

**Baromètre des pratiques en médecine libérale  
Résultats de l'enquête 2006**

**"L'organisation du travail et la pratique  
de groupe des médecins généralistes bretons"**

**Julien Beauté, Yann Bourgueil, Julien Mousquès (IRDES)  
Avec la collaboration de Rémi Bataillon, Jean-Louis Samzun (URML Bretagne)  
et Lise Rochaix (HAS)**

**DT n° 5**

**Août 2007**

**Baromètre des pratiques en médecine libérale**  
**Résultats de l'enquête 2006**

**« L'organisation du travail et la pratique de groupe des  
médecins généralistes bretons »**

**Résumé**

**Contexte**

Face aux nouveaux enjeux épidémiologiques (maladies chroniques), à l'exigence croissante en termes de qualité et d'efficacité des soins ou encore les tensions de la démographie médicale, de nombreux auteurs plébiscitent un renforcement de la médecine de première ligne et des soins primaires. Le regroupement de médecins en cabinet de groupe s'inscrit dans cette logique. Il permettrait en effet, par la mutualisation des moyens, d'améliorer la production de soins et services. Toutefois, on ne dispose que de peu de données concernant la pratique de groupe en France. Davantage d'informations sont nécessaires pour envisager l'éventuelle mise en place de politiques incitatives.

L'objectif de cette étude est donc de décrire la pratique de groupe, de la comparer avec la pratique individuelle et d'identifier les éventuels leviers utilisables par les décideurs publics à travers l'identification des motivations des médecins évoluant en groupe ou non.

**Méthodes**

Un questionnaire a été envoyé à un panel de 120 médecins généralistes libéraux exerçant en Bretagne au cours de l'été 2006. Ce questionnaire a permis de relever des informations individuelles relatives au médecin répondant mais aussi des informations sur le cabinet.

**Résultats**

Le taux de réponse a été voisin de 80 % et notre échantillon compte près de 60 % de médecins exerçant dans un cabinet de groupe (59/96).

Au niveau des individus, les médecins exerçant en groupe sont plus jeunes, et ont davantage d'enfants. Les motivations pour un exercice en groupe relèvent plus de la qualité de l'exercice par la mise en commun de moyen que d'une volonté d'améliorer la qualité des soins. Au niveau du cabinet, les groupes offrent plus de moyens, que ce soit au niveau de l'équipement informatique ou bien médical. Les groupes offrent également des plages d'ouverture plus étendues que les cabinets individuels.

## **Conclusion**

Le cadre actuel du regroupement des médecins semble attractif pour ces derniers et semble également améliorer l'accès aux soins et offrir plus de services aux patients. La mise en place d'incitations financières à l'installation en groupe sans contreparties telles que l'obligation de fournir certains services à la population (*disease management* par exemple), ou l'incitation à la coopération entre professionnels risque de favoriser un effet d'aubaine chez les médecins sans bénéfices supplémentaires pour la population.

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Introduction .....</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1 Un contexte favorable au développement de la pratique de groupe .....  | 4         |
| 1.1.1 Les évolutions de l'offre et de la demande de soins appellent un renforcement des soins ambulatoires ..... | 4         |
| 1.1.2 Le regroupement des professionnels : définition et aspects théoriques .....                                | 4         |
| 1.1.3 Le regroupement des professionnels de santé dans le contexte français : une lente évolution .....          | 5         |
| 1.2 La pratique en groupe : une forme d'exercice peu documentée en France .                                      | 6         |
| 1.3 Objectifs de l'étude.....  | 6         |
| <b>2. Méthodes.....</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1 Le panel des médecins généralistes bretons de l'URML Bretagne.....   | 7         |
| 2.2 Le questionnaire sur la médecine de groupe .....   | 7         |
| 2.3 La construction de scores.....   | 8         |
| 2.4 Traitements statistiques.....  | 9         |
| <b>3. Résultats .....</b>  | <b>10</b> |
| 3.1 Caractéristiques générales de l'échantillon .....  | 10        |
| 3.1.1 Description des médecins .....   | 10        |
| 3.1.2 Description des groupes .....  | 10        |
| 3.1.3 Comparaison des médecins groupés avec les médecins en cabinet individuel .....                             | 12        |
| 3.2 Comparaison des cabinets groupés avec les cabinets individuels en termes de soins et services fournis .....  | 13        |
| 3.2.1 Comparaison de l'offre de services.....  | 13        |
| 3.2.2 Comparaison de l'activité entre cabinets de groupes et cabinets individuels .....                          | 17        |
| 3.3 Processus d'installation, motivation, satisfaction et perspectives des médecins.....                         | 18        |
| 3.3.1 Le processus d'installation.....   | 18        |
| 3.3.2 Satisfaction et motivation des médecins selon leur forme d'exercice .....                                  | 18        |
| 3.3.3 Perspectives d'évolution des médecins selon leur forme d'exercice .....                                    | 20        |
| <b>4. Discussion .....</b>   | <b>22</b> |
| 4.1 La structure et l'organisation des groupes.....  | 22        |
| 4.1.1 De petits cabinets peu intégrés mais nombreux .....  | 22        |
| 4.1.2 Une nouvelle génération de médecins ?.....   | 22        |
| 4.2 Les potentialités des cabinets de groupes .....  | 23        |
| 4.2.1 Des services offerts par les groupes potentiellement plus variés .....                                     | 23        |
| 4.2.2 Un accès aux soins facilité dans les cabinets de groupe.....   | 23        |
| 4.3 Les limites de l'étude.....  | 24        |
| 4.3.1 La faiblesse de l'échantillonnage.....   | 24        |
| 4.3.2 La question de la définition du groupe.....  | 24        |
| 4.3.3 La qualité des soins n'est pas évaluée, mais des proxys sont décelables .....                              | 24        |
| 4.3.4 La productivité reste une inconnue à explorer .....  | 24        |
| 4.4 Implications en vue de la mise en place de politiques incitatives .....                                      | 25        |
| <b>REFERENCES.....</b>   | <b>27</b> |

## **1. Introduction**

### **1.1 Un contexte favorable au développement de la pratique de groupe**

#### **1.1.1 Les évolutions de l'offre et de la demande de soins appellent un renforcement des soins ambulatoires**

L'organisation des systèmes de santé dans les pays développés doit faire aujourd'hui face à des évolutions portant à la fois sur la demande et l'offre de soins. Du côté de la demande, la transition épidémiologique qui se traduit par le poids croissant des pathologies chroniques appelle une évolution de l'offre de soins notamment en termes de prévention et d'éducation à la santé. Du côté de l'offre, la diminution à venir du nombre de médecins et l'évolution des exigences des professionnels de santé vis-à-vis des conditions de travail vont modifier le volume des soins et services offerts ainsi que l'accès aux soins dans le temps (délai d'attente) et l'espace (disparités géographiques). Par ailleurs, la qualité des soins et leur coordination constituent une exigence croissante.

L'organisation du système de soins ambulatoires constitue dès lors un enjeu important. Les récentes réformes conduisent notamment à renforcer les soins de première ligne tant sur le plan de la coordination (médecin traitant, Dossier Médical Personnel (DMP), parcours de soins, organisation de la permanence des soins (PDS)) que sur l'amélioration de la qualité des soins (Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)) et de la formation (développement d'une médecine générale académique).

Dans ce contexte, le regroupement des médecins mais aussi de l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans le secteur ambulatoire a été présenté comme une réponse potentielle à ces nouveaux enjeux. De nombreux avis et institutions se sont positionnés en faveur du regroupement des professionnels (1-6).

#### **1.1.2 Le regroupement des professionnels : définition et aspects théoriques**

Le regroupement, vu comme la mise en commun de moyens financiers et humains, peut prendre diverses formes qui vont de la simple association de médecins (de même spécialité ou non) avec ou sans paramédicaux sur un même lieu et dans un cabinet commun, au réseau plus ou moins étendu et offrant des services à une population définie.

La théorie économique définit le regroupement des activités de production sous le terme d'intégration. L'intégration horizontale est le regroupement de professionnels dont l'activité est identique (un cabinet regroupant des médecins de même spécialité par exemple) tandis que l'intégration verticale est le regroupement de professionnels dont les activités se situent à différents niveaux de la chaîne de soins (un cabinet regroupant des médecins généralistes, des spécialistes et des infirmières par exemple). Ces intégrations de professionnels de santé nous paraissent devoir être jugées dans deux dimensions, l'efficience et l'équité.

En termes d'efficience, on peut distinguer deux potentiels avantages au regroupement des professionnels de santé. Le premier consiste en l'élargissement des services offerts aux patients pour

des coûts inférieurs<sup>1</sup> (économies de gamme). Le second se traduit par une augmentation du volume de soins produits pour des coûts décroissants (économies d'échelle)<sup>2</sup>.

En termes d'équité, le regroupement des professionnels de santé permettrait de garantir l'accès aux soins à la population aux soins de première ligne en facilitant l'installation et le maintien des professionnels de santé en zones à faible densité médicale.

### **1.1.3 Le regroupement des professionnels de santé dans le contexte français : une lente évolution**

L'intérêt pour le regroupement des professionnels de santé dans le contexte français n'est pas nouveau. Les cabinets de groupe sont effet objet d'études et de débat dès la fin des années 70 (7-9). Depuis cette période, l'intérêt des médecins pour ce type de pratique semble croissant puisqu'on observe depuis plus d'une vingtaine d'année une augmentation constante du nombre de médecins exerçant en groupe. D'un peu moins de 30 % au début des années 80<sup>3</sup>, le nombre de médecins exerçant au sein d'un cabinet de groupe est passé à un peu plus de 40 % en 2003 (11).

Cet engouement semble particulièrement prononcé chez les jeunes praticiens, comme le suggèrent des enquêtes menées auprès des internes en médecine générale et des médecins récemment installés. Ces derniers plébiscitent en effet un exercice plus collectif et pluri-professionnel de la médecine (10).

Le regroupement des médecins français est caractérisé par une forme d'intégration horizontale (regroupement de médecins de même spécialité) avec un développement qui varie selon la spécialité concernée. Les spécialités les plus techniques, nécessitant un fort investissement sont plus volontiers exercées en groupe. Ainsi, si en 2003 près de 44 % de l'ensemble des médecins exerçant en France travaillent dans un cabinet de groupe, ce n'est le cas que de 15 % des psychiatres. A l'inverse, 80 % des radiologues appartiennent à un cabinet de groupe (11). La médecine générale se situe légèrement en dessous de la moyenne avec environ 40 % des omnipraticiens libéraux travaillant au sein d'un cabinet de groupe ce qui est en deçà de la proportion retrouvée dans des pays où les soins primaires sont plus structurés comme le Royaume-Uni, le Danemark, la Finlande ou encore l'Espagne (12).

Une autre spécificité française est la faible intégration verticale de ces cabinets de groupe. Ils sont le plus souvent composés essentiellement de médecins et n'intègrent qu'exceptionnellement des professionnels paramédicaux (13).

Au niveau institutionnel, plusieurs mesures indiquent un intérêt certain pour la pratique médicale de groupe. La création du statut de collaborateur libéral et l'adoption d'une incitation financière à la pratique de groupe en zone éligible par le plan de démographie médicale de 2007 témoignent d'une prise de conscience de l'intérêt du regroupement comme forme d'exercice attractive pour les médecins.

---

<sup>1</sup> Par exemple l'utilisation de la base de données patient de la clientèle du groupe pour réaliser une requête visant à repérer les personnes pouvant faire l'objet d'une campagne de prévention ou de dépistage par une infirmière membre du groupe

<sup>2</sup> Par exemple, le partage des charges de secrétariat entre les professionnels les décharge de cette activité pour se concentrer sur l'activité clinique et augmenter ainsi le nombre de patients vus en consultation

<sup>3</sup> Données CNAMTS

Enfin, un rapport de l'Inspection Générale des Finances (IGF) paru en 2003 recommandait la mise en place de dispositifs incitatifs à l'installation en groupe afin de développer un exercice médical multidisciplinaire (3). L'étude de la pratique de groupe à l'étranger semblait mettre en évidence des bénéfices pour les patients en termes de continuité et de permanence des soins mais aussi pour les médecins, en leur assurant davantage de souplesse dans leurs horaires et en répondant ainsi à leurs aspirations croissantes à une meilleure qualité de vie. De plus, l'exercice de groupe faciliterait les échanges entre pairs ainsi que la coopération entre professions soit sous forme de substitution, soit sous forme de diversification permettant ainsi aux praticiens de se recentrer sur les activités cliniques complexes et aux patients de bénéficier d'une gamme de soins plus élargie. Aussi, ce n'est pas tant l'incitation à l'installation en groupe qui est visée que celle à l'exercice « groupé », incluant d'autres professionnels intervenant en support des médecins.

## **1.2 La pratique en groupe : une forme d'exercice peu documentée en France**

Si le développement de la médecine de groupe en France semble être accompagné d'un soutien institutionnel, de nombreuses inconnues subsistent. En effet, peu de données existent en ce qui concerne la composition de ces cabinets, leurs moyens et les soins qu'ils offrent à la population. De même, on ne sait que très peu de chose quant aux motivations qui poussent ces professionnels à se regrouper.

Au-delà de la seule dynamique professionnelle qui reste finalement peu documentée, il nous paraît donc opportun d'interroger les intérêts, les limites et les incitations possibles aux différentes formes de regroupement selon leur niveau d'intégration dans une perspective d'efficacité des organisations de soins.

## **1.3 Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de notre démarche est d'évaluer l'opportunité du développement et, le cas échéant, les caractéristiques d'une politique qui favoriserait le regroupement des professionnels de santé en secteur ambulatoire. En d'autres termes, dans le contexte d'une évolution de l'organisation des soins ambulatoires, il s'agit de déterminer quelles incitations au développement de la pratique de groupe peuvent être envisagées et pour quels bénéfices.

Notre enquête vise tout d'abord à mieux connaître l'exercice en groupe et ce qui le distingue de l'exercice individuel selon les caractéristiques des médecins et des cabinets.

L'enquête vise également à identifier les barrières au regroupement en médecine de ville, qu'elles soient organisationnelles ou économiques, juridiques ou relationnelles, en explorant la satisfaction, la motivation et les perspectives des médecins par rapport à leur exercice actuel (solo ou groupe). Il s'agit donc d'identifier les paramètres intervenant dans le choix d'exercice seul et en groupe.

## 2. Méthodes

### 2.1 Le panel des médecins généralistes bretons de l'URML Bretagne

Cette enquête auprès de médecins est conçue comme une étude pilote visant à décrire avec précision l'exercice libéral de la médecine générale de groupe en France. L'échantillon de médecins étudié est un panel de médecins généralistes bretons. Ce panel, représentatif des médecins généralistes de la région, a été constitué par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URML Bretagne) et baptisé « baromètre des pratiques en médecine générale<sup>4</sup> ». Il est composé de 120 médecins généralistes libéraux représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes bretons.

### 2.2 Le questionnaire sur la médecine de groupe

Le questionnaire, élaboré conjointement par les chercheurs de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) et un groupe de médecins de l'URML, a été envoyé début 2006 aux médecins participants et retourné au plus tard fin août 2006. Les médecins du panel ont été rémunérés pour leur participation. Dans le cas d'un exercice groupé, un seul médecin a répondu pour l'ensemble du cabinet. La définition du regroupement retenue est celle d'un cabinet dans lequel exercent au moins deux médecins. L'exercice conjoint d'un médecin et d'une infirmière n'a pas été considéré comme un exercice en groupe.

Les questionnaires ont été saisis par le personnel de l'URML. La base de données a été transmise à l'IRDES qui a traité les données.

Le questionnaire comporte deux parties :

- La première vise à recueillir des informations individuelles relatives au médecin répondant (caractéristiques sociodémographiques, formation, raisons ayant motivé l'exercice actuel etc.).
- La seconde partie vise à recueillir des informations sur le cabinet (individuel ou de groupe) dans lequel exerce le médecin répondant. Dans cette partie, le médecin répondant s'exprime, sauf exception, au nom du cabinet et de l'ensemble des personnes le composant (médecins mais aussi autres professionnels de santé ou non) selon les dimensions suivantes :
  - o La description du cabinet (composition en personnel médical et non médical, organisation et coordination)
  - o La forme juridique et autres contrats régissant le cabinet
  - o Les moyens, les équipements et la rémunération
  - o L'informatisation
  - o L'activité, la permanence des soins, la gestion des absences et la clientèle
  - o Les perspectives

---

<sup>4</sup> L'objectif de ce panel est de disposer d'un outil pouvant produire des données sur la pratique en médecine générale. L'analyse des pratiques permet d'essayer de corriger d'éventuels dysfonctionnements mais aussi d'assurer une visibilité pour les praticiens pour eux-mêmes mais aussi pour le public. Le financement de ce panel est assuré par l'URML Bretagne et par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) tandis qu'un partenariat institutionnel a été instauré avec l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne (Urcam).



Pour l'ensemble de ces dimensions, les variables utilisées sont continues (âge du médecin répondant, montant des charges du cabinet etc.) ou discontinues (état matrimonial, type de contrat etc.). D'autres questions appelaient des réponses ouvertes qui ont ensuite été regroupées (raisons du choix de l'exercice actuel, historique du cabinet etc.).

### 2.3 La construction de scores

Afin de mieux appréhender le degré d'intégration des groupes, la diversité des services fournis et la satisfaction des praticiens, trois scores ont été construits.

Le premier score « d'intégration et de coordination » concerne uniquement les cabinets de groupe. Il comprend 35 items binaires, volontairement très distincts les uns des autres, affectés de la même pondération. Il en résulte donc pour chaque cabinet un score compris entre 0 et 35. Les variables retenues sont regroupées en quatre dimensions :

- Une première dimension porte sur les règles communes (14 items, 40 % du score) et renseigne sur l'existence d'accords, règlements ou concertations régissant la vie du groupe (arrivée d'un nouvel associé, organisation du planning etc.)
- Une deuxième dimension (7 items, 20 % du score) porte sur le partage de moyens entre les membres du groupe (partage d'un logiciel, production commune d'un budget etc.)
- Une troisième dimension (7 items, 20 % du score) explore le caractère collectif de la participation du cabinet à des partenariats avec différents services ou structures (soins palliatifs, maintien à domicile etc.)
- Une quatrième dimension (7 items, 20 % du score) regroupe d'autres variables reflétant l'intensité du projet de groupe (projet architectural spécifique, bureau(x) vacant(s) en vue d'un élargissement etc.)

Le second score « de satisfaction » concerne tous les médecins quel que soit leur forme d'exercice. Il est constitué de la somme des 21 items du questionnaire interrogeant les médecins sur leur niveau de satisfaction par rapport à leur type d'exercice. Seuls deux possibilités ont été considérées (satisfait ou non satisfait), correspondant aux notations 1 ou 0. Le score est donc compris entre 0 et 21.

Enfin, le dernier score « d'équipement et de services » concerne tous les cabinets. Il a pour objectif d'appréhender le niveau d'équipement et de services fournis par le cabinet. Ce score contient 24 items, que l'on peut regrouper selon 5 axes :

- Un premier axe (4 items) concernant le matériel médical à disposition (Glycémie au doigt, bandelette urinaire, *peak flow*, sédatif type valium)
- Un second axe (4 items) qui documente les modalités de gestion du dossier patient (ordonnances, suivi des paramètres biologiques)
- Un troisième axe (4 items) qui documente l'utilisation d'alertes et rappels informatiques
- Un quatrième axe (4 items) qui décrit les modalités d'utilisation des fonctions d'internet (réception des données patient, récupération d'informations etc.)
- Un cinquième axe (8 items) qui regroupe des variables plus disparates telles que la présence d'un accès pour handicapé, la sécurisation des données, l'analyse de l'activité ou encore l'accueil d'un interne en médecine générale.

## **2.4 Traitements statistiques**

Nous avons effectué des analyses univariées et bivariées pour comparer les médecins et les cabinets selon la forme d'exercice groupée ou non (comparaison de pourcentages et de moyennes). Pour un nombre restreint de variables, retenues pour leur pertinence, des modélisations (régressions logistiques et linéaires) ont été effectuées. Ces modèles n'intègrent qu'un nombre limité de variables du fait de la faiblesse de l'effectif total de l'échantillon.

Pour ce qui est du calcul des scores (Cf. supra), nous avons remplacé les valeurs manquantes aux questions qualitatives par des réponses négatives. En faisant l'hypothèse qu'une non réponse est négative, nous avons pu construire les scores malgré la faiblesse de l'effectif du panel.

En revanche, lors des analyses bivariées et dans les modélisations, les valeurs manquantes ont été prises en compte en tant que telles.

### 3. Résultats

#### 3.1 Caractéristiques générales de l'échantillon

##### 3.1.1 Description des médecins

96 questionnaires ont été remplis soit un taux de réponse de plus de 80 % (96/115). Notre échantillon compte près de 60 % de médecins exerçant en groupe (59/96).

Les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire (N=15) ne diffèrent pas significativement de ceux qui ont répondu (N=96) en ce qui concerne le sexe (74 % d'hommes vs. 81 %), le groupe d'âge (68 % vs. 80 % âgés de 55 ans ou moins) ou encore le mode d'exercice (84 % vs. 61 % exerçant en groupe). En revanche, ils sont significativement différents pour ce qui est du type de zone d'exercice, les non-répondants exerçant moins en zone urbaine (42 % vs. 65 %)⁵.

L'âge des médecins ayant répondu est compris entre 39 et 64 ans, avec un âge moyen de 51 ans. La moitié d'entre eux ont obtenu leur diplôme avant 1985 (51 %), ce diplôme étant dans les 2/3 des cas délivré par une université bretonne (Brest ou Rennes). Ce sont majoritairement des hommes (81 %). Ces médecins vivent le plus souvent en couple (92 % d'entre eux sont mariés ou vivent en concubinage) et ont en moyenne 2,5 enfants (plus de la moitié a au moins trois enfants).

Enfin, 65 % des généralistes exercent dans une zone à dominante urbaine. Cette proportion est identique quel que soit le lieu d'obtention du doctorat en médecine.

##### 3.1.2 Description des groupes

###### 3.1.2.1 Deux tiers des groupes comprennent deux ou trois médecins

60 % des médecins de notre échantillon exercent dans un cabinet de groupe (59/96). Ces cabinets de groupe sont de taille variable, comptant de 2 à 6 membres.

Tout au long de cette analyse, seront considérés comme membres les médecins généralistes appartenant au groupe. Aussi, un cabinet de groupe est un cabinet contenant au moins deux membres. Les 2/3 des cabinets de groupe de notre échantillon comptent 3 membres ou moins (Tableau 1).

**Tableau 1. Nombre de membres médecins dans les cabinets de groupe**

|                              | Nombre de membres dans le cabinet |              |             |            |            | Total         |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------|------------|------------|---------------|
|                              | 2                                 | 3            | 4           | 5          | 6          |               |
| Nombre de médecins répondant | 24<br>(40 %)                      | 16<br>(28 %) | 9<br>(16 %) | 5<br>(9 %) | 4<br>(7 %) | 59<br>(100 %) |

<sup>5</sup> La définition utilisée dans le traitement des données est celle de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques). Pour cette dernière, les espaces à dominante rurale se définissent en opposition aux espaces à dominante urbaine et sont constitués de petites unités urbaines et de communes rurales 14. Bessy-Pietri P, Sicamois Y. Le zonage en aires urbaines en 1999: 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines. Insee Première. 2001(765)..

### 3.1.2.2 Structure et organisation des groupes

86 % de ces cabinets de groupe sont structurés par une forme juridique (51/59). Ce contrat juridique est le plus souvent (40/51) une Société Civile de Moyen (SCM). Dans les autres cas, le cabinet peut être une société de fait (2/51), une société civile professionnelle (2/51), une société civile immobilière (SCI) (1/51) ou encore une convention d'exercice conjoint (2/51). 4 médecins ont déclaré que leur cabinet avait une forme juridique sans toutefois préciser laquelle.

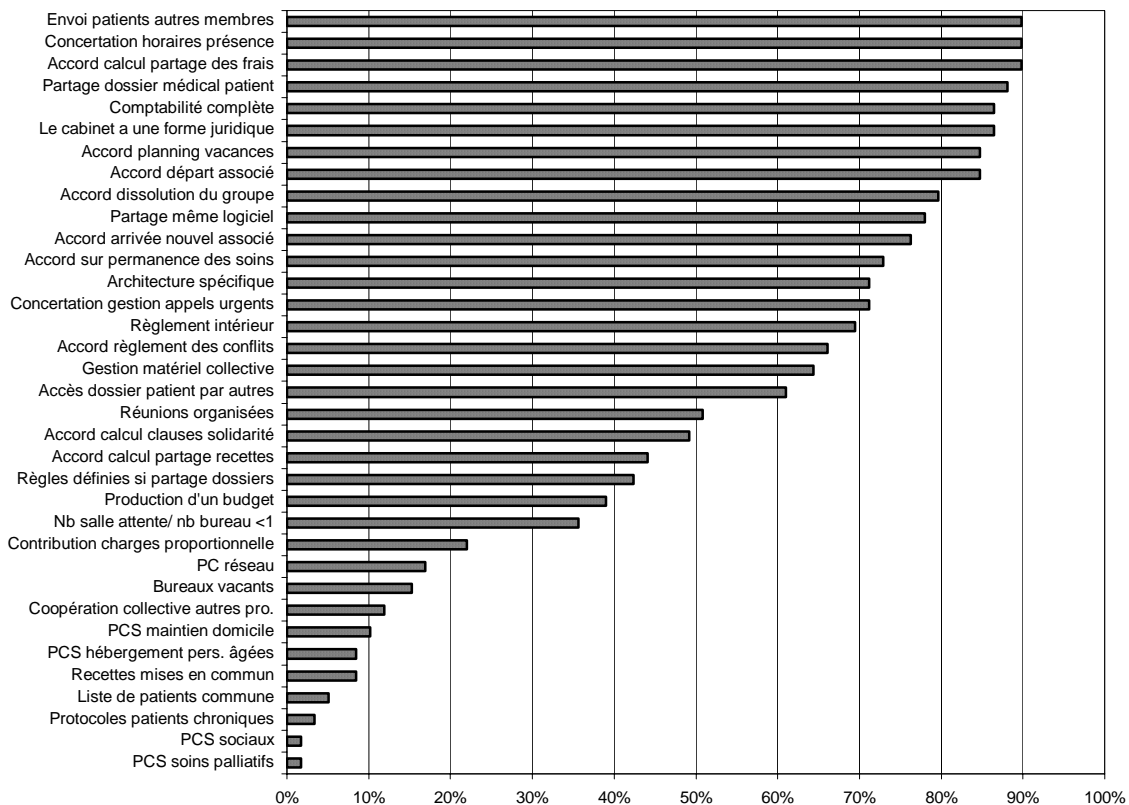
Dans plus de 7 cabinets sur 10, les médecins se répartissent les charges de façon fixe et à montants égaux (42/59). Dans 2 cabinets sur 10, la répartition se fait proportionnellement aux honoraires (9/59) ou bien à l'activité (4/59). Dans le reste des cabinets, il n'y a pas de répartition ou bien elle n'est pas précisée.

Les recettes ne sont généralement pas mise en commun : ce n'est le cas que dans à peine plus d'un cabinet de groupe sur 10 (5/59). Lorsque les recettes sont partagées, la redistribution est identique pour chacun (3/59) ou bien par une clef de répartition sans mécanisme correcteur (2/59). Dans les 2/3 des cabinets (39/59), les revenus individuels ne sont pas connus des autres membres du groupe.

Le score d'intégration moyen est de 17,7 (médiane 17, minimum 8, maximum 26) avec 50 % des cabinets ayant un score compris entre 15 et 22. Le pourcentage de réponses positives pour chacune des dimensions composant le score est détaillé ci-dessous (Figure 1).

**Figure 1. Détail du score d'intégration (% de réponses positives)**

**(PC=participation collective ; PCS=participation collective à un service)**



Les variables expliquant le mieux le score d'intégration sont l'âge moyen des membres du cabinet et le nombre de médecins (Tableau 2). Le score d'intégration est d'autant plus élevé que le nombre de membres au sein du groupe est important et que l'âge moyen de ces derniers est faible.

**Tableau 2. Coefficients de régression pour le score d'intégration**  
( $p < 0,05$  pour les valeurs en gras)

|                     |                          | Age moyen    | Gap génération <sup>6</sup> | Nombre de membres | Cabinet en zone rurale |
|---------------------|--------------------------|--------------|-----------------------------|-------------------|------------------------|
| Score d'intégration | Univarié                 | -0,25        | <b>0,23</b>                 | <b>1,57</b>       | -0,25                  |
|                     | Multivarié <sup>78</sup> | <b>-0,30</b> | 0,08                        | <b>1,21</b>       | 0,81                   |

### 3.1.3 Comparaison des médecins groupés avec les médecins en cabinet individuel

En premier lieu, l'âge moyen des médecins répondant exerçant en groupe ne diffère pas significativement de ceux pratiquant seuls, même si ces derniers semblent plus âgés (50,6 vs. 52,2 ans). En revanche, si l'âge moyen de l'ensemble des médecins d'un cabinet de groupe est pris en compte, alors les médecins exerçant en groupe sont en moyenne plus jeunes que leurs confrères en cabinet solo (48,8 vs. 52,2 ans ;  $p < 0,01$ ). 56 % des médecins répondant à l'enquête exerçant en groupe ont reçu leur titre de docteur en médecine en 1985 et après contre 38 % des médecins pratiquant seuls ( $p = 0,08$ ).

Concernant le sexe des médecins, les groupes ne semblent pas être davantage formés par des femmes que les cabinets individuels, à l'exception peut-être des groupes constitués de 2 médecins pour lesquels le pourcentage de femmes est le plus élevé (on compte 2 hommes pour une femme dans les cabinets comptant 2 membres alors qu'il y a toujours plus de 3 hommes pour une femme dans les autres cabinets).

Les médecins exerçant en groupe sont davantage à avoir au moins trois enfants (63 % vs. 42 % ;  $p = 0,05$ ).

Le doctorat des médecins groupés est plus volontiers délivré par une université bretonne (71 % vs. 59 % ;  $p = 0,23$ ). Enfin, ils appartiennent à des cabinets plus fréquemment installés dans des zones à dominante rurale (39 % vs. 27 % ;  $p = 0,23$ ). Une proportion comparable d'entre eux (76 % des solos contre 83 % dans les groupes) sont propriétaires du cabinet (ou locataires d'une SCI dont ils possèdent des parts).

Lorsque l'on modélise l'exercice en groupe à partir d'une sélection de variables (zone d'exercice, médecin propriétaire du cabinet, âge du médecin répondant), seul l'âge du médecin répondant est, toutes choses égales par ailleurs, significativement associé à ce type d'exercice (Tableau 3).

<sup>6</sup> Le gap générationnel est la différence entre l'âge du membre le plus âgée et celui du membre le plus jeune dans un cabinet de groupe.

<sup>7</sup> Dans le modèle multivarié, toutes les variables prise en compte dans les modèles univariés sont prise en compte simultanément.

<sup>8</sup> N=56/59.

**Tableau 3. Régressions logistiques avec l'exercice en groupe comme variable dépendante (p<0,05 pour les valeurs en gras)**

|                                    | OR<br>(univarié) | IC95 %        | OR<br>(multivarié <sup>9</sup> ) | IC95 %        |
|------------------------------------|------------------|---------------|----------------------------------|---------------|
| Cabinet situé dans une zone rurale | 1,73             | [0,71 ; 4,22] | 2,14                             | [0,82 ; 5,56] |
| Médecin interrogé propriétaire     | 1,58             | [0,57 ; 4,34] | 1,75                             | [0,61 ; 5,04] |
| Âge du médecin répondant <49 ans   | 2,49             | [0,97 ; 6,36] | <b>3,19</b>                      | [0,12 ; 9,07] |
| 49<=Âge du médecin répondant<52    | 0,67             | [0,22 ; 2,04] | 1,09                             | [0,33 ; 3,60] |
| 52>=Âge du médecin répondant       | 0,58             | [0,25 ; 1,32] |                                  |               |

Les médecins de moins de 49 ans sont significativement plus regroupés que les autres.

### **3.2 Comparaison des cabinets groupés avec les cabinets individuels en termes de soins et services fournis**

Les résultats qui suivent comparent les cabinets selon qu'ils sont individuels ou de groupe. Pour certaines variables, telles que le diplôme complémentaire ou encore le nombre de consultations hebdomadaires, la réponse prise en compte est celle que le médecin répondant fait en son nom. En revanche, pour les autres variables (plages horaires d'ouverture, personnel, partenariats, équipement etc.), la réponse est faite au nom du cabinet.

Par ailleurs, nous avons fait l'hypothèse que l'emploi de personnel paramédical, la coopération avec des services ou institutions ou encore la présence d'équipement supplémentaire constituait un élément en faveur d'une offre de services plus étendue.

#### **3.2.1 Comparaison de l'offre de services**

##### **3.2.1.1 Formations complémentaires des médecins du cabinet**

La formation médicale des médecins répondants est dans plus de la moitié des cas complétée par l'obtention d'un diplôme d'université (DU) ; C'est le cas de 50 % des médecins exerçant seuls et de 60 % des médecins exerçant en groupe. Les médecins sont souvent titulaires non pas d'un seul DU mais de plusieurs (1,7 pour les médecins exerçant seul versus 1,6 pour ceux en groupe). La typologie de ces DU est sensiblement différente selon les modes d'exercice (Tableau 4).

<sup>9</sup> N=96/96.

**Tableau 4. Typologie des diplômes d'université (DU) selon le mode d'exercice (plusieurs réponses possibles)**

|   | Solo (N=18) | Groupe (N=35) | Total (N=53) |
|---|-------------|---------------|--------------|
| DU avec une orientation sociale ou populationnelle  | 72 %        | 74 %          | 74 %         |
| DU avec une orientation alternative ou particulière | 83 %        | 46 %          | 28 %         |
| Autres DU   | 17 %        | 43 %          | 40 %         |

Nous avons regroupé ces diplômes selon leur orientation. Nous avons ainsi distingué les diplômes à orientation sociale ou populationnelle (gérontologie, soins palliatifs, évaluation de la douleur, toxicologie, protection maternelle et infantile, santé publique, maladies infectieuses, médecine du travail et urgences) des diplômes reflétant un exercice particulier ou alternatif de la médecine (homéopathie, ostéopathie, acupuncture, phytothérapie). Les autres diplômes sont variés et hétérogènes (médecine aérospatiale, médecine de catastrophe, immunologie, comptabilité, médecine maritime, échographie, dommage corporel, cardiologie, conduite automobile et médecine hyperbare).

### 3.2.1.2 Partenariats du cabinet

Qu'ils soient groupés ou non, près de 4 médecins sur 10 déclarent que leur cabinet participe à un réseau de soins. Les groupes sont légèrement plus impliqués dans des partenariats avec des services ou des institutions (44 % vs. 30 %). La typologie des partenariats selon le mode d'exercice est décrite ci-dessous (Tableau 5).

**Tableau 5. Principales coopérations avec des services ou institutions selon le mode d'exercice (plusieurs réponses possibles)**

|                                | Solo (N=8) | Groupe (N=21) | Total (N=29) |
|--------------------------------|------------|---------------|--------------|
| Hébergement de personnes âgées | 88 % (7/8) | 71 % (15/21)  | 76 %         |
| Maintien à domicile            | 63 % (6/8) | 52 % (11/21)  | 55 %         |
| Soins palliatifs               | 63 % (6/8) | 33 % (7/21)   | 41 %         |
| Services sociaux               | 50 % (4/8) | 19 % (4/21)   | 28 %         |

### 3.2.1.3 Personnels travaillant au sein des cabinets

Environ 13,5 % des médecins exerçant seuls (5/37) et 19 % de ceux travaillant au sein d'un groupe (11/59) ont répondu que d'autres professionnels de santé exerçaient dans leur cabinets. Lorsque ces professionnels sont présents, leur nombre s'élève en moyenne à 5 pour les cabinets individuels et à 4 pour les groupes. Parmi ces professionnels travaillant dans le cabinet, on retrouve systématiquement au moins une infirmière lorsque le médecin exerce sans autre médecin associé (5/5). Ce n'est pas le cas pour les groupes avec seulement 2 cabinets déclarant avoir une infirmière sur place (2/11). De

plus, une coopération ou un partenariat avec d'autres professionnels de santé du secteur ambulatoire sont plus fréquemment rapportés par les médecins en cabinets individuels (32 % vs. 17 % ; p=0,08).

Les cabinets de groupe emploient plus souvent une secrétaire (79 % vs. 23 % ; p<0,01).

Les deux modes d'exercices requièrent dans des proportions comparables l'appel de remplaçants (60 % environ des cabinets font appel à des remplaçants). La difficulté à trouver ces derniers est identique pour les deux types de cabinets (30 % des cabinets trouvent autant de remplaçants qu'ils le souhaitent).

Enfin, l'accueil d'un interne en médecine générale (IMG) est en revanche plus fréquent dans le cadre d'un cabinet de groupe (42 % (25/59) vs. 11 % (4/37)).

#### 3.2.1.4 La participation à la permanence de soins

Enfin, les médecins exerçant en groupe déclarent davantage participer à la permanence de soins (PDS) (91 % vs. 76 % ; p<0,05). Toutefois, ce résultat semble, en analyse multivariée, davantage associé à l'exercice en mode rural et à un âge moins avancé du médecin interrogé qu'à l'exercice de groupe proprement dit (Tableau 6).

**Tableau 6. Régressions logistiques avec la participation à la Permanence des soins comme variable dépendante (p<0,05 pour les valeurs en gras)**

|                                    | OR(univarié) | OR (multivarié <sup>10</sup> ) |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Exercice en groupe                 | <b>3,41</b>  | 2,34                           |
| Cabinet situé dans une zone rurale | <b>8,06</b>  | <b>9,30</b>                    |
| Âge du médecin répondant <49 ans   | 3,53         | 4,07                           |
| 49<=Âge du médecin répondant<52    | 0,64         | 1,22                           |
| 52>=Âge du médecin répondant       | 0,52         |                                |

#### 3.2.1.5 L'équipement des cabinets

Le matériel médical disponible dans le cabinet est en général plus abondant dans les groupes, de façon statistiquement significative pour les électrocardiogrammes (ECG) (86 % vs. 57 % ; p<0,01). Une tendance similaire est retrouvée en ce qui concerne le matériel informatique (informatisation, connexion Internet etc.) sans différence statistiquement significative.

Si les modèles univariés suggèrent que l'âge joue sans doute un rôle dans l'informatisation (utilisation du dossier médical informatisé (DMI)), cela n'est pas confirmé par l'analyse multivariée (Tableau 7).

<sup>10</sup> N=95/96.

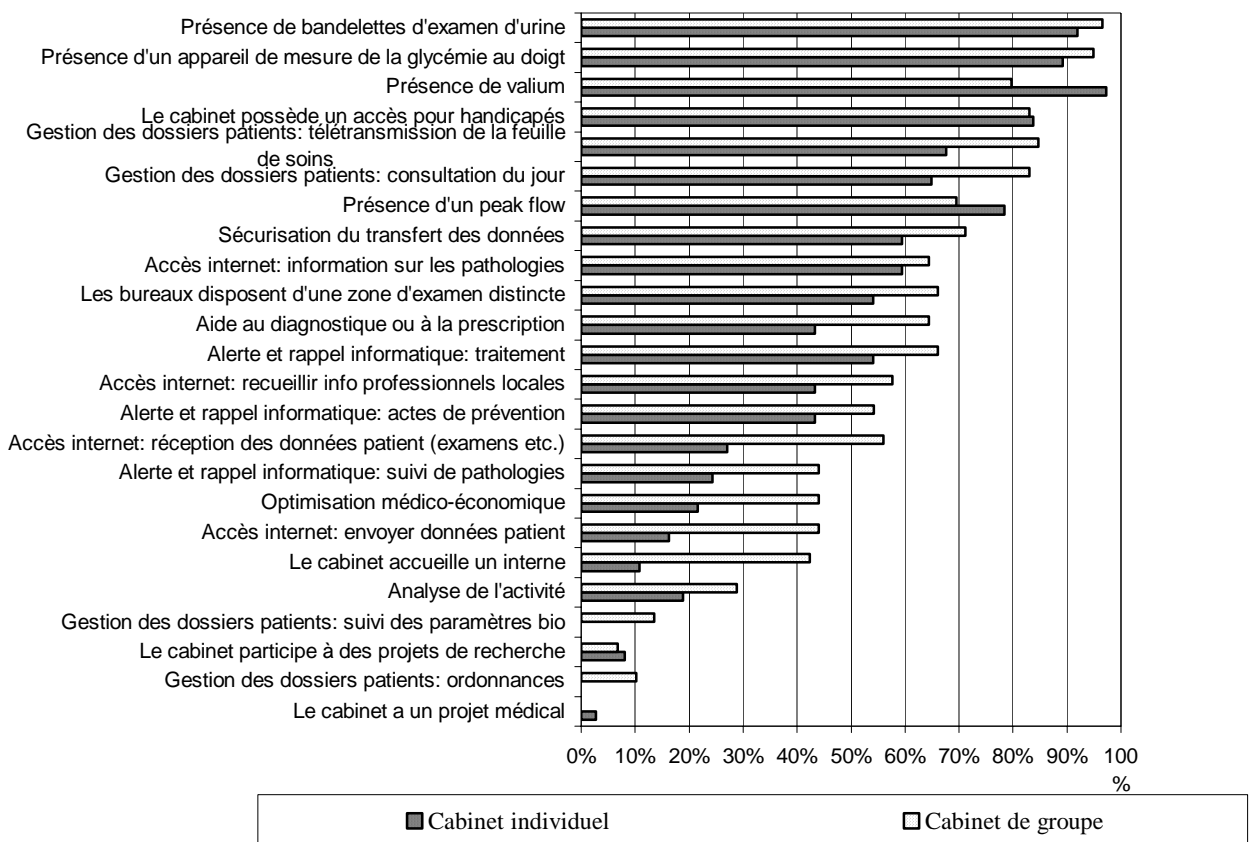


**Tableau 7. Régressions logistiques l'utilisation d'un Dossier Médical Informatisé comme variables dépendantes (p<0,05 pour les valeurs en gras)**

|                                    | OR (univarié) | OR (multivarié <sup>11</sup> ) |
|------------------------------------|---------------|--------------------------------|
| Exercice en groupe                 | 2,24          | 1,21                           |
| Cabinet situé dans une zone rurale | 2,42          | 3,50                           |
| Âge du médecin répondant <49 ans   | <b>6,67</b>   | 5,69                           |
| 49<=Âge du médecin répondant<52    | <b>0,21</b>   | 0,41                           |
| 52>=Âge du médecin répondant       | 0,77          |                                |

Le score d'équipement et de services fournis est significativement plus élevé pour les cabinets de groupe (13,2 vs. 10,5). Les cabinets individuels fournissent un équipement supérieur sur seulement deux dimensions, la présence d'un *peak flow* (78 % vs. 69 %) et la présence de valium (97 % vs. 80 %). L'ensemble des dimensions restantes sont comparables ou à l'avantage des cabinets de groupe (Figure 2).

**Figure 2. Détail du score d'équipement et de services fournis selon le mode d'exercice (% de réponses positives)**



<sup>11</sup> N=92/96.

### 3.2.2 Comparaison de l'activité entre cabinets de groupes et cabinets individuels

#### 3.2.2.1 Volume et temps de consultation

Les cabinets de groupe offrent des plages horaires d'ouverture significativement plus étendues, que ce soit en nombre d'heures par jour (8h45 vs. 7h30 ;  $p < 0,001$ ), de jours par semaine (5,7 vs. 5,3 ;  $p < 0,05$ ) ou encore de semaines par an (51,8 vs. 49,2 ;  $p < 0,001$ ).

Près de 70 % des cabinets de groupe (40/58) reçoivent leurs patients uniquement sur rendez-vous tandis que seulement 37 % des médecins exerçants seuls se limitent à ce mode d'accueil (13/35). En revanche, le nombre de consultations et de visites hebdomadaires ne sont pas statistiquement différents entre les médecins exerçant en groupe ou seul. De fait, ce n'est pas tant l'exercice en groupe que l'installation en milieu rural qui explique un nombre de consultations par semaine élevée (Tableau 8).

Les médecins interrogés déclarent des temps de consultation moyens très similaires, soit environ 17 minutes pour les médecins en cabinet individuel contre un peu plus de 16 minutes 30 pour les groupes.

**Tableau 8. Coefficients de régression pour les variables reflétant l'activité du médecin répondant ( $p < 0,05$  pour les valeurs en gras)**

|                                       |                          | Cabinet de groupe | Cabinet en zone rurale | Âge du répondant | Secrétariat |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------|------------------|-------------|
| Nombre de consultations hebdomadaires | Univarié                 | 10,60             | <b>19,46</b>           | 0,32             | 11,11       |
|                                       | Multivarié <sup>12</sup> | 3,29              | <b>21,44</b>           | 0,33             | 13,75       |

#### 3.2.2.2 Comparaison des charges déclarées globales et individuelles selon le nombre de médecins

Les charges moyennes des cabinets individuels s'élèvent à 42 000€ tandis que celles des groupes étaient de 64 000€. Les charges globales des cabinets augmentent avec le nombre de membres mais rapportés au nombre de membres, le montant moyen des charges est de 20 000€ par médecin en cabinet de groupe. Le montant des charges annuelles déclarées par médecin est donc en moyenne deux fois inférieur en cabinet de groupe à celui des cabinets individuels (Tableau 9).

**Tableau 9. Montant des charges du cabinet et des charges individuelles en fonction du nombre de membres**

|  | Nombre de médecins |                  |                  |                 |                 |                 |
|--|--------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|  | 1                  | 2                | 3                | 4               | 5               | 6               |
| Charges moyennes du cabinet (€)                  | 42 129<br>(N=29)   | 37 032<br>(N=15) | 61 834<br>(N=12) | 85 552<br>(N=7) | 93 068<br>(N=5) | 99 133<br>(N=2) |
| Charges moyennes individuelles <sup>13</sup> (€) | 42 129<br>(N=29)   | 14 156<br>(N=7)  | 21 824<br>(N=11) | 21 795<br>(N=6) | 21 919<br>(N=3) | 19 167<br>(N=1) |

<sup>12</sup> N=78/96.

<sup>13</sup> Les charges moyennes individuelles sont le quotient des charges du cabinet par le nombre de membres, ce pour les cabinets dont la répartition des charges est fixe et identique.

Précisions ici que seuls les cabinets de groupe pour lesquels la répartition des charges est fixe et identique (42/59) ont été pris en compte pour le calcul (ces derniers ont par ailleurs des charges plus élevées pour l'ensemble du cabinet, voisines de 69 000€).

### **3.3 Processus d'installation, motivation, satisfaction et perspectives des médecins**

#### **3.3.1 Le processus d'installation**

Pour plus de 90 % des médecins ayant opté pour une pratique individuelle, l'exercice actuel est une primo installation (34/37). Cette proportion est moins importante pour ceux travaillant au sein d'un groupe avec 70 % de primo installés (41/58). Parmi ceux travaillant aujourd'hui en groupe et qui avaient déjà une expérience d'exercice libéral, 75 % (13/18) avaient connu une pratique individuelle et les 25 % restant (5/18) avaient expérimenté un exercice groupé

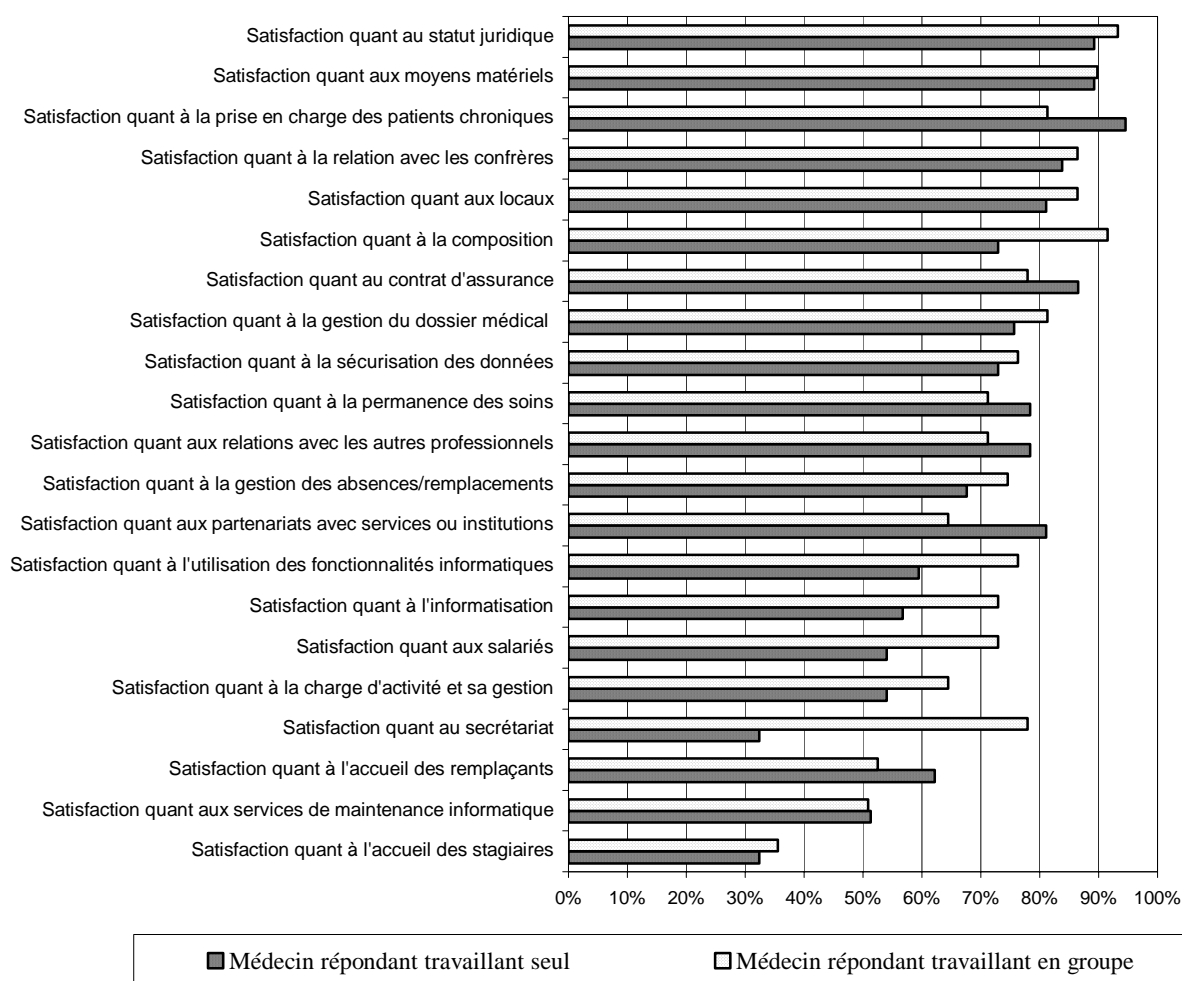
Près de 60 % des médecins en cabinet individuel n'ont pas repris de cabinet existant à leur installation (22/37). Une proportion similaire de médecins travaillant dans des groupes a constitué ou intégré le groupe dans lequel ils évoluent à sa création (34/59). Pour ces derniers, les modes les plus fréquents sont l'association avec un ou des médecins exerçant en cabinet individuel (15/34) ou bien la création seule d'un cabinet qui est dans un second temps complété par l'arrivée d'un autre praticien (10/34). Dans les cas où ils intégraient un cabinet de groupe préexistant, leur arrivée s'est faite en remplaçant un médecin (11/25) ou bien en s'associant à l'équipe (10/25).

#### **3.3.2 Satisfaction et motivation des médecins selon leur forme d'exercice**

Le score de satisfaction est en moyenne légèrement supérieur pour les médecins travaillant dans des cabinets individuels (14,5 vs. 13,5) sans que cette différence soit statistiquement significative. L'analyse plus fine de chacune des dimensions montre une satisfaction plus fréquente des médecins travaillant en groupe quant à la composition du cabinet (92 % vs. 73 % ;  $p < 0,05$ ), l'existence d'un secrétariat (78 % vs. 32 % ;  $p < 0,001$ ), la présence de salariés du cabinet (73 % vs. 54 % ;  $p = 0,06$ ), et à l'utilisation des fonctionnalités de l'informatique (76 % vs. 59 % ;  $p = 0,08$ ). Inversement, les médecins en cabinet individuel sont plus souvent satisfaits de leurs partenariats avec des services ou des institutions (81 % vs. 64 % ;  $p = 0,08$ ) et de leur prise en charge des patients chroniques (95 % vs. 81 % ;  $p = 0,06$ ).

Le pourcentage de réponses positives pour chacune des dimensions composant le score de satisfaction selon le mode d'exercice est détaillé ci-dessous ([Figure 3](#)).

**Figure 3. Détail du score de satisfaction selon le mode d'exercice (% de réponses positives)**



Environ 30 % des médecins en cabinet individuel ont un score de satisfaction élevé (>17) contre 20 % de ceux qui travaillent dans un cabinet de groupe. Ce score élevé s'explique par une participation moindre à la permanence de soins, l'absence de désir d'évolution (regroupement pour les solos et évolution de l'exercice pour ceux en groupe) et enfin un score élevé d'équipement et de services fournis (Tableau 10). L'âge n'a aucun effet sur le score de satisfaction.

**Tableau 10. Régression logistique avec un score de satisfaction élevé (>17) comme variable dépendante**

|                                     | OR (univarié) | IC95 %         | OR (multivarié <sup>14</sup> ) | IC95 %         |
|-------------------------------------|---------------|----------------|--------------------------------|----------------|
| Cabinet de groupe                   | 0,54          | [0,21 ; 1,42]  | 0,46                           | [0,13 ; 1,62]  |
| Participation PDS                   | 0,30          | [0,09 ; 1,00]  | <b>0,23</b>                    | [0,05 ; 0,96]  |
| Une évolution est envisagée         | <b>0,28</b>   | [0,09 ; 0,83]  | <b>0,16</b>                    | [0,04 ; 0,65]  |
| Dossier médical informatisé présent | 4,91          | [0,61 ; 39,78] | 2,01                           | [0,13 ; 30,26] |
| Score d'équipement et de service    | <b>1,13</b>   | [1,01 ; 1,27]  | <b>1,23</b>                    | [1,02 ; 1,49]  |

<sup>14</sup> N=91/96.

Parmi les médecins travaillant seuls, les médecins souhaitant se regrouper combien sont-ils ? ont un score de satisfaction très proche de ceux qui ne l'envisagent pas combien sont-ils ? (14,7 vs. 14,3). Cependant, ils se distinguent par une satisfaction beaucoup plus faible dans certaines dimensions telles que la composition du cabinet (40 % vs. 85 % de satisfaits), le contrat d'assurance (60 vs. 96 % de satisfaits), la gestion des remplacements (60 % vs. 70 % de satisfaits) et surtout la charge de l'activité et sa gestion (10 % vs. 70 % de satisfaits).

Concernant les médecins exerçant en groupe, ceux désirant voir leur cabinet évoluer ont un score de satisfaction plus faible que ceux qui ne le souhaitent pas, sans que cette différence soit statistiquement significative (12,9 vs. 14,3). Si ces premiers sont plus satisfaits de l'accueil des stagiaires (42 % vs. 27 % de satisfaits), ils le sont moins dans de nombreuses dimensions, notamment pour ce qui concerne le contrat d'assurance (73 % vs. 85 % de satisfaits), les locaux (76 % vs. 100 % de satisfaits), le secrétariat (70 % vs. 88 % de satisfaits), l'utilisation des fonctionnalités informatiques (70 % vs. 85 % de satisfaits) ou encore la gestion des absences et remplacements (70 % vs. 81 % de satisfaits).

Malheureusement, les raisons pour lesquelles les médecins exercent seuls sont imparfaitement renseignées. Les réponses les plus fréquemment retrouvées soulignent le désir d'indépendance. Pour les praticiens travaillant en groupe, c'est l'organisation du travail qui est le plus souvent mise en avant pour justifier de leur regroupement (Tableau 11).

**Tableau 11. Raisons ayant motivé le choix d'un exercice en groupe (plusieurs réponses possibles)**

|   |        |
|---|--------|
| Organisation du travail (remplacements etc.)                                    | 55,9 % |
| Travail d'équipe (échanges, convivialité etc.)                                  | 47,5 % |
| Temps libre (diminuer la charge de travail, vie privée etc.)                    | 39,0 % |
| Économie d'échelle (Charges, mise en commun d'un secrétariat etc.)              | 28,8 % |
| Géographie (installation dans le lieu de son choix, regroupement familial etc.) | 27,1 % |
| Améliorer la qualité des soins (accueil, accès, ouverture du cabinet etc.)      | 18,6 % |
| Valorisation du cabinet (attractivité, bénéfices lors de la cession etc.)       | 15,3 % |

### 3.3.3 Perspectives d'évolution des médecins selon leur forme d'exercice

Près des trois quarts des médecins travaillant seuls n'envisagent pas de se regrouper dans le futur (27/37). Cette proportion est même un peu plus élevée lorsque l'on s'intéresse au personnel recherché actuellement par le cabinet. Les motifs le plus souvent avancés pour justifier leur souhait de rester seuls sont : le désir d'indépendance, l'âge avancé et la satisfaction par rapport à leurs collaborations actuelles. Sont également évoquées la faiblesse de la demande locale et l'exiguïté des locaux. Les médecins exerçant individuellement et souhaitant se regrouper (N=10) sont en moyenne significativement plus jeunes que ceux qui ne l'envisagent pas (46 ans vs. 54 ans ;  $p < 0,001$ ).

Plus de 50 % des cabinets de groupe (33/59) envisagent une évolution de leur exercice. Lorsqu'une évolution est imaginée (regroupement pour les cabinets individuels ou évolution du mode d'exercice pour les groupes), elle implique des éléments différents en fonction du type de cabinet (Tableau 12).

**Tableau 12. Type d'évolution envisagée et motivation selon le mode d'exercice**

|   | Solo (N=10) | Groupe (N=33) | Total (N=43) |
|---|-------------|---------------|--------------|
| S'associer avec un (ou des) médecin(s)        | 90 % (9/10) | 45 % (15/33)  | 56 %         |
| S'associer avec du personnel paramédical      | 70 % (7/10) | 15 % (5/33)   | 28 %         |
| Améliorer la qualité d'exercice <sup>15</sup> | 60 % (6/10) | 55 % (18/33)  | 56 %         |
| Améliorer la qualité des soins                | 80 % (8/10) | 18 % (6/33)   | 33 %         |
| Améliorer la qualité de vie <sup>16</sup>     | 70 % (7/10) | 27 % (9/33)   | 37 %         |

Les types de médecins recherchés sont comparables dans les deux types de cabinets (Tableau 13).

**Tableau 13. Type de médecins recherchés selon le mode d'exercice**

|  | Solo (N=37) | Groupe (N=59) | Total (N=96) |
|--|-------------|---------------|--------------|
| Un associé ou un collaborateur libéral | 14 %        | 20 %          | 18 %         |
| Un collaborateur libéral               | 8 %         | 8 %           | 8 %          |
| Un interne                             | 0 %         | 2 %           | 1 %          |

<sup>15</sup> La qualité d'exercice fait référence à l'organisation du travail (planification, équipement etc.).

<sup>16</sup> La qualité de vie fait référence au temps libre (vie familiale etc.).

## **4. Discussion**

### **4.1 La structure et l'organisation des groupes**

#### **4.1.1 De petits cabinets peu intégrés mais nombreux**

En premier lieu, cette enquête retrouve une proportion plutôt importante de médecins évoluant au sein d'un groupe. Cette proportion relativement élevée (plus de 60 %) de médecins travaillant en groupe par rapport à la moyenne nationale (40 %) confirme les résultats d'études précédentes qui mettaient en évidence une surreprésentation des cabinets de groupe dans les régions de l'ouest de la France (8, 11).

Cette étude nous a permis également de préciser la description des cabinets de groupe français. Aussi, il apparaît que ce sont des cabinets de taille plutôt modeste (2/3 d'entre eux comptent 3 membres ou moins). Si ces dimensions sont comparables aux cabinets que l'on peut trouver dans d'autres pays comme les Pays-Bas, elles sont en revanche nettement plus petites que celles que l'on retrouve dans des pays où l'intégration est importante comme le Royaume-Uni (12).

Qu'ils soient seuls ou en groupe, les médecins français ne travaillent pas ou peu avec d'autres professionnels sur le même lieu. Cette étude vient confirmer cet état des lieux.

La structure juridique la plus prisée pour organiser le groