26]	17 ; 15 [7–23]

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Les médecins généralistes libéraux non médecins traitants se caractérisent par une activité clinique en moyenne nettement plus faible que celle des médecins traitants. Ils réalisent en médiane moins d'actes cliniques, moins de consultations ainsi qu'un nombre limité de visites à domicile. Leur recours à la téléconsultation est également plus restreint, avec une dispersion faible des volumes. À l'inverse, ils effectuent davantage d'actes techniques (médiane 59 contre 39). Le nombre d'actes techniques réalisé est parfois important : 25 % des médecins non ou peu MT font plus de 445 actes dans l'année. Néanmoins le nombre total d'actes (cliniques et techniques) est largement inférieur en moyenne. Leur nombre de jours d'activité par an est inférieur en moyenne même si 25 % des médecins non ou peu MT font plus de 218 jours par an.

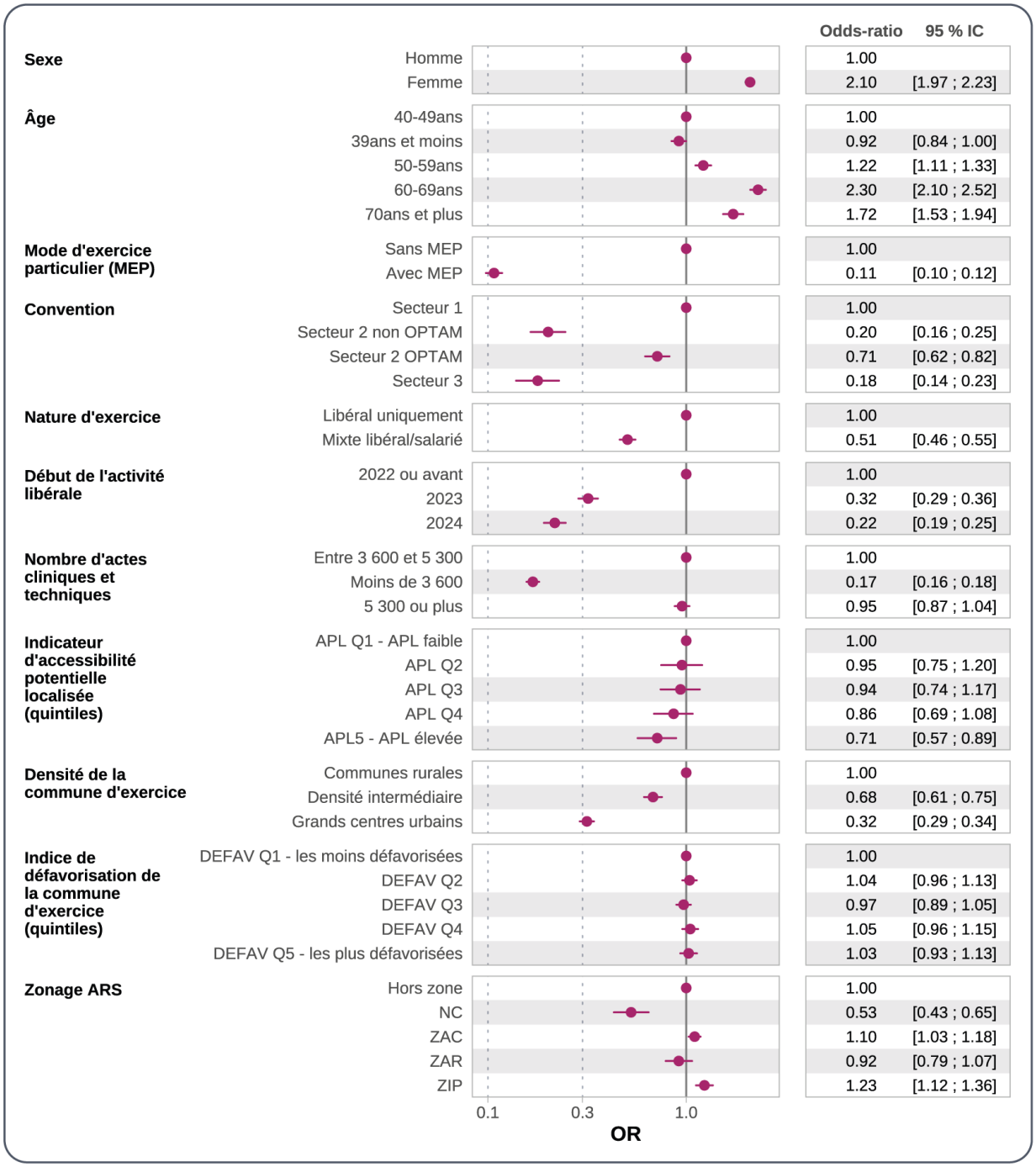
Tableau n° 16 : taille de la file active et nombre moyen d'actes des médecins généralistes selon leur statut de médecin traitant

Variable	**Médecins généralistes libéraux**	**… qui sont médecins traitants**	**… qui sont peu ou pas médecin traitant**
Effectifs	53 183	44 630	8 553
File active	1707 ; 1494 [1089–1988]	1649 ; 1514 [1166–1941]	2011 ; 1092 [363–2944]
File active de 16 ans et plus	1385 ; 1219 [899–1627]	1349 ; 1236 [958–1586]	1569 ; 907 [305–2279]
Part des patients ALD ou 65 ans et plus ou C2S dans la file active	0,44 ; 0,43 [0,35 – 0,52]	0,44 ; 0,44 [0,36 – 0,52]	0,43 ; 0,41 [0,31 – 0,53]
Nombre moyen d'actes (cliniques ou techniques) par patient de la file active	3 ; 3 [2,4–3,5]	3,2 ; 3,1 [2,6–3,6]	2,4 ; 1,6 [1,2–2,5]

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Parmi les médecins généralistes peu ou non médecins traitants, 25 % ont une file active dans leur activité libérale inférieure à 363 patients, tandis que 25 % ont une file active de plus de 2 944. En comparaison, les médecins généralistes médecins traitants présentent des tailles de file active plus homogènes. Le nombre moyen d'actes par patient est inférieur pour les médecins peu ou non médecins traitants, traduisant une prise en charge plus ponctuelle par rapport aux médecins traitants.

Tableau n° 17 : résultats du modèle logistique pour estimer les associations entre les caractéristiques des médecins et le fait d'être médecin traitant



Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Le tableau ci-dessus présente les résultats d'une analyse statistique (modèle logistique multivarié) visant à identifier les caractéristiques associées au fait d'être médecin traitant parmi les médecins généralistes. Pour chaque caractéristique, l'*odds ratio* (OR) mesure l'intensité de l'association avec le fait d'être médecin traitant, toutes choses égales par ailleurs.

Une valeur supérieure à 1 indique que la caractéristique est associée plus fréquemment au fait d'être médecin traitant. Une valeur inférieure à 1 indique qu'elle est associée moins fréquemment.

Les intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) indiquent l'incertitude autour de ces estimations.

Le nombre d'actes cliniques et techniques a été regroupé en trois catégories définies à partir des terciles de la distribution, afin de constituer des groupes de taille comparable correspondant à des niveaux d'activité faible, intermédiaire et élevé. Le tercile intermédiaire a été choisi comme catégorie de référence.

Les résultats montrent que :

- les femmes présentent un OR = 2,1 [1,97 ; 2,23], ce qui signifie qu'elles ont deux fois plus de chance d'être médecin traitant que les hommes, à caractéristiques comparables ;
- l'exercice en mode particulier est fortement associé à une moindre fréquence d'exercice comme médecin traitant (OR = 0,11 [0,10 ; 0,12]) ;
- les médecins âgés de 60–69 ans et de 70 ans ou plus sont plus fréquemment médecin traitant que ceux de 40–49 ans ;
- l'exercice en secteur 2 non OPTAM ou en secteur 3 est associé à une moindre fréquence d'exercice comme médecin traitant. L'effet est plus modéré en secteur 2 OPTAM ;
- un début d'activité libérale récent est associé à une moindre fréquence d'exercice comme médecin traitant ;
- l'exercice mixte salarié/libéral est associé à une moindre fréquence d'exercice comme médecin traitant ;
- l'exercice en grands centres urbains est associé à une moindre fréquence d'exercice comme médecin traitant. À l'inverse, l'exercice en ZIP ou en ZAC est associé plus fréquemment à l'exercice en tant que médecin traitant ;
- les médecins ayant une activité faible sont beaucoup moins souvent médecin traitant (OR = 0,17 [0,16 ; 0,18]) ;
- le niveau de défavorisation sociale de la commune d'exercice n'explique pas de manière significative si un médecin est ou non médecin traitant, une fois que les autres variables (niveau d'activité, âge, sexe, etc.) sont prises en compte ;
- les médecins exerçant dans les communes où l'accessibilité potentielle localisée est la plus élevée sont moins souvent médecin traitant que ceux exerçant dans les communes où elle est la plus faible. Les quintiles intermédiaires ne diffèrent pas significativement du quintile de référence.

Focus sur les médecins traitants généralistes libéraux

L'analyse porte sur les 44 630 médecins généralistes libéraux exerçant comme médecins traitants.

Tableau n° 18 : distribution des indicateurs d'activité des médecins généralistes libéraux qui sont médecins traitants (MT)

Variable	Moyenne	Q10	Q25	Médiane	Q75	Q90
Nombre d'actes cliniques et techniques	5 051	2 609	3 543	4 651	6 024	7 833
Dont patientèle MT	3 666	1 546	2 376	3 384	4 579	6 013
Part des actes réalisés pour la patientèle MT	0,73	0,5	0,64	0,76	0,85	0,9

Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Pour les 44 630 médecins généralistes libéraux médecins traitants, le niveau d'activité montre que la majorité des actes cliniques et techniques est réalisée pour leur patientèle médecin traitant. La médiane du nombre total d'actes est de 4 651, dont 3 384 pour la patientèle MT, soit un ratio médian de 0,76.

Tableau n° 19 : distribution des indicateurs de file active des médecins généralistes libéraux qui sont médecins traitants (MT)

Variable	Moyenne	Q10	Q25	Médiane	Q75	Q90
File active	1 649	870	1 166	1 514	1 941	2 509
Patientèle MT (16 ans ou plus)	1 130	556	773	1 043	1 382	1 787
Patientèle MT (16 ans ou plus) vue au moins une fois dans l'année par le médecin	846	406	581	793	1 043	1 333
Patientèle MT (16 ans ou plus) pas vue de l'année par le médecin	283	94	154	237	356	518
Ratio patientèle MT vue au moins une fois dans l'année de 16 ans / file active	0,55	0,31	0,42	0,56	0,68	0,76
Ratio patientèle MT vue au moins une fois dans l'année de 16 ans ou plus / patientèle MT de 16 ans ou plus	0,76	0,63	0,71	0,77	0,83	0,87
Ratio entre le nombre d'actes et la file active	3,2	2,2	2,6	3,1	3,6	4,2
Ratio entre le nombre d'actes MT et la patientèle MT vue	4,3	3,1	3,6	4,2	4,9	5,6
Ratio entre le nombre d'actes hors MT et la file active hors patientèle MT vue	1,7	1,2	1,4	1,6	2	2,4

Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

En moyenne, les médecins réalisent 3,2 actes par patient de leur file active par an. Ils voient leurs patients MT 4,3 fois en moyenne, contre 1,7 fois pour leurs patients non MT. À titre de comparaison, les autres médecins généralistes non médecins traitants ont en moyenne 2,4 actes par patient, avec une médiane à 1,6. Les médecins libéraux médecins traitants voient en moyenne 76 % de leur patientèle MT au moins une fois dans l'année.

Médecins traitants : rémunération

Cette partie présente d'abord les différences entre trois groupes de médecins généralistes libéraux : l'ensemble des médecins, ceux exerçant comme médecins traitants et ceux qui le sont peu ou pas. Elle propose une analyse descriptive de la répartition des différentes sources de rémunération entre ces groupes. Dans un second temps, l'analyse se concentre sur les médecins traitants afin d'examiner plus en détail la structure et la distribution de leurs rémunérations.

Comparaisons entre médecins généralistes libéraux exerçant comme médecin traitant ou non

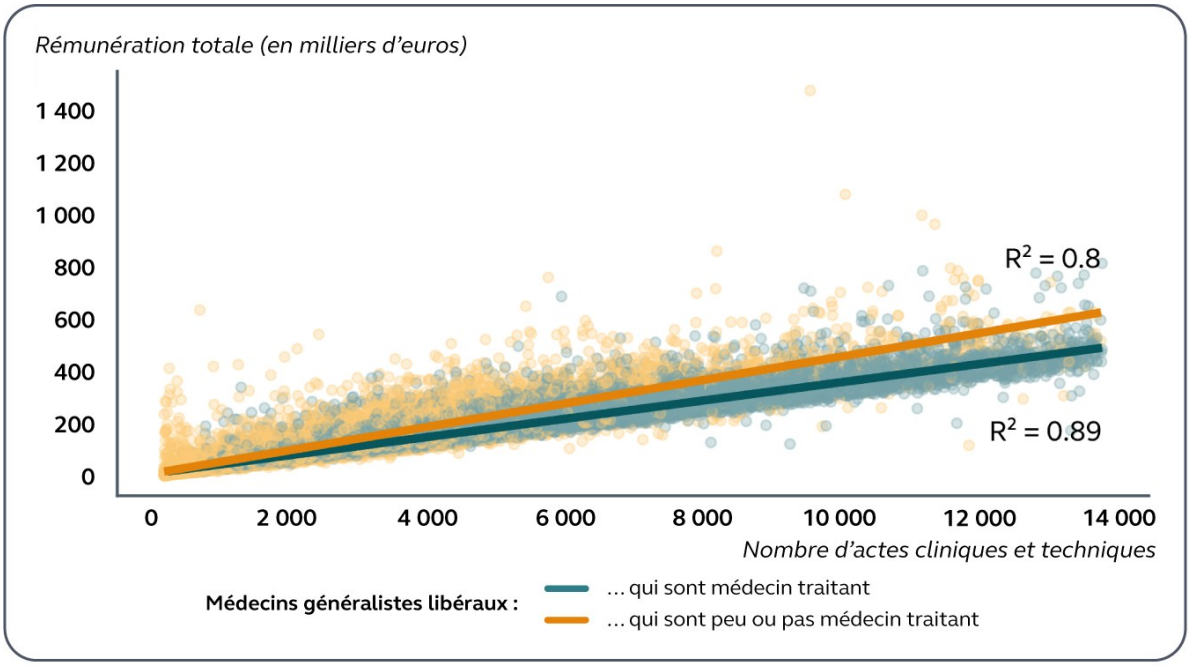
Tableau n° 20 : montant moyen de rémunération des médecins généralistes libéraux en milliers d'euros selon leur statut de médecin traitant

Type de rémunérations	**Médecins généralistes libéraux (N = 53 183)**	**… qui sont médecins traitants (N = 44 630)**	**… qui sont peu ou pas médecin traitant (N = 8 553)**
Total	**180 ; 166 [121–220]**	**186 ; 171 [132–221]**	**146 ; 98 [39–212]**
Honoraires actes cliniques	140 ; 128 [91–171]	145 ; 132 [101–172]	107 ; 65 [25–153]
Honoraires actes techniques	8 ; 1 [0–5]	4 ; 1 [0–4]	26 ; 2 [0–17]
FPMT	17 ; 17 [9–24]	20 ; 19 [13–26]	1 ; 0 [0–1]
ROSP	5 ; 5 [3–7]	6 ; 6 [4–8]	0 ; 0 [0–0]
Aide assistant médical	2 ; 0 [0–0]	2 ; 0 [0–0]	0 ; 0 [0–0]
Forfait structure médecin	4 ; 5 [3–5]	4 ; 5 [4–5]	2 ; 2 [0–4]
Rémunération régulation et forfait régulateur SAS	1 ; 0 [0–0]	1 ; 0 [0–0]	2 ; 0 [0–0]
Permanence nuit / jours fériés / samedi / dimanche	2 ; 0 [0–1]	1 ; 0 [0–1]	3 ; 0 [0–1]
Autres types de rémunération	2 ; 0 [0–0]	1 ; 0 [0–0]	4 ; 0 [0–0]

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

En 2024, la médiane de la rémunération annuelle totale des médecins généralistes libéraux est à 166 00 €. Elle est plus élevée chez les médecins traitants (171 000 €) que chez les médecins peu ou pas traitants (98 000 €).

Graphique n° 9 : montant de rémunération et volume d'actes annuel des médecins généralistes libéraux selon le statut de médecin traitant



Note : les 1 % des médecins avec le nombre d'actes les plus élevés ont été exclues.
Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Le volume d'actes explique l'essentiel des écarts de rémunération entre médecins. Toutefois, à activité comparable, les non médecins traitants obtiennent davantage de rémunération par acte. La relation entre volume d'acte et rémunération totale est plus homogène chez les médecins traitants, avec un R^2 de 0,89, tandis que chez les non médecins traitants, le R^2 est inférieur, reflétant une plus grande variabilité de la rémunération pour un même niveau d'activité.

Tableau n° 21 : montant total des rémunérations versées aux médecins généralistes libéraux (en milliers d'euros)

	Médecins généralistes libéraux qui sont médecins traitants (N = 44 630)		Médecins généralistes libéraux qui sont peu ou pas médecin traitant (N = 8 553)	
Type de rémunération	*Total montant (milliers)*	*Nombre de médecins*	*Total montant (milliers)*	*Nombre de médecins*
Total	8 305 655	44 630	1 246 594	8 553
Honoraires actes cliniques	6 490 784	44 630	913 052	8 553
Honoraires actes techniques	197 885	36 629	219 564	6 610
FPMT	902 449	44 062	11 038	5 424
ROSP	277 979	44 327	2 464	4 843
Aide assistant médical	79 596	4 171	1 628	88
Forfait structure médecin	197 068	40 911	20 206	4 761
Rémunération régulation et forfait régulateur SAS	56 162	1 838	20 641	610
Permanence nuit / jours fériés / samedi / dimanche	53 812	19 765	26 823	2 366
Autres types de rémunération	49 920	30 985	31 176	5 577

Champ : médecins généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Le montant total des rémunérations versé aux médecins généralistes libéraux est largement concentré chez les médecins traitants, avec 8,31 Md€ pour 44 630 médecins, contre 1,25 Md€ pour les 8 553 médecins peu ou pas traitants. Les honoraires des actes cliniques représentent la majeure partie de la rémunération dans les deux groupes (6,49 Md€ pour les médecins traitants, 913 M€ pour les médecins peu ou pas médecins traitants).

Une rémunération au titre de la permanence des soins ambulatoires (nuits, samedis, dimanches et jours fériés) a été versée à 19 765 médecins traitants, soit 44 % des médecins généralistes libéraux médecins traitants, ainsi qu'à 2 366 médecins peu ou pas médecins traitants, soit 28 % des médecins généralistes libéraux peu ou pas médecins traitants.

Une rémunération au titre de la ROSP est versée à 44 327 médecins généralistes libéraux traitants (99 % d'entre eux), et à 4 843 (57 %) médecins généralistes libéraux peu ou pas médecin traitant.

Focus sur les médecins traitants généralistes libéraux

L'analyse porte sur les 44 630 médecins généralistes libéraux exerçant comme médecins traitants. La distribution des médecins selon les différents types de rémunération est d'abord examinée, indépendamment du niveau de rémunération totale. Les médecins sont ensuite répartis en quatre groupes en fonction du montant de leurs rémunérations annuelles totales, et la répartition moyenne des différents types de rémunération est analysée au sein de chacun de ces groupes.

Tableau n° 22 : distribution des montants de rémunération des médecins généralistes libéraux qui sont médecins traitants et des indicateurs associés

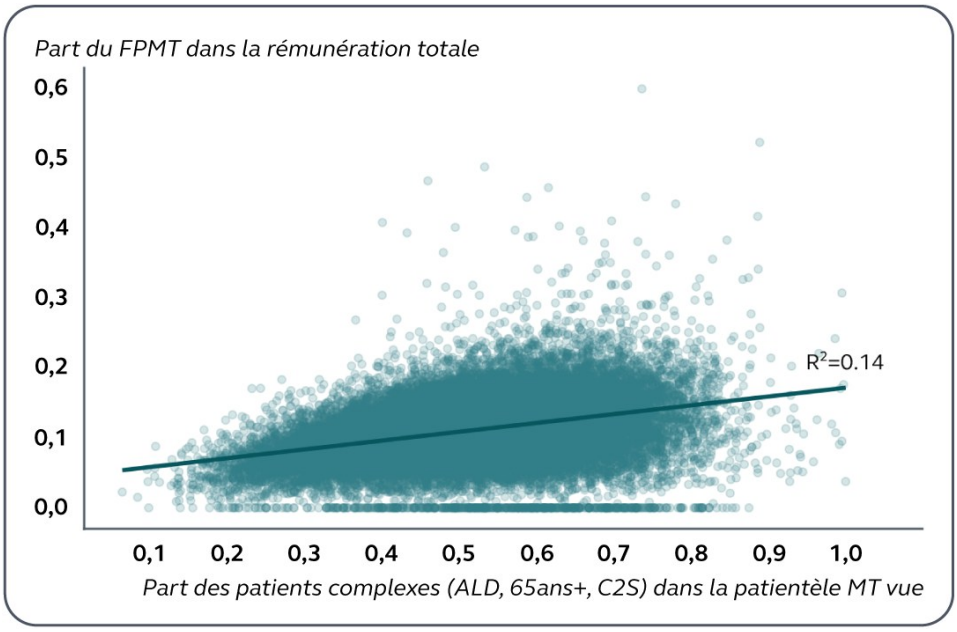
Montant rémunération (en milliers d'euros)	Moyenne	Q10	Q25	Médiane	Q75	Q90
Total rémunération	86	98	132	171	221	288
Honoraires actes MT	107	46	69	98	133	176
Honoraires actes hors MT	43	12	20	33	51	80
FPMT	20	9	13	19	25	33
ROSP	6,2	2,5	4,1	5,9	7,9	10,3
Part des honoraires pour actes dans le montant total de rémunération	0,57	0,39	0,5	0,6	0,67	0,72
Part du FPMT dans le montant total de rémunération	0,11	0,07	0,09	0,11	0,13	0,16
Part de la ROSP dans le montant total de rémunération	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04	0,05

Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

En 2024, la rémunération totale médiane des médecins généralistes libéraux médecins traitants était de 171 000 €. 25 % des médecins touchaient moins de 132 000 € et 25 % des médecins plus de 221 000 €. Le forfait patient médecin traitant médian est de 19 000 €, avec 25 % des médecins en dessous de 13 000 € et 25 % au-dessus de 25 000 €.

La part du forfait patient médecin traitant dans la rémunération totale est de 11 % en médiane, avec 25 % des médecins en dessous de 9 % et 25 % au-dessus de 13 %.

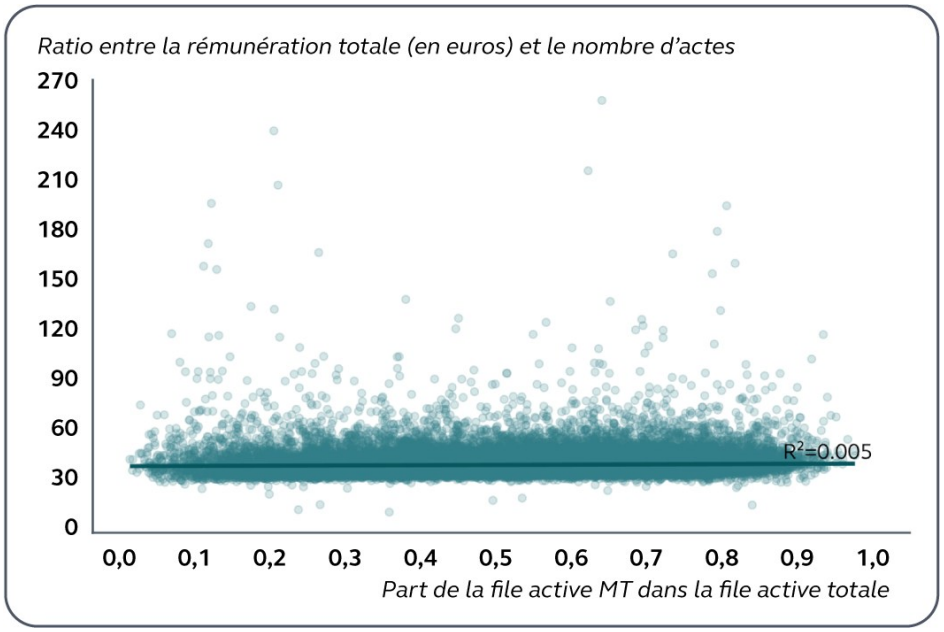
Graphique n° 10 : relation entre la part de patients complexes dans la patientèle MT et la part du FPMT dans la rémunération totale



Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Le graphique montre la relation entre la part des patients complexes (ALD, 65 ans et plus ou bénéficiaires de la C2S) dans la patientèle médecin traitant et la part du forfait patient médecin traitant dans la rémunération totale des médecins généralistes libéraux médecins traitants. La tendance est légèrement positive, mais la corrélation est très faible ($R^2 = 0,14$), ce qui signifie que la part de patients complexes explique seulement une faible proportion de la variation de la part du forfait patient médecin traitant dans la rémunération totale.

Graphique n° 11 : relation entre la part de la patientèle médecin traitant dans la file active et la rémunération moyenne par acte



Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Le graphique met en relation la part de la patientèle médecin traitant dans la file active totale et la rémunération moyenne par acte (rémunération totale rapportée au nombre d'actes) chez les médecins généralistes libéraux médecins traitants. La relation est quasi inexistante, avec un R^2 de 0,005, indiquant que la proportion de patientèle MT n'explique pratiquement pas la variation de la rémunération moyenne par acte. Autrement dit, le fait d'avoir une part plus ou moins élevée de patients suivis en tant que médecin traitant dans sa file active n'est pas associé à un niveau de rémunération par acte significativement différent. Cette analyse porte sur la relation linéaire entre les deux variables et ne permet pas d'exclure d'autres formes de relation ou l'influence d'autres facteurs.

Dans la suite de l'analyse, les médecins généralistes médecins traitants sont répartis en 4 groupes en fonction de leurs montants de rémunération annuels.

Tableau n° 23 : caractéristiques de l'activité et de la patientèle des médecins généralistes libéraux médecins traitants par quartile de rémunération

	Q1 (9 -132 k€)	Q2 (132-171 k€)	Q3 (171-221 k€)	Q4 (221-506 k€)
File active moyenne	1 001	1 416	1 708	2 472
Patientèle MT moyenne (16 ans ou plus) vus au moins une fois dans l'année par le médecin	504	725	913	1 244
Part moyenne des patients ALD ou 65 ans et plus ou C2S parmi les patients MT vus	0,53	0,51	0,51	0,53

Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

L'analyse par quartiles de rémunération montre que la taille de la file active et la patientèle MT augmentent avec le niveau de rémunération. Les médecins des quartiles supérieurs de rémunérations (Q3 et Q4) suivent en moyenne davantage de patients que ceux des quartiles inférieurs (Q1 et Q2). La part des patients complexes (ALD, C2S, ou âgés de 65 ans et plus) reste relativement stable entre les groupes, autour de 51–53 %.

Tableau n° 24 : répartition moyenne des composantes de rémunération des médecins généralistes libéraux médecins traitants par quartile de rémunération

	Q1 (9 -132 k€)	Q2 (132-171 k€)	Q3 (171-221 k€)	Q4 (221-506 k€)
Total (%)	**100**	**100**	**100**	**100**
Actes MT (%)	55	57,3	59,1	58
Actes hors MT (%)	24,3	22,6	21,1	23
FPMT (%)	11,6	11,3	11,2	10,4
ROSP (%)	3,4	3,6	3,5	3,1

Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

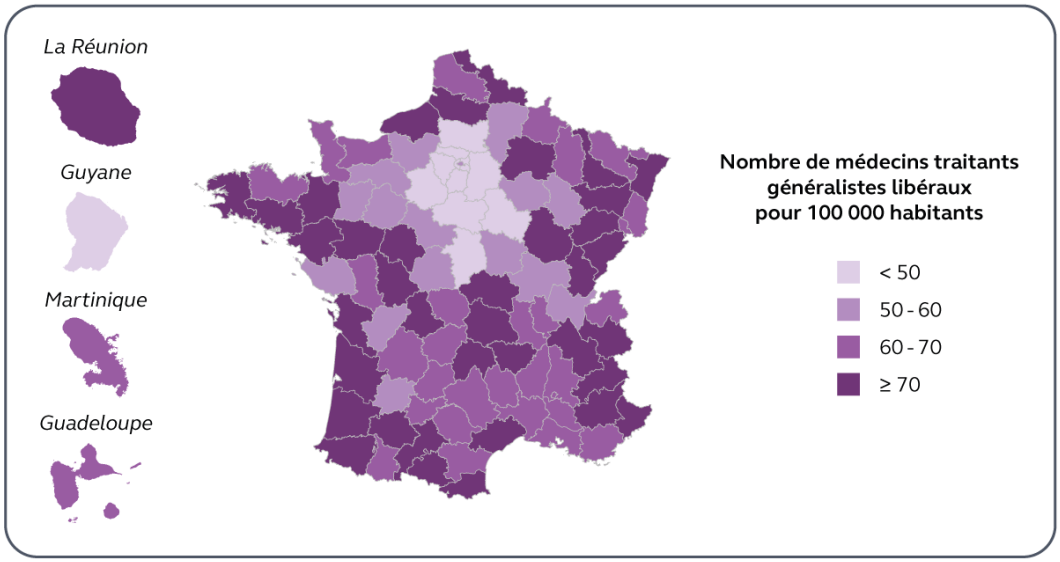
La répartition des différentes composantes de rémunération reste assez similaire quel que soit le quartile de rémunération. Le forfait patient médecin traitant représente en moyenne 10 à 11 % de la rémunération totale pour les quatre groupes, tandis que la part des honoraires, ainsi que celle de la ROSP, varie peu entre les groupes.

Médecins traitants : densité départementale

L'analyse porte sur les 44 630 médecins généralistes libéraux exerçant comme médecins traitants en 2024. Il s'agit des médecins ayant vu au moins 200 patients de leur patientèle adulte médecin traitant en 2024.

L'analyse s'appuie également sur les données départementales de population française INSEE en 2024 et d'effectifs de médecins généralistes libéraux présents et actifs au 31 décembre 2024 (données CNAM disponibles en open data[261]).

Carte n° 4 : densité de médecins traitants libéraux (pour 100 000 habitants) en 2024

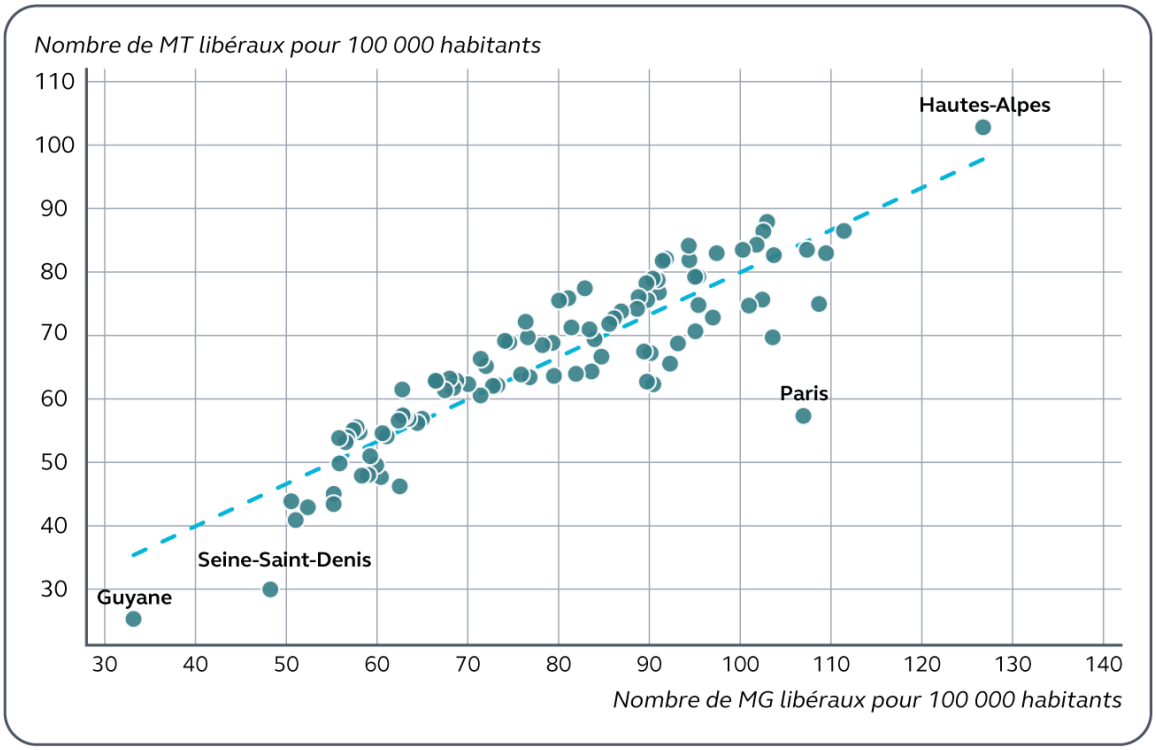


Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS, recensement de la population INSEE

La densité de médecins traitants libéraux pour 100 000 habitants varie fortement selon les départements. Elle est la plus faible en Guyane (25 médecins pour 100 000 habitants), en Seine-Saint-Denis (30 médecins) et dans le Cher (41 médecins). À l'inverse, elle est la plus élevée dans les Hautes-Alpes (103 médecins pour 100 000 habitants), dans le Finistère (88 médecins) et dans les Pyrénées-Atlantiques (86 médecins). La densité nationale est de 65 médecins traitants libéraux pour 100 000 habitants.

[261] https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/densite-professionnels-sante-liberaux-departement.

Graphique n° 12 : densité de médecins traitants généralistes libéraux selon la densité de médecins généralistes libéraux (par département)



Champ : médecins traitants généralistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS, recensement de la population INSEE

Dans la majorité des départements, les densités de médecins généralistes libéraux et de médecins traitants généralistes libéraux évoluent de manière similaire : les territoires disposant d'une forte densité de médecins généralistes libéraux présentent également une densité élevée de médecins généralistes libéraux exerçant comme médecins traitants. Certains départements illustrent toutefois un décalage entre ces deux indicateurs. C'est notamment le cas de Paris, qui se caractérise par une densité élevée de médecins généralistes libéraux (6e rang national), mais une densité faible de médecins généralistes libéraux exerçant comme médecins traitants (72ème rang).

Annexe n° 6 : médecins spécialistes médecins traitants

L'objectif est de décrire les médecins spécialistes libéraux déclarés comme médecins traitants en 2024. Il s'agit de caractériser ces médecins selon leur spécialité, de quantifier le nombre de patients les déclarant comme médecin traitant et d'analyser la distribution du nombre de patients de 16 ans et plus par médecin spécialiste.

Données et méthodes

Les analyses descriptives qui suivent s'appuient sur les données du SNDS pour l'année 2024. L'étude porte sur les médecins spécialistes libéraux en activité en 2024 déclarés au moins une fois comme médecin traitant dans les données de prestations de soins de ville (table ER_PRS_F). Le statut « en activité » est déterminé à partir des données du référentiel des professionnels de santé libéraux (table DA_PRA_R).

Résultats

Tableau n° 25 : nombre de bénéficiaires déclarant un médecin traitant spécialiste (2024)

	Nombre de patients déclarant un médecin spécialiste comme MT en 2024
Total	**1 166 008**
Moins de 16 ans	988 664
16 ans et plus	177 344

Champ : patients déclarant un médecin spécialiste libéral en activité comme médecin traitant en 2024.
Source : SNDS

En 2024, près d'1,2 million de patients ont déclarés un médecin spécialiste libéral comme médecin traitant, majoritairement des patients de moins de 16 ans. Les patients de 16 ans et plus représentent une minorité, soit 177 344 individus.

Tableau n° 26 : nombre de médecins spécialistes libéraux déclarés comme médecins traitant et nombre de bénéficiaires de 16 ans et plus déclarant un médecin traitant spécialiste libéral (2024)

Spécialité médicales	Nombre de médecins	%	Nombre de bénéficiaires	%
Total	**25 417**	**100**	**177 344**	**100**
Psychiatrie générale	2 748	10,8	6 889	3,9
Pathologie cardio-vasculaire	2 638	10,4	11 161	6,3
Pédiatrie	2 432	9,6	52 964	29,8
Radiodiagnostic et imagerie médicale	1 792	7,1	3 910	2,2
Ophtalmologie	1 573	6,2	4 224	2,4
Gynécologie obstétrique	1 524	6,0	4 863	2,7
Dermatologie et vénérologie	1 477	5,8	5 594	3,2
Anesthésiologie - réanimation chirurgicale	1 247	4,9	2 667	1,5
Otorhinolaryngologie	1 098	4,3	5 379	3,0
Gastro-entérologie et hépatologie	1 027	4,0	3 773	2,1
Chirurgie orthopédique et traumatologie	939	3,7	2 281	1,3
Rhumatologie	932	3,7	3 865	2,2
Pneumologie	688	2,7	3 207	1,8
Endocrinologie et métabolismes	564	2,2	5 405	3,0
Neurologie	535	2,1	1 448	0,8
Chirurgie urologique	422	1,7	860	0,5
Chirurgie générale	395	1,6	1 871	1,1
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	347	1,4	984	0,6
Gynécologie médicale	347	1,4	1 321	0,7
Néphrologie	311	1,2	1 506	0,8
Directeur laboratoire médecin	264	1,0	575	0,3
Médecine physique et de réadaptation	224	0,9	2 356	1,3
Médecine interne	175	0,7	24 062	13,6
Gériatrie	92	0,4	21 902	12,3
Autres spécialités	1 626	6,2	4 277	14,9

Note : les lignes grisées correspondent aux spécialités qui couvrent plus de 3 % des bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant spécialiste.
Champ : médecins spécialistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

En 2024, 25 417 médecins spécialistes libéraux en activité étaient identifiés au moins une fois comme médecin traitant dans les données de prestations du SNDS. Parmi eux, 10,8 % étaient psychiatres, 10,4 % cardiologues et 9,6 % pédiatres.

En 2024, 177 344 patients de 16 ans et plus ont déclaré un médecin spécialiste libéral comme médecin traitant. Parmi ces patients, 29,8 % ont déclaré un pédiatre comme médecin traitant, 13,6 % un spécialiste en médecine interne et 12,3 % un gériatre.

Tableau n° 27 : distribution du nombre de patients MT de 16 ans et plus par médecin spécialiste

	Q10	Q25	Médiane	Q75	Q90	Q99	Moyenne
Nombre de patients MT de 16 ans et plus	1	1	2	4	8	96	7

Champ : médecins spécialistes libéraux en activité en 2024.
Source : SNDS

Parmi les 25 045 médecins spécialistes ayant au moins un patient de 16 ans ou plus déclaré comme médecin traitant, la moitié sont déclarés pour au plus deux patients, et 90 % pour au plus huit patients. En moyenne, les médecins spécialistes sont déclarés comme médecin traitant pour sept patients de 16 ans ou plus. Seul 1 % des médecins spécialistes sont déclarés comme médecin traitant pour 96 patients ou plus.

Annexe n° 7 : couverture de la population par un médecin traitant et profil des patients

Les dernières données disponibles au 30 juin 2025 indiquent que 88,5 % de la population adulte dispose d'un médecin traitant déclaré auprès de l'Assurance maladie, soit 49 millions de personnes, tandis que 6,3 millions d'assurés n'ont pas de médecin traitant déclaré[262]. Toutefois, ces taux de couverture varient selon les caractéristiques socio-démographiques des assurés et selon les territoires.

La présente annexe vise à documenter ces disparités en analysant la couverture par un médecin traitant selon différentes caractéristiques de la population. L'âge constitue le facteur le plus déterminant dans la déclaration d'un médecin traitant : les taux de couverture augmentent fortement avec l'avancée en âge. Les autres dimensions d'analyse sont donc examinées en tenant compte de cet effet d'âge, afin de comparer les populations à âge comparable.

L'analyse présente ainsi les taux de couverture selon plusieurs dimensions : l'âge, le genre, le fait d'être bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (C2S) ou d'être atteint d'une affection de longue durée (ALD), ainsi que selon le lieu de résidence des assurés, en distinguant les zones urbaines et rurales, les territoires caractérisés par différents niveaux d'accessibilité aux généralistes (APL aux généralistes), ainsi que la situation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'annexe présente également l'évolution des taux de couverture depuis 2015 pour l'ensemble de la population, ainsi que pour certains sous-groupes spécifiques, en particulier les assurés en ALD et les bénéficiaires de la C2S. Une analyse territoriale complète cette approche, avec l'étude des taux de couverture par un médecin traitant à l'échelle régionale et départementale, pour les années 2015 et 2023.

L'étude s'intéresse ensuite plus spécifiquement au profil des assurés ne disposant pas de médecin traitant déclaré. Cette analyse repose sur la comparaison entre la structure de la population totale et celle de la population sans médecin traitant, afin d'identifier les catégories d'assurés surreprésentées parmi ces derniers.

Enfin, l'annexe propose une analyse économétrique visant à estimer la probabilité de ne pas disposer d'un médecin traitant déclaré, à partir des principales caractéristiques socio-démographiques et territoriales des assurés.

Données et méthodes

Les analyses reposent sur les données du SNDS. Les informations relatives à la couverture des assurés par un médecin traitant sont issues de la Cartographie des pathologies et des dépenses, produite par la Cnam, et pour laquelle la dernière année disponible est 2023.

La base Cartographie des pathologies recense l'ensemble des individus assurés ayant consommé au moins un soin de ville au cours de l'année considérée, quel que soit le type de consommation de soins (pharmacie, biologie, radiologie, consultation, etc.).

[262] Source : CNAM, base Sniiram, patients consommant en ville de 17 ans et plus, tous régimes confondus.

Pour chaque individu, une variable permet d'identifier la situation vis-à-vis du médecin traitant. Plusieurs situations sont distinguées :

- médecin traitant déclaré et actif, lorsque l'assuré a désigné un médecin traitant et que celui-ci est toujours en activité ;
- médecin traitant déclaré, mais en cessation d'activité, lorsque le médecin précédemment déclaré par l'assuré n'exerce plus ;
- médecin traitant « fictif », situation correspondant à un enregistrement administratif dans les bases de l'assurance maladie, attribué par la caisse primaire à certains assurés ne disposant pas de médecin traitant déclaré. Ce dispositif vise notamment à éviter l'application des pénalités de remboursement et à limiter les risques de renoncement aux soins ;
- absence de médecin traitant déclaré.

Dans cette annexe, nous ne nous intéressons qu'aux assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France hors TOM.

Le graphique n° 12 et le tableau n° 25 présentent toutefois la couverture par un médecin traitant sur l'ensemble des âges, afin de mettre en évidence les spécificités des plus jeunes assurés, dont les niveaux de couverture sont plus faibles. Cette situation s'explique notamment par une extension plus récente du dispositif du médecin traitant à ces classes d'âge, ainsi que par l'absence de pénalités de remboursement liées au parcours de soins coordonné. L'analyse est ensuite centrée sur les adultes, seuls pleinement concernés par l'ancienneté du dispositif et ses modalités d'application.

Sur le champ retenu, l'effectif total est 53 866 962 individus en 2023. La répartition selon la situation vis-à-vis du médecin traitant est la suivante :

- 47 491 288 assurés (88,2 %) ont déclaré un médecin traitant en activité ;
- 2 081 775 assurés (3,9 %) ont un médecin traitant qui n'exerce plus ;
- 1 513 403 assurés (2,8 %) ont un médecin traitant « fictif » ;
- 2 780 496 assurés (5,2 %) n'ont pas de médecin traitant déclaré.

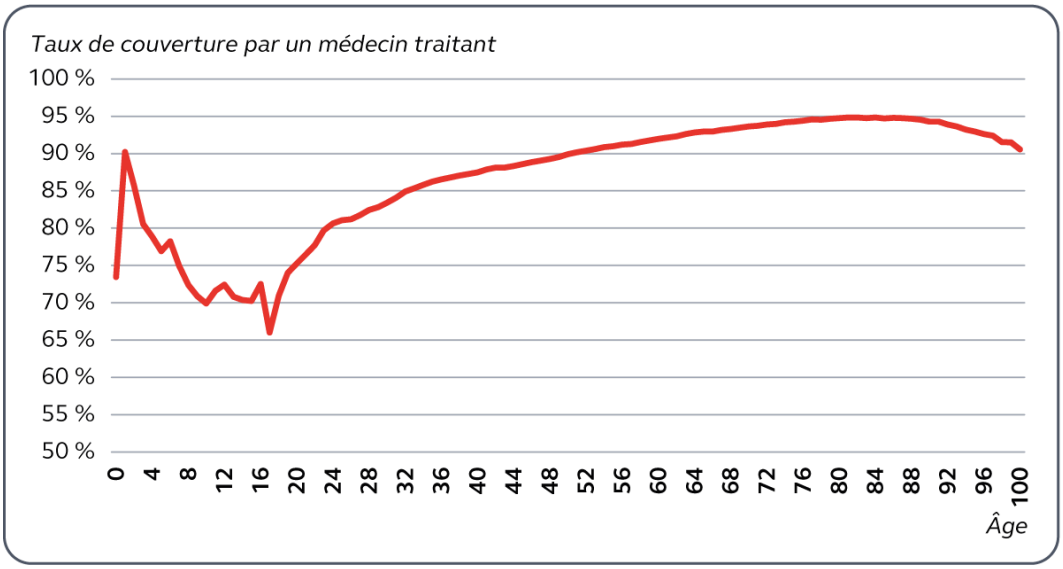
Dans les analyses présentées dans cette annexe, les situations de médecin traitant en cessation d'activité et de médecin traitant fictif sont assimilées à une absence de médecin traitant déclaré.

Résultats

Des taux de couverture par un médecin traitant différenciés selon l'âge et les caractéristiques des assurés

L'âge est le principal facteur explicatif du niveau de couverture de la population par un médecin traitant : l'âge moyen des assurés sans médecin traitant s'élève à 41 ans, contre 51 ans pour ceux disposant d'un médecin traitant actif ; l'âge médian s'établit respectivement à 37 ans pour les assurés sans médecin traitant et à 51 ans pour ceux disposant d'un médecin traitant actif. Pour la population adulte, la proportion d'assurés ayant déclaré un médecin traitant augmente de manière continue avec l'âge, comme le montre le graphique n° 12, ce qui se traduit par des écarts importants de couverture selon les périodes de la vie. Comme l'illustre le tableau n°25, 78 % des assurés âgés de 17 à 29 ans disposent d'un médecin traitant actif, contre 94 % des assurés âgés de 70 ans ou plus.

Graphique n° 13 : taux de couverture par un médecin traitant par âge



Note de lecture : 87 % des assurés âgés de 40 ans ont un médecin traitant actif.
Champ : assurés tous régimes, non décédés dans l'année, résidant en France, hors territoires d'outre-mer (TOM), ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

D'autres déterminants socio-démographiques et territoriaux sont associés à un moindre niveau de couverture par un médecin traitant.

À chaque âge, les hommes déclarent moins souvent un médecin traitant que les femmes (en moyenne 86 % contre 90 %). Cet écart tend néanmoins à se réduire avec l'âge. Il est particulièrement marqué chez les plus jeunes : entre 17 et 39 ans, le taux de couverture des femmes est supérieur de sept points de pourcentage à celui des hommes. Toutefois, au-delà de 70 ans, les niveaux de couverture deviennent proches entre les deux genres.

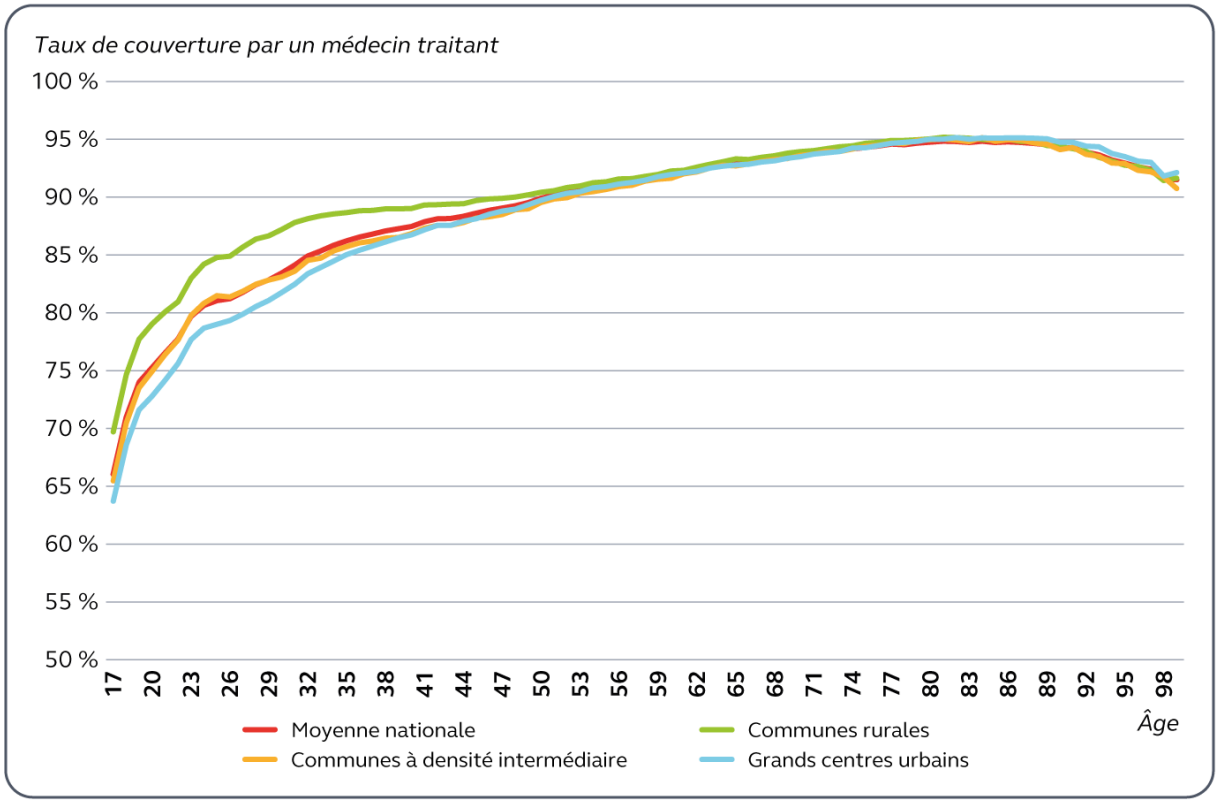
Tableau n° 28 : taux de couverture par un médecin traitant selon l'âge et le genre

Tranche d'âge	Effectifs patients avec un MT	Taux de couverture par un médecin traitant	Moyenne nationale	Hommes	Femmes
0-16 ans	12 794 222	9 604 887	75 %	75 %	75 %
17-29 ans	10 201 840	7 924 159	78 %	74 %	81 %
30-39 ans	8 234 259	7 063 661	86 %	82 %	89 %
40-49 ans	8 281 971	7 330 903	89 %	86 %	91 %
50-59 ans	8 772 295	7 970 169	91 %	89 %	93 %
60-69 ans	7 932 776	7 357 045	93 %	92 %	94 %
70-79 ans	6 429 271	6 053 270	94 %	94 %	95 %
80 ans et +	4 014 550	3 792 081	94 %	94 %	95 %

Note de lecture : 78 % des assurés âgés de 17 à 29 ans ont un médecin traitant actif.
Champ : assurés tous régimes, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

Le fait d'habiter en zones urbaines est aussi associé à une moindre couverture (87 %) indépendamment de l'âge. Au contraire, les habitants des zones rurales disposent plus souvent d'un médecin traitant que la population générale (90 %). Cet écart est surtout marqué pour les populations les plus jeunes, comme le montre le graphique n°12. En effet, 81 % des assurés âgés de 17 à 29 ans résidant dans une commune rurale ont un médecin traitant actif, contre seulement 75 % des assurés du même âge résidant dans un grand centre urbain.

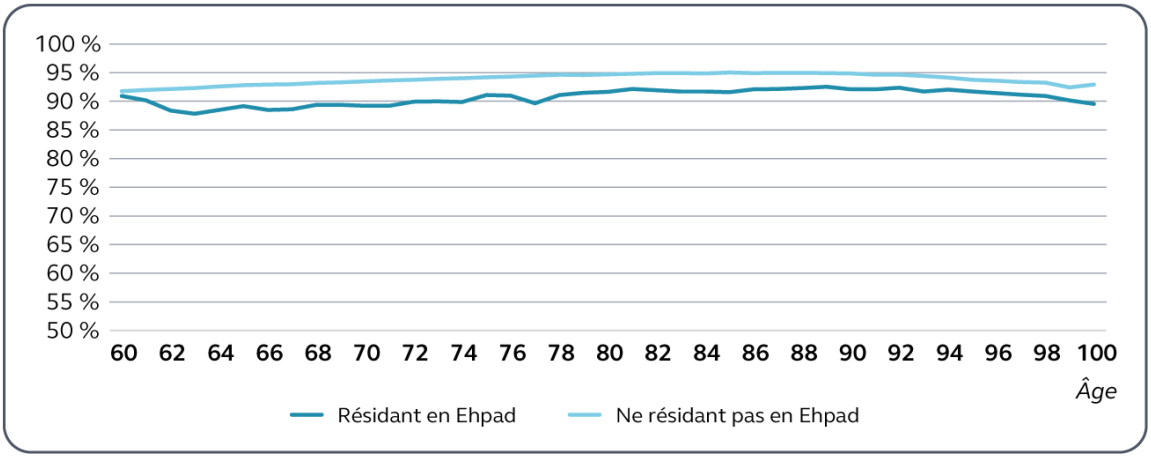
Graphique n° 14 : taux de couverture par un médecin traitant selon la densité de la commune de résidence, par tranche d'âge



Note : la répartition des communes selon leur densité est issue de la grille communale de densité de l'INSEE, 2024.
Note de lecture : 84 % des assurés âgés de 31 ans résidant dans une commune rurale ont un médecin traitant actif.
Champ : assurés tous régimes, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

Les résidents en EHPAD, même s'ils disposent d'une couverture par un médecin traitant plus élevée que la moyenne (les taux de couverture augmentant avec l'avancée en âge), déclarent moins souvent un médecin traitant que les assurés du même âge ne résidant pas en établissement. Ainsi, parmi les assurés âgés de 70 à 79 ans, 91 % des résidents en EHPAD disposent d'un médecin traitant actif, contre 94 % des assurés du même âge ne résidant pas en EHPAD. Cet écart est stable selon les tranches d'âge.

Graphique n° 15 : taux de couverture par un médecin traitant selon la résidence en EHPAD, par tranche d'âge

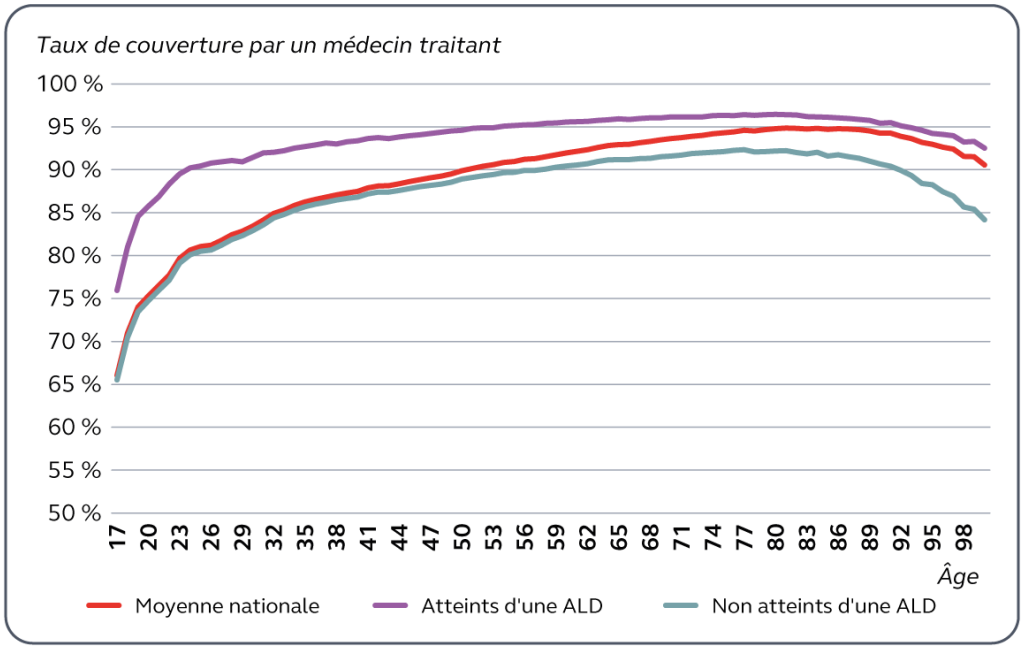


Note de lecture : 90 % des assurés âgés de 74 ans résidant en EHPAD ont un médecin traitant actif.
Champ : assurés tous régimes, âgés de 60 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

Deux publics d'assurés particulièrement vulnérables se distinguent du reste de la population en matière de couverture par un médecin traitant, indépendamment de l'âge.

C'est le cas des assurés atteints d'une pathologie reconnue au titre d'une affection de longue durée (ALD). Ces derniers, qui représentent 13,2 millions de personnes, soit près d'un quart des assurés, bénéficient d'un niveau de couverture particulièrement élevé, atteignant 95,8 % en 2025, soit plus de 7 points de pourcentage de plus que la moyenne nationale. Cet écart de couverture se retrouve à tous les âges, comme le montre le graphique n°14. Il est particulièrement marqué chez les assurés les plus jeunes : 88 % des assurés âgés de 17 à 29 ans atteints d'une ALD disposent d'un médecin traitant déclaré, contre 77 % pour les assurés du même âge n'étant pas atteints d'une ALD. Si l'écart tend à se réduire avec l'âge, il demeure néanmoins important dans toutes les classes d'âge (au moins 4 points de pourcentage).

Graphique n° 16 : taux de couverture par un médecin traitant selon la présence d'une ALD, par âge

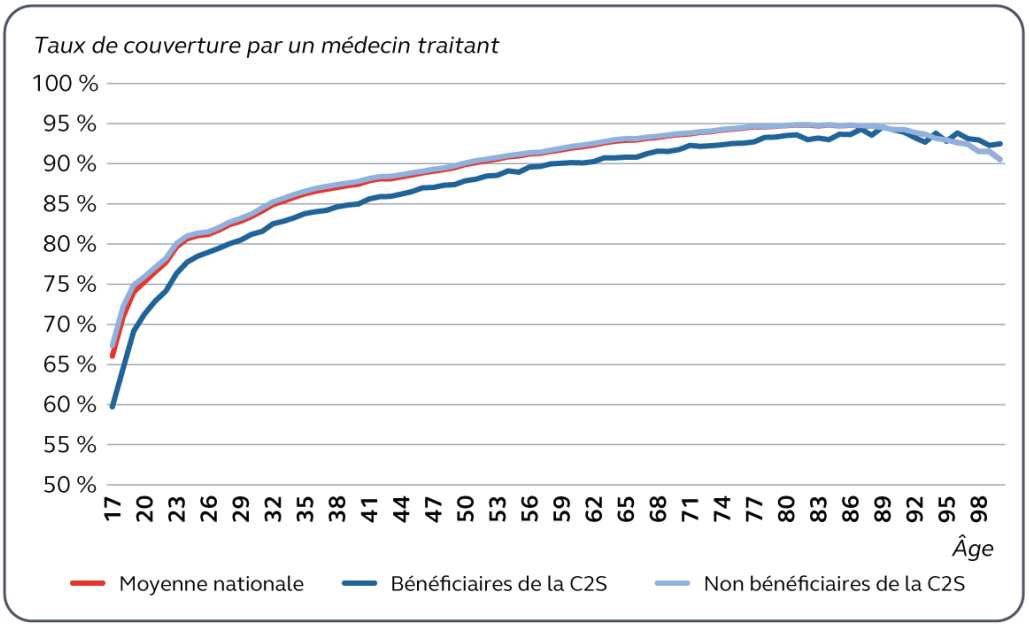


Note de lecture : 93 % des assurés âgés de 30 à 39 ans atteints d'une ALD ont un médecin traitant actif.
Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

À l'inverse des patients en ALD, les 5,4 millions d'assurés précaires, bénéficiaires de l'assurance complémentaire solidaire de santé (C2S), ont un taux de couverture par un médecin traitant de seulement 83,3 %, soit plus de 5 points de pourcentage de moins que la moyenne nationale.

Cet écart de couverture se retrouve dans toutes les classes d'âge, comme le montre le graphique n°15. Il est particulièrement marqué chez les jeunes adultes : parmi les assurés âgés de 17 à 29 ans, seuls 73 % des bénéficiaires de la C2S disposent d'un médecin traitant déclaré, contre 78 % pour l'ensemble de la population. Cet écart tend toutefois à se réduire avec l'avancée en âge, bien que la couverture des bénéficiaires de la C2S reste systématiquement inférieure à celles des non-bénéficiaires.

Graphique n° 17 : taux de couverture par un médecin traitant selon le bénéfice de la C2S, par âge



Note de lecture : 86 % des assurés âgés de 44 ans bénéficiaires de la C2S ont un médecin traitant actif.
Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

Une progression globale des taux de couverture depuis 2015, avec des écarts territoriaux persistants

Évolution globale du taux de couverture depuis 2015

Le taux de couverture de la population adulte par un médecin traitant, après un point haut à 89,5 % en 2019 et un recul temporaire à 87,9 % en 2021, s'est redressé pour atteindre 88,5 % en 2025.

Les assurés atteints d'une affection de longue durée se distinguent par un niveau de couverture supérieur : plus de 94 % sur l'ensemble de la période, avec un rebond à 95,8 % en 2025, soit plus de 7 points au-dessus de la moyenne nationale.

À l'inverse, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire présentent une trajectoire moins favorable : leur taux de couverture a reculé de cinq points depuis 2019, passant de 88,3 % à 83,3 % en 2025, soit un niveau inférieur de plus de cinq points à la moyenne nationale.

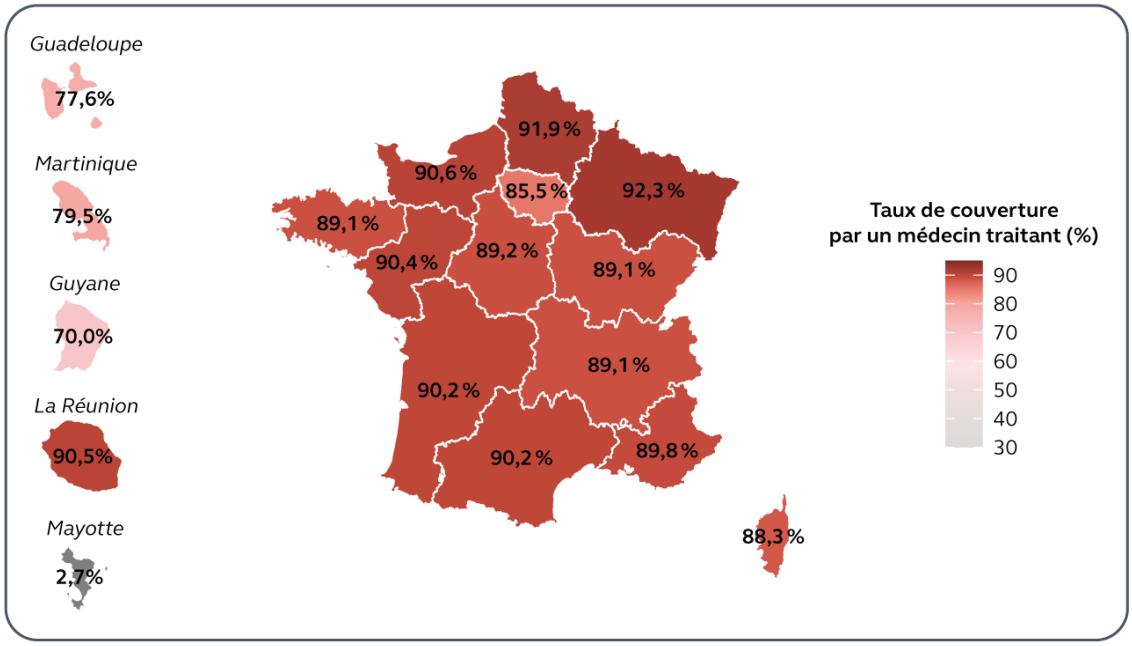
Des disparités territoriales persistantes aux niveaux régional et départemental

Les cartes n°5 à n°8 présentent les taux de couverture par un médecin traitant à l'échelle régionale et départementale en 2015 et en 2023. Elles mettent en évidence des niveaux de couverture globalement élevés en métropole, mais également des écarts persistants entre territoires.

À l'échelle régionale, les écarts restent relativement contenus. En 2023, la plupart des régions métropolitaines présentent des taux de couverture compris entre 88 % et 92 %. Les niveaux les plus élevés sont observés dans le Grand Est (91,6 %) et dans les Hauts-de-France (90,8 %), tandis que les taux les plus faibles se situent en Île-de-France (84,1 %) et dans le Centre-Val de Loire (86,7 %). Entre 2015 et 2023, les évolutions régionales sont relativement limitées en métropole. La baisse la plus marquée concerne le Centre-Val de Loire (- 2,5 points), suivi de la Normandie (- 1,9 point) et de l'Occitanie (- 1,7 point). À l'inverse, certaines régions connaissent une évolution légèrement positive, comme la Corse (+ 2,3 points) ou la Bretagne (+ 0,2 point), tandis que Bourgogne-Franche-Comté reste globalement stable.

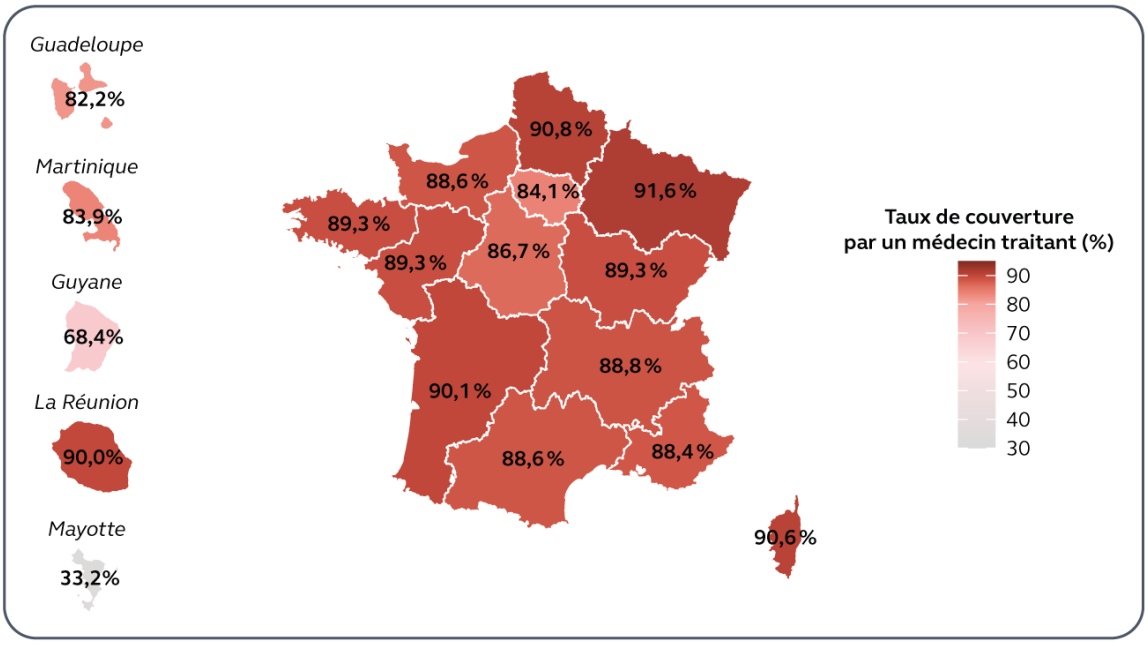
Les situations sont plus contrastées dans les territoires ultramarins. Entre 2015 et 2023, les taux de couverture progressent sensiblement en Guadeloupe (+ 4,7 points) et en Martinique (+ 4,4 points), tandis qu'ils reculent légèrement en Guyane (- 1,5 point). La Réunion demeure à un niveau élevé et relativement stable (90 % en 2023). La situation de Mayotte se distingue fortement. En effet, le taux de couverture y passe de 2,7 % en 2015 à 33,2 % en 2023, traduisant la structuration progressive des soins primaires sur ce territoire.

Carte n° 5 : taux de couverture par un médecin traitant par région en 2015



Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2015.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2015)

Carte n° 6 : taux de couverture par un médecin traitant par région en 2023



Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

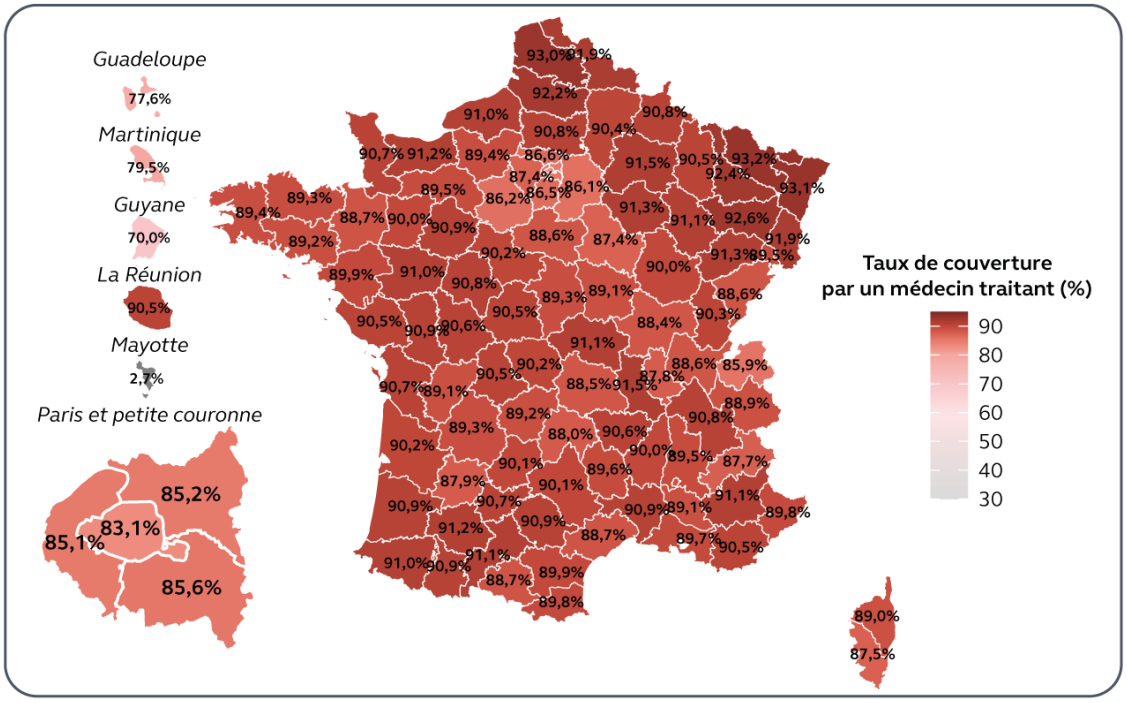
Les écarts sont plus marqués à l'échelle départementale. En 2023, plusieurs départements affichent des taux de couverture particulièrement élevés, dépassant 92 %, comme l'Indre-et-Loire, la Haute-Loire, la Marne (92,7 %), le Pas-de-Calais (92,6 %), ou encore, à l'Est du territoire, la Meuse (92,1 %) et les Vosges (92,3 %). À l'inverse, certains territoires présentent des niveaux plus faibles, en particulier dans certaines zones urbaines ou dans des départements caractérisés par une moindre accessibilité à l'offre de soins. C'est notamment le cas de Paris (82,4 %), du Cher (82,5 %) et de la Seine-Saint-Denis (83,1 %).

L'analyse à l'échelle départementale met également en évidence des disparités marquées entre départements appartenant à une même région : au sein du Centre-Val de Loire, le taux de couverture atteint près de 93 % en Indre-et-Loire, contre seulement 83 % dans le Cher, soit 10 points d'écart. Ces écarts infrarégionaux suggèrent que les dynamiques territoriales d'accès aux soins se jouent à des échelles très fines.

Ces disparités peuvent être encore plus marquées à des échelles infra-départementales. Ainsi, en Eure-et-Loir, pour un taux moyen dans le département de 20 % de patients sans médecin traitant en 2019, le taux s'élevait à 14 % dans la communauté d'agglomération de Bonneval, contre 26 % dans celle de Dreux, écart qui ne s'explique que partiellement par la structure d'âge de la population.

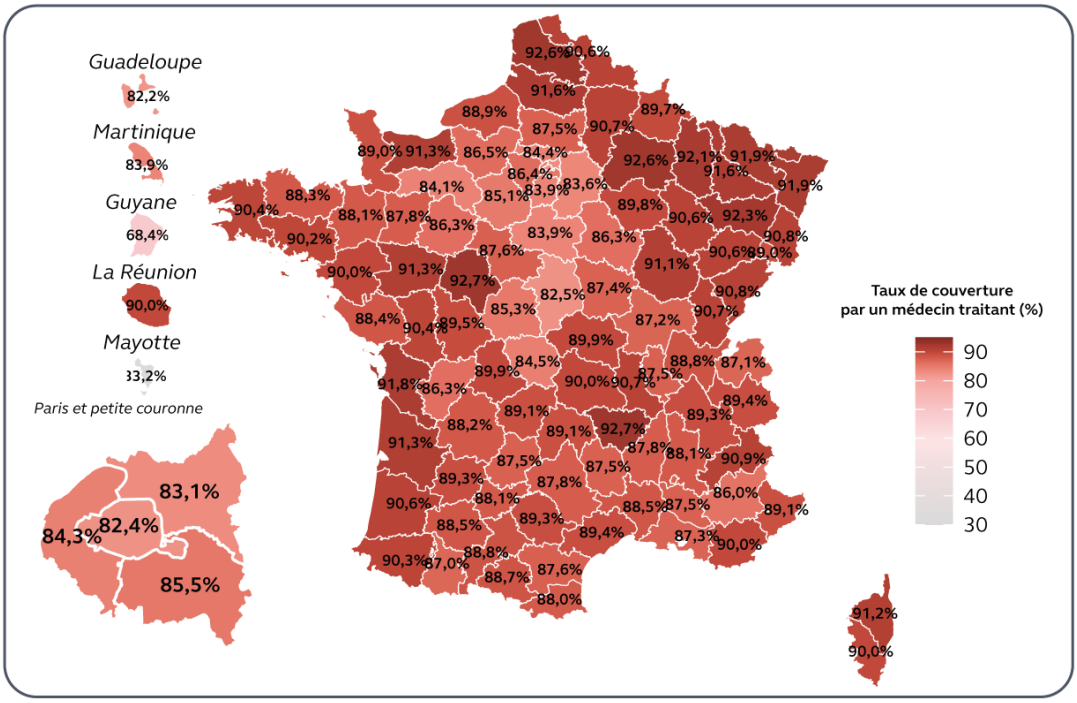
Entre 2015 et 2023, plusieurs départements ont connu des reculs marqués du taux de couverture. Les baisses les plus importantes sont observées dans le Cher (- 6,8 points), la Creuse (- 5,8 points), l'Orne (- 5,3 points), les Alpes-de-Haute-Provence (- 5,1 points) et l'Indre (- 5,1 points). À l'inverse, certains territoires connaissent une progression notable du taux de couverture, notamment les Hautes-Alpes (+ 3,2 points), la Corse-du-Sud (+ 2,5 points) ou encore la Haute-Corse (+ 2,2 points).

Carte n° 7 : taux de couverture par un médecin traitant par département en 2015



Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2015. Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2015)

Carte n° 8 : taux de couverture par un médecin traitant par département en 2023



Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023).

Profil des patients sans médecin traitant

Surreprésentation de certains publics d'assurés parmi les individus sans médecin traitant

Afin de mieux caractériser les assurés ne disposant pas de médecin traitant déclaré, la structure de cette population est comparée à celle de l'ensemble des assurés.

Les hommes sont davantage représentés parmi les assurés sans médecin traitant. Alors qu'ils représentent 47 % de la population totale, ils constituent 57 % de la population non couverte. À l'inverse, les femmes sont relativement moins présentes parmi les assurés sans médecin traitant (43 % contre 53 % dans la population totale).

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont également surreprésentés parmi les assurés ne disposant pas de médecin traitant. Ils représentent 10 % de la population totale, mais 13 % de la population non couverte, confirmant les difficultés d'accès à un médecin traitant déjà observées pour les publics les plus précaires.

À l'inverse, les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) sont nettement sous-représentés parmi les assurés sans médecin traitant. Alors qu'ils représentent 24 % de l'ensemble des assurés, ils ne constituent que 10 % de la population non couverte.

Les différences sont également marquées selon l'âge. Les assurés les plus jeunes sont largement surreprésentés parmi les personnes sans médecin traitant : les 17-40 ans représentent 36 % de la population totale mais 56 % de la population non couverte. À l'inverse, les personnes âgées de 65 ans et plus, qui constituent un quart de la population totale, ne représentent que 13 % des assurés sans médecin traitant.

Tableau n° 29 : structure de la population totale et de la population sans médecin traitant selon les caractéristiques des assurés

	Effectif dans la population totale	Effectif dans la population sans médecin traitant	Part dans la population totale	Part dans la population sans médecin traitant
Genre				
Femmes	28 445 971	2 756 156	53 %	43 %
Hommes	25 420 991	3 619 518	47 %	57 %
C2S				
Bénéficiaires de la C2S	5 228 994	843 754	10 %	13 %
Non bénéficiaires de la C2S	48 637 968	5 531 920	90 %	87 %
ALD				
Atteints d'une ALD	13 156 386	634 812	24 %	10 %
Non atteints d'une ALD	40 710 576	5 740 862	76 %	90 %
Âge				
17-40 ans	19 250 524	3 550 422	36 %	56 %
40-65 ans	21 148 412	2 021 633	39 %	32 %
65 ans et plus	13 468 026	803 619	25 %	13 %
Densité de la commune				
Communes rurales	17 068 557	1 715 403	32 %	27 %
Communes de densité intermédiaire	8 859 708	902 052	17 %	14 %
Grands centres urbains	27 037 387	3 637 381	51 %	58 %

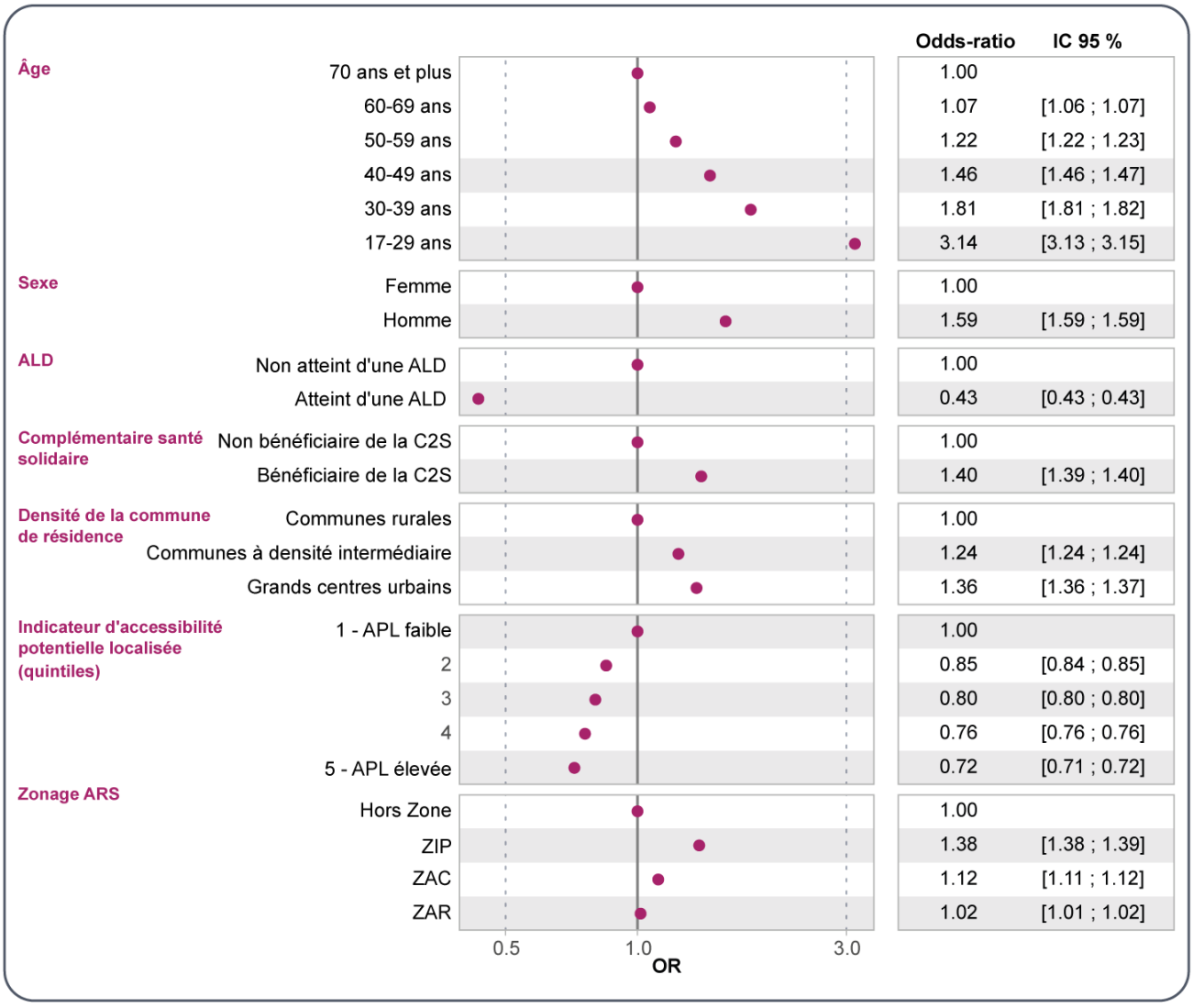
Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

Des écarts existent également selon le type de territoire de résidence. Les assurés résidant dans les grands centres urbains sont plus fréquemment sans médecin traitant : ils représentent 51 % de la population totale mais 58 % de la population non couverte. À l'inverse, les habitants des communes rurales sont légèrement sous-représentés parmi les assurés sans médecin traitant.

Ces résultats mettent en évidence que l'absence de médecin traitant concerne davantage les assurés jeunes, les hommes, les bénéficiaires de la C2S et les habitants des grandes zones urbaines, tandis que les patients atteints d'une ALD et les personnes âgées sont beaucoup plus fréquemment couverts par un médecin traitant.

Probabilité de ne pas disposer d'un médecin traitant selon les caractéristiques des assurés

Graphique n° 18 : résultats du modèle logistique pour estimer les associations entre les caractéristiques des patients et le fait de ne pas avoir de médecin traitant



Champ : assurés tous régimes, âgés de 17 ans et plus, non décédés dans l'année, résidant en France, hors TOM, ayant consommé au moins un soin de ville en 2023.
Source : Cour des comptes à partir des données de l'Assurance maladie (cartographie des pathologies et des dépenses 2023)

Le graphique n°16 présente les résultats d'une analyse économétrique visant à identifier les caractéristiques associées au fait de ne pas disposer d'un médecin traitant déclaré. L'analyse repose sur un modèle logistique multivarié, permettant d'estimer l'association entre différentes caractéristiques socio-démographiques et territoriales des assurés et la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant, toutes choses égales par ailleurs.

Pour chaque caractéristique, une catégorie de référence est définie. Il s'agit de la première catégorie de chaque variable présentée dans le tableau, pour laquelle l'*odds ratio* est normalisé à 1. Les *odds ratios* des autres catégories s'interprètent relativement à cette catégorie de référence.

Pour chaque caractéristique, l'*odds ratio* (OR) mesure l'intensité de l'association avec l'absence de médecin traitant :

- une valeur supérieure à 1 indique que la caractéristique est associée plus fréquemment au fait de ne pas disposer d'un médecin traitant ;
- une valeur inférieure à 1 indique qu'elle est associée moins fréquemment à cette situation.

Les intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) permettent d'apprécier l'incertitude statistique entourant ces estimations.

L'âge est le déterminant le plus marqué. Les assurés les plus jeunes présentent une probabilité beaucoup plus élevée de ne pas disposer d'un médecin traitant que les personnes âgées de 70 ans et plus (catégorie de référence). Les assurés âgés de 17 à 29 ans ont ainsi une probabilité plus de trois fois plus élevée de ne pas avoir de médecin traitant (OR = 3,14). Cette probabilité reste également élevée pour les 30-39 ans (OR = 1,81), les 40-49 ans (OR = 1,46) et les 50-59 ans (OR = 1,22). À l'inverse, l'écart est plus limité pour les 60-69 ans (OR = 1,07). Ces résultats traduisent un gradient très net selon l'âge : la probabilité de disposer d'un médecin traitant augmente progressivement avec l'avancée en âge.

Le genre constitue également un facteur important. À caractéristiques comparables, les hommes présentent une probabilité plus élevée de ne pas disposer de médecin traitant que les femmes (OR = 1,59).

À l'inverse, les patients atteints d'une affection de longue durée sont beaucoup moins fréquemment sans médecin traitant que les autres assurés. Leur probabilité de ne pas avoir de médecin traitant est ainsi plus de deux fois plus faible que celle des assurés non atteints d'une ALD (OR = 0,43).

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire présentent en revanche une probabilité plus élevée de ne pas disposer d'un médecin traitant que les autres assurés (OR = 1,40), ce qui confirme les difficultés d'accès aux soins observées pour les populations les plus précaires.

Les caractéristiques territoriales jouent également un rôle. Les assurés résidant dans les communes à densité intermédiaire (OR = 1,24) ou dans les grands centres urbains (OR = 1,36) présentent une probabilité plus élevée de ne pas disposer de médecin traitant que ceux résidant dans les communes rurales.

À l'inverse, une meilleure accessibilité locale aux médecins généralistes, mesurée par l'indicateur d'APL, est associée à une probabilité plus faible de ne pas avoir de médecin traitant. Les assurés résidant dans les communes appartenant aux quintiles d'APL les plus élevés présentent ainsi des probabilités significativement plus faibles d'être sans médecin traitant que ceux résidant dans les communes avec la plus faible accessibilité aux médecins généralistes (OR = 0,72 pour le quintile le plus élevé).

Enfin, les résultats montrent que les assurés résidant dans les zones identifiées par les agences régionales de santé comme sous-dotées en médecins (ZIP) présentent une probabilité plus élevée de ne pas disposer de médecin traitant (OR = 1,38), tout comme ceux résidant dans les zones d'action complémentaire (ZAC) (OR = 1,12).

Dans l'ensemble, ces résultats confirment que l'absence de médecin traitant concerne davantage les assurés jeunes, les hommes, les bénéficiaires de la C2S et les habitants des zones urbaines, tandis que les patients atteints d'une ALD et les assurés résidant dans les zones où l'accessibilité aux médecins généralistes est la plus élevée disposent plus fréquemment d'un médecin traitant.

Annexe n° 8 : accès au médecin traitant et parcours de soins des assurés en ville

L'objectif est de décrire et de comparer les caractéristiques et le recours aux soins des bénéficiaires qui voient leur médecin traitant, qui ne voient pas leur médecin traitant, ou qui n'ont pas de médecin traitant.

Données et méthodes

Cette étude repose sur une analyse descriptive d'un échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, tirés à partir des tables de la cartographie des pathologies du SNDS. La population de référence correspond à l'ensemble des personnes répondant à ces critères (N = 54 752 388). La taille de l'échantillon a été déterminée afin d'assurer la précision des estimations statistiques tout en limitant la volumétrie des données extraites. Les informations relatives au recours aux soins sont issues de la table ER_PRS_F, et les caractéristiques des professionnels de santé libéraux proviennent du référentiel DA_PRA_R et les caractéristiques des individus proviennent des tables de la cartographie des pathologies.

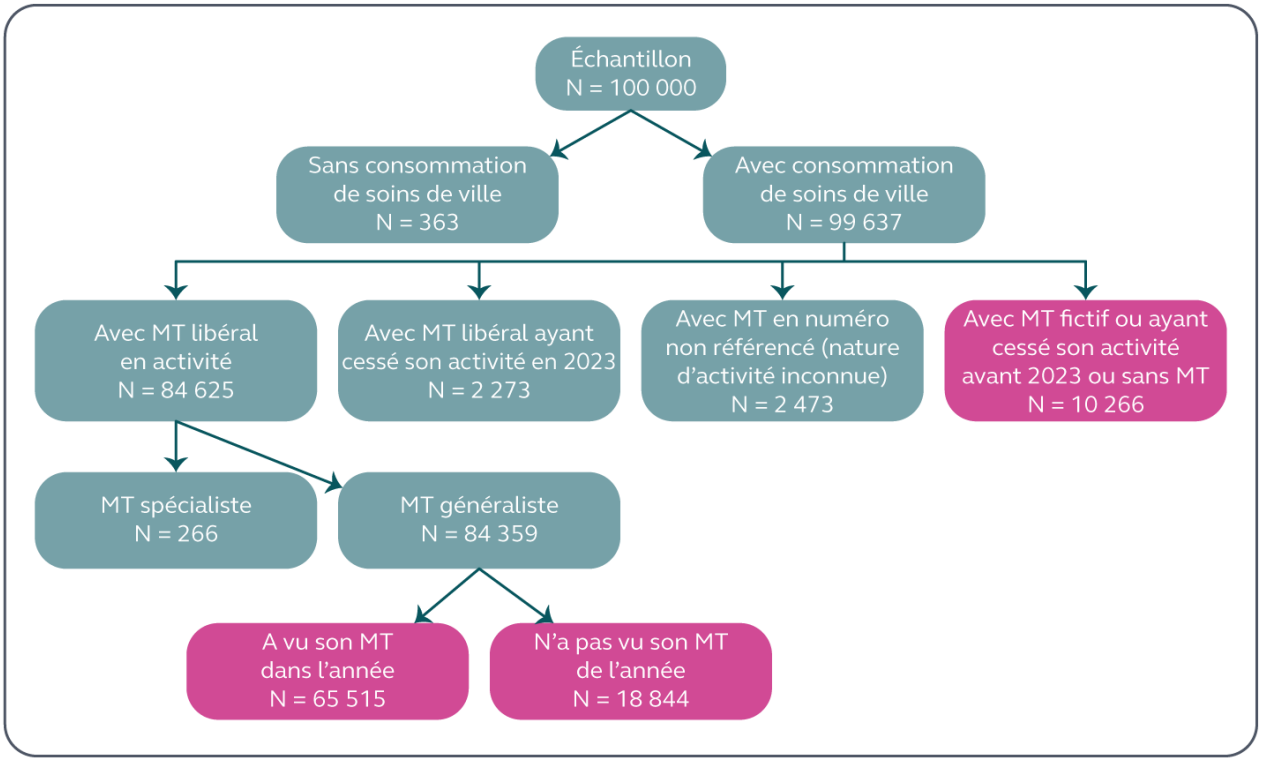
Sélection des cohortes

L'échantillon initial comprend 100 000 bénéficiaires. Parmi eux, quelques bénéficiaires n'ont pas consommé de soins de ville en 2023. Les bénéficiaires restants ayant consommé des soins de ville sont ensuite classés dans les catégories suivantes :

- avec un Médecin traitant (MT) libéral en activité : personnes dont le médecin traitant déclaré est un professionnel libéral actif. Cette catégorie est ensuite subdivisée en médecins et médecins généralistes. Parmi ces derniers, certains ont eu au moins un acte avec leur médecin traitant au cours de l'année, et certains n'en ont pas eu ;
- avec un MT libéral ayant cessé son activité en 2023 ;
- avec un MT dont le numéro n'est pas référencé ;
- avec un MT fictif ou avec un MT ayant cessé son activité avant 2023 ou sans MT.

Dans le cas où plusieurs médecins traitants sont déclarées dans l'année, on choisit d'en attribuer un seul au bénéficiaire avec l'ordre de priorité suivant : MT libéral en activité > MT libéral ayant cessé son activité en 2023 > MT dont le numéro n'est pas référencé > MT fictif ou ayant cessé son activité avant 2023. De même dans le cas d'un MT libéral en activité, on ne garde qu'un seul MT avec cet ordre de priorité : MT généraliste > MT spécialiste.

Schéma n° 2 : sélection des 3 cohortes à partir de l'échantillon



Source : Cour des comptes à partir des données du SNDS

Les analyses présentées dans ce document portent sur trois cohortes :

- cohorte « sans MT » : les bénéficiaires sans médecin traitant, ou ayant un médecin traitant fictif ou ayant cessé son activité avant 2023 ;
- cohorte « avec un MT MG libéral déclaré et vu » : les bénéficiaires ayant un médecin traitant généraliste libéral vu en 2023 ;
- cohorte « avec un MT MG libéral déclaré mais non vu » : les bénéficiaires ayant un médecin traitant généraliste libéral non vu en 2023.

Au sein de ces cohortes, certaines analyses distinguent les bénéficiaires ayant eu une consultation avec un autre médecin généraliste que le médecin traitant et ceux n'ayant pas eu de consultation avec un autre médecin généraliste.

Les bénéficiaires avec un médecin traitant dont le numéro n'est pas référencé (probablement des médecins salariés) ne sont pas inclus car les informations disponibles dans le SNDS ne permettent pas de les caractériser. Les situations particulières (médecins cessant leur activité en cours d'année, spécialistes, etc.) ne sont pas inclues non plus. L'analyse se concentre donc sur les cohortes pour lesquelles les données sont exploitables.

Dans l'ensemble du document, l'expression « médecin vu » renvoie à la réalisation d'un acte clinique ou technique en 2023 par le médecin concerné. Le terme « consultation » désigne la réalisation d'au moins une consultation en 2023 auprès d'un médecin libéral (hors téléconsultations et visites à domicile).

Résultats

Les tableaux de résultats présentent les effectifs et les pourcentages observés dans des sous-groupes de l'échantillon. Pour des raisons de lisibilité, les intervalles de confiance à 95 % ne sont pas affichés systématiquement. Ils sont présentés uniquement pour certains sous-groupes à faible effectif (par exemple les résidents en EHPAD), pour lesquels la variabilité peut être importante.

Répartition et caractéristiques dans les 3 cohortes

Tableau n° 30 : répartition de l'échantillon

	Sans MT	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Avec un MT MG libéral déclaré et vu	Autres situations	Total
Nombre de bénéficiaires	10 266	18 844	65 515	5 375	100 000
Part dans l'échantillon (%)	10	19	65	5	100

Champ : échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023
Source : SNDS

En 2023, 84 % des bénéficiaires disposaient d'un médecin traitant généraliste libéral en activité. 10 % des bénéficiaires avaient un médecin traitant fictif, ou un médecin ayant cessé son activité avant 2023 ou ne disposent pas de médecin traitant. Parmi les bénéficiaires disposant d'un médecin traitant généraliste libéral en activité, 78 % avaient un médecin traitant généraliste et l'ont vu au cours de l'année 2023 et 22 % des bénéficiaires avaient un médecin traitant généraliste mais ne l'ont pas vu en 2023.

Tableau n° 31 : caractéristiques des bénéficiaires de l'échantillon

Caractéristiques	Sans MT	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Avec un MT MG libéral déclaré et vu
Nombre de bénéficiaires	10 266	18 844	65 515
Femme (%)	43	48	60
Âge	39 ; 35 [23–52]	42 ; 40 [28–54]	53 ; 54 [38–69]
16-40 ans (%)	60	60	29
41-64 ans (%)	29	36	39
65 ans et plus (%)	12	12	32
ALD (%)	8	11	31
Bénéficiaire de la C2S	14	10	9
Résident EHPAD	1	1	1
APL médecin généraliste de la commune de résidence	4 ; 3,6 [2,7–4,6]	4 ; 3,7 [2,9–4,6]	4 ; 3,7 [2,9–4,6]

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Les personnes sans médecin traitant avaient un âge médian de 35 ans, contre 40 ans pour celles ayant déclaré un médecin traitant mais ne l'ayant pas vu dans l'année, et 54 ans pour celles l'ayant vu.

Parmi les bénéficiaires ayant un médecin traitant déclaré mais non vu, 11 % étaient en ALD. Cette proportion est plus élevée que parmi les personnes sans médecin traitant (8 %), mais inférieure à celle des bénéficiaires ayant vu leur médecin traitant (31 %).

Recours au soin des trois cohortes

Tableau n° 32 : recours au soin des bénéficiaires de l'échantillon

	Sans MT	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Avec un MT MG libéral déclaré et vu
Nombre de bénéficiaires	10 266	18 844	65 515
Ayant eu une consultation avec un médecin en 2023 en ville (%)	68	65	99*
Ayant eu une consultation avec un médecin généraliste en 2023 en ville (%)	59	48	98
Ayant eu une consultation avec un médecin spécialiste en 2023 en ville (%)	27	35	50

*Note : * cela s'explique par le fait que certains patients n'ont réalisé qu'un acte technique, une visite à domicile ou une téléconsultation, mais pas de consultation au sens retenu ici.*
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulière vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Parmi les individus sans médecin traitant, 59 % avaient consulté un médecin généraliste en ville au cours de l'année. Parmi les individus avec un médecin traitant mais ne l'ayant pas vu de l'année, 48 % avaient consulté un autre médecin généraliste.

Focus sur les bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant

Tableau n° 33 : répartition des bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant généraliste libéral, selon qu'ils ont vu ou non le médecin traitant dans l'année

	Avec un MT MG libéral déclaré	… non vu de l'année	… vu dans l'année
Nombre de bénéficiaires	84 359	22 %	78 %
16-40 ans	28503	34 %	66 %
Bénéficiaire de la C2S	7 647	24 %	76 %
Résident EHPAD	727	30 %	70 %

Champ : bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023
Source : SNDS

Parmi les patients ayant déclaré un médecin traitant en 2023, 22 % ne l'avaient pas vu de l'année. Parmi les patients en EHPAD ayant déclaré un médecin traitant généraliste libéral, 30 % ne l'avaient pas vu de l'année (intervalle de confiance à 95 % : 27-33).

Focus sur les bénéficiaires n'ayant pas vu de médecin traitant

Les cohortes « sans MT » et « avec un MT MG libéral déclaré mais non vu » peuvent être chacune divisée en deux : les individus qui ont eu une consultation avec un médecin généraliste dans l'année et les individus qui n'en n'ont pas eu.

Tableau n° 34 : caractéristiques des bénéficiaires de l'échantillon n'ayant pas vu de médecin traitant en 2023

	Sans MT		**Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu**	
	Avec consultation MG	*Sans consultation MG*	*Avec consultation MG*	*Sans consultation MG*
Nombre de bénéficiaires	6 102	4 164	9 099	9 745
Femme (%)	46	39	50	46
16-40 ans (%)	62	57	57	47
41-64 ans (%)	28	30	32	40
65 ans et plus (%)	10	13	11	13
ALD (%)	9	7	12	11
Bénéficiaire de la C2S (%)	18	10	12	7
Résidents EHPAD (%)	0	1	0	2
Âge	38 ; 33 [22–50]	40 ; 37 [24–54]	41 ; 37 [27–52]	44 ; 42 [30–56]
APL médecin généraliste de la commune de résidence	4 ; 3,6 [2,8–4,6]	4 ; 3,5 [2,7–4,6]	4 ; 3,8 [2,9–4,8]	4 ; 3,6 [2,8–4,6]

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : bénéficiaires n'ayant pas vu de médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023
Source : SNDS

Parmi les bénéficiaires sans médecin traitant et n'ayant pas de consultation avec un autre médecin généraliste, 7 % étaient en ALD et 10 % étaient bénéficiaires de la C2S.

Tableau n° 35 : recours au soin des bénéficiaires de l'échantillon n'ayant pas vu de médecin traitant en 2023

	Sans MT		Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	
	Avec consultation MG	*Sans consultation MG*	*Avec consultation MG*	*Sans consultation MG*
Nombre de bénéficiaires	6 102	4 164	9 099	9 745
Ayant eu une consultation avec un médecin spécialiste en 2023 en ville (%)	31	20	38	31
Nombre de consultations avec un médecin généraliste en 2023 (ville)	2,8 ; 2 [1–3]		2,8 ; 2 [1–3]	

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : bénéficiaires n'ayant pas vu de médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

La distribution du nombre de consultations avec un médecin généraliste est similaire entre les patients sans médecin traitant ayant consulté un médecin généraliste et ceux ayant déclaré un médecin traitant mais ne l'ayant pas vu dans l'année tout en consultant un autre médecin généraliste. Dans les deux cas, le nombre de consultations présente une médiane de deux consultations (moyenne 2,8), avec la moitié des patients comprise entre une et trois consultations.

Tableau n° 36 : recours au soin des bénéficiaires de l'échantillon n'ayant pas vu leur médecin traitant en 2023, selon les caractéristiques des bénéficiaires

	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Dont femmes	Dont C2S	Dont ALD	Dont 65 ans et plus	Dont 16 à 40 ans
Nombre de bénéficiaires	18 844	9 013	1 821	2 117	2 274	9 772
Ayant eu une consultation avec un médecin généraliste en 2023 en ville (%)	48	51	62	50	44	53
Ayant eu une consultation avec un médecin spécialiste en 2023 en ville (%)	35	43	33	47	42	32

Champ : bénéficiaires n'ayant pas vu de médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023
Source : SNDS

Parmi les individus avec un médecin traitant mais ne l'ayant pas vu de l'année, 48 % avaient consulté un autre médecin généraliste. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (51 %), les bénéficiaires de la C2S (62 %, intervalle de confiance à 95 % : 59,8 - 64,2) et les patients de 16 à 40 ans (53 %), et plus faible chez les personnes de 65 ans et plus (44 %, intervalle de confiance à 95 % : 42 - 46).

Focus sur les bénéficiaires ayant vu leur médecin traitant

Tableau n° 37 : recours au soin des bénéficiaires de l'échantillon ayant vu un médecin traitant en 2023

	Avec un MT MG libéral déclaré et vu
Nombre de bénéficiaires	65 515
Ayant eu une consultation avec un autre médecin généraliste (hors médecin traitant) en 2023 en ville (%)	36
Nombre de consultations avec un médecin généraliste en 2023 en ville	4,6 ; 4 [2–6]
Nombre de consultations avec son médecin traitant en 2023 en ville	3,8 ; 3 [2–5]
Nombre de consultations avec un autre médecin généraliste en 2023 en ville	0,9 ; 0 [0–1]
Ratio nombre de consultations MT / nombre de consultations MG	0,8 ; 1 [0,75–1]

Note : la dispersion des variables continues est présentée sous la forme « moyenne ; médiane [1er quartile-3ème quartile] ».
Champ : bénéficiaires ayant vu leur médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

Parmi les bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant libéral et l'ayant vu au cours de l'année, un peu plus d'un tiers avaient également eu recours à un autre médecin généraliste en ville en 2023. Le nombre de consultations avec le médecin traitant s'élève en moyenne à 3,8 par an, la moitié des patients se situant entre deux et cinq consultations. Les consultations auprès d'un autre médecin généraliste sont nettement plus rares. Le ratio entre le nombre de consultations réalisées auprès du médecin traitant et le nombre total de consultations de médecine générale est élevé (en moyenne à 0,8), indiquant que, pour la majorité des patients, le médecin traitant concentre l'essentiel des recours.

Tableau n° 38 : recours au soin des bénéficiaires de l'échantillon ayant vu un médecin traitant en 2023, selon les caractéristiques des bénéficiaires

	Avec un MT MG libéral déclaré et vu	Dont femmes	Dont C2S	Dont ALD	Dont 65 ans et plus	Dont 16 à 40 ans
Nombre de bénéficiaires	65 515	36 617	5 826	20 036	21 258	18 731
Ayant eu une consultation avec un autre médecin généraliste (hors médecin traitant) en 2023 en ville (%)	36	39	46	34	29	46

Champ : bénéficiaires ayant vu leur médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

36 % des patients qui ont vu leur médecin traitant en 2023 avaient également consulté un autre médecin généraliste. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (39 %), les bénéficiaires de la C2S (46 %) et les patients de 16 à 40 ans (46 %), et plus faible chez les patients en ALD (34 %) et les personnes de 65 ans et plus (29 %).

Focus sur la géographie

La localisation du bénéficiaire est la commune de résidence renseignée à la dernière date de soins de 2023 (tables de la cartographie des pathologies). Le médecin traitant déclaré considéré est le médecin traitant déclaré lors de la dernière consommation de soins de 2023. Sa localisation est la commune d'exercice indiquée pour son identifiant de liquidation dans le référentiel des professionnels de santé libéraux en décembre 2023 (DA_PRA_R).

La distance bénéficiaire et médecin traitant déclaré correspond à la distance entre le centroïde de la commune de résidence du bénéficiaire et celui de la commune d'exercice du médecin. Elle est mesurée en km par la route grâce à l'outil metric.osrm de l'Insee.

Tableau n° 39 : disponibilité de l'information de la distance entre la commune de résidence du bénéficiaire et la commune d'exercice du médecin traitant

	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu		**Avec un MT MG libéral déclaré et vu**
	Pas de consultation MG	*Avec consultation MG*	
Nombre de bénéficiaires	9 745	9 099	65 515
La distance a pu être calculée	9 530 (98 %)	8 726 (96 %)	64 695 (99 %)

Champ : bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

La distance entre bénéficiaire et médecin traitant a pu être calculée pour 99 % des bénéficiaires ayant vu leur médecin traitant.

Tableau n° 40 : distribution de la distance entre la commune de résidence des bénéficiaires et celle d'exercice du médecin traitant, selon le recours au médecin traitant et au médecin généraliste

Distance entre la commune de résidence des bénéficiaires et celle d'exercice du médecin traitant (km)	**Q25**	**Q50**	**Q75**	**Q80**	**Q85**	**Q90**
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	0	6	17	17	37	85
Sans consultation MG	0	5	15	15	27	50
Avec consultation MG	0	7	21	21	56	151
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	0	3	10	10	14	19

Note : une distance de zéro kilomètre signifie que le médecin traitant déclaré exerce dans la commune de résidence du bénéficiaire.
Champ : bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

15 % des bénéficiaires qui ne voient pas leur médecin traitant de l'année résident à plus de 37 km de la commune d'exercice de leur médecin traitant déclaré.

Tableau n° 41 : distribution de la distance entre la commune de résidence des bénéficiaires et celle d'exercice du médecin traitant, selon le recours au médecin traitant et au médecin généraliste et selon l'âge du bénéficiaire

Distance entre la commune de résidence des bénéficiaires et celle d'exercice du médecin traitant (km)		Âge	Q25	Q50	Q75	Q85	Q90
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	*Avec consultation MG*	16-40 ans	0	8	27	88	230
		41-64 ans	0	6	17	36	73
		65 ans et plus	0	4	13	24	58
	Sans consultation MG	16-40 ans	0	7	19	43	112
		41-64 ans	0	5	12	20	28
		65 ans et plus	0	2	11	20	34
Avec un MT MG libéral déclaré et vu		16-40 ans	0	4	12	18	25
		41-64 ans	0	4	10	14	19
		65 ans et plus	0	0	8	12	15

Champ : bénéficiaires ayant déclaré un médecin traitant, à partir de l'échantillon aléatoire de 100 000 bénéficiaires, âgés de 16 ans et plus, consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023
Source : SNDS

15 % des 16-40 ans avec un médecin traitant déclaré mais non vu, et ayant eu une consultation avec un autre médecin généraliste, résident à plus de 88 km de leur médecin traitant.

Annexe n° 9 : focus sur les parcours de soins diabète et cancer

L'objectif est d'analyser si les individus n'ayant pas vu leur médecin traitant ou n'ayant pas de médecin traitant présentent un moindre suivi de leur diabète et un moindre recours au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

Données et méthodes

L'étude repose sur une analyse descriptive de trois échantillons aléatoires d'individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, tirés à partir des tables de cartographie des pathologies du SNDS. Les échantillons sont différents en fonction de la pathologie ou du type de dépistage étudié. La définition des indicateurs est reprise de la méthodologie de calcul des indicateurs ROSP (version 2025).

Suivi du diabète

L'analyse porte sur les individus âgés de 16 ans ou plus traités par antidiabétiques, identifiés dans les tables de cartographie des pathologies par l'indicateur DIA_INS_IND. La population correspondante comprend 4 205 437 individus en 2023. Un échantillon aléatoire de 100 000 personnes a été sélectionné pour l'analyse. L'indicateur étudié est la part des individus ayant bénéficié d'au moins deux dosages d'hémoglobine glyquée (HbA1c) au cours de l'année 2023. Les dosages sont identifiés à partir du code d'acte de biologie BIO_PRS_IDE = 1577.

Dépistage cancer du sein

La population étudiée est constituée des femmes âgées de 50 à 74 ans, soit 10 578 889 individus en 2023. Un échantillon aléatoire de 100 000 femmes a été tiré pour l'analyse. L'indicateur retenu est la part des femmes ayant participé à un dépistage organisé ou individuel du cancer du sein au cours des deux dernières années. Les mammographies sont repérées à partir des codes CCAM QEQK004 et QEQK001.

Dépistage cancer colorectal

L'analyse concerne les individus âgés de 50 à 74 ans, représentant 20 299 016 personnes en 2023. Un échantillon aléatoire initial de 100 000 individus a été constitué. Les personnes ayant réalisé une coloscopie au cours des cinq dernières années ont été exclues du champ de l'étude, conduisant à un échantillon final de 79 020 individus. L'indicateur étudié est la part des individus pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des deux dernières années. Le dépistage est identifié à partir du code de prestation PRS_NAT_REF = 9434. Les coloscopies sont repérées à l'aide des codes CCAM suivants : HFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE00, HHFE006, HHQE002, HHQE004, HHQE005, HJQE001, HHQK484 et HHQH365.

Définition des cohortes

Les individus sont classés au sein de 4 cohortes (la méthodologie est décrite dans l'annexe n°8) :

- cohorte « sans MT » : les bénéficiaires n'ayant pas de médecin traitant en 2023, ou un médecin traitant fictif ou un médecin traitant ayant cessé son activité avant 2023 ;

- cohorte « avec un MT MG libéral déclaré et vu » : les bénéficiaires ayant un médecin traitant généraliste libéral vu en 2023 ;
- cohorte « avec un MT MG libéral déclaré mais non vu » : les bénéficiaires ayant un médecin traitant généraliste libéral non vu en 2023 ;
- cohorte « autres situations » : les bénéficiaires étant dans une autre situation (médecin traitant salarié, médecin traitant ayant cessé leur activité au cours de l'année 2023, médecin traitant spécialiste).

Les analyses présentées par la suite portent uniquement sur les trois premières cohortes, qui sont comparées entre elles.

Résultats

Suivi du diabète selon la situation vis-à-vis du médecin traitant

Tableau n° 42 : répartition de l'échantillon

Situation vis-à-vis du médecin traitant	Effectif	Part dans l'échantillon (%)
Sans MT	3 146	3
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	6 889	7
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	85 055	85
Autres situations	4 910	5
Total	**100 000**	**100**

Note de lecture : parmi les 100 000 personnes diabétiques de l'échantillon, 85 % ont déclaré et vu un médecin traitant, 7 % l'ont déclaré sans le voir et 3 % n'ont pas de médecin traitant.
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

Tableau n° 43 : caractéristiques des personnes de l'échantillon

Caractéristiques	Sans MT	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Avec un MT MG libéral déclaré et vu
Effectif	3 146	6 889	85 055
Femme (%)	42	45	45
65 ans et plus (%)	52	50	64
ALD (%)	85	93	97
Bénéficiaire de la C2S (%)	17	15	11
Âge moyen	63	63	68

Note de lecture : les personnes diabétiques ayant vu leur médecin traitant sont plus âgées (68 ans en moyenne contre 63 ans pour les personnes diabétiques sans médecins traitants).
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Tableau n° 44 : indicateur de suivi du diabète (HbA1c) selon la situation vis-à-vis du médecin traitant

Situation vis-à-vis du médecin traitant	Effectif	Part ayant ≥2 dosages HbA1c (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sans MT	3 146	74	72,2 – 75,8
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	6 889	71	69,7 – 72,3
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	85 055	93	92,8 – 93,2

Note de lecture : 93 % des personnes diabétiques ayant vu leur médecin traitant ont bénéficié d'un dosage de l'HbA1c en 2023. Cette proportion est plus faible chez les personnes n'ayant pas vu leur médecin traitant (71 %) et chez celles sans médecin traitant déclaré (74 %).
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Dépistage cancer du sein selon la situation vis-à-vis du médecin traitant

Tableau n° 45 : répartition de l'échantillon

Situation vis-à-vis du médecin traitant	Effectif	Part dans l'échantillon (%)
Sans MT	5 126	5
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	12 638	13
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	77 537	78
Autres situations	4 699	5
Total	**100 000**	**100**

Note de lecture : parmi les 100 000 femmes de 50 à 74 ans de l'échantillon, 78 % ont déclaré et vu un médecin traitant, 13 % l'ont déclaré sans le voir et 5 % n'ont pas de médecin traitant.
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

Tableau n° 46 : caractéristiques des femmes de l'échantillon

Caractéristiques	Sans MT	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Avec un MT MG libéral déclaré et vu
Effectifs	5 126	12 638	77 537
65 ans et plus (%)	32	29	39
ALD (%)	13	16	32
Bénéficiaire de la C2S (%)	13	8	8
Âge moyen	61	60	62

Note de lecture : les femmes de 50 à 74 ans de l'échantillon ayant vu leur médecin traitant sont moins fréquemment bénéficiaires de la C2S (8 % contre 13 % pour les femmes n'ayant pas de médecin traitant).
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Tableau n° 47 : indicateur de dépistage du cancer du sein selon la situation vis-à-vis du médecin traitant

Situation vis-à-vis du médecin traitant	Effectif	Part avec dépistage du cancer du sein (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sans MT	5 126	38	36,7 - 39,3
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	12 638	47	46,1 - 47,9
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	77 537	62	61,7 - 62,3

Note de lecture : 62 % des femmes de 50 à 74 ans ayant vu leur médecin traitant ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein en 2023. Cette proportion est plus faible chez les personnes n'ayant pas vu leur médecin traitant (47 %) et chez celles sans médecin traitant déclaré (38 %).
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Dépistage cancer colorectal selon la situation vis-à-vis du médecin traitant

Tableau n° 48 : répartition de l'échantillon

Situation vis-à-vis du médecin traitant	Effectif	Part dans l'échantillon (%)
Sans MT	5 526	7
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	11 870	15
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	57 675	73
Autres situations	3 949	5
Total	**79 020**	**100**

Note de lecture : parmi les 79 020 personnes de 50 à 74 ans de l'échantillon n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années, 73 % ont déclaré et vu un médecin traitant, 15 % l'ont déclaré sans le voir et 7 % n'ont pas de médecin traitant.
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023.
Source : SNDS

Tableau n° 49 : caractéristiques des personnes de l'échantillon

Caractéristiques	Sans MT	Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	Avec un MT MG libéral déclaré et vu
Effectif	5 526	11 870	57 675
Femme (%)	44	48	54
65 ans et plus (%)	28	25	37
ALD (%)	13	17	35
Bénéficiaire de la C2S (%)	11	9	9
Âge moyen	60	59	62

Note de lecture : les personnes de 50 à 74 ans de l'échantillon (n'ayant pas eu coloscopie dans les 5 dernières années) ayant vu leur médecin traitant sont plus fréquemment en ALD (35 % contre 13 % pour les personnes n'ayant pas de médecin traitant).
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Tableau n° 50 : indicateur de dépistage du cancer colorectal selon la situation vis-à-vis du médecin traitant

Situation vis-à-vis du médecin traitant	Effectif	Part avec dépistage du cancer du sein (%)	Intervalle de confiance à 95 %
Sans MT	5 526	15	14,1 - 15,9
Avec un MT MG libéral déclaré mais non vu	11 870	21	20,3 - 21,7
Avec un MT MG libéral déclaré et vu	57 675	34	33,6 - 34,4

Note de lecture : 34 % des bénéficiaires de 50 à 74 ans ayant vu leur médecin traitant ont bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal en 2023. Cette proportion est plus faible chez les personnes n'ayant pas vu leur médecin traitant (21 %) et chez celles sans médecin traitant déclaré (15 %).
Champ : échantillon aléatoire de 100 000 individus consommant des soins et vivants au 31 décembre 2023, hors situations particulières vis-à-vis du statut médecin traitant.
Source : SNDS

Dans le cadre de sa mission d'assistance au Parlement, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalise toute enquête demandée par les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales sur toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale et procède dans ce cadre aux enquêtes sur les organismes soumis à son contrôle.

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr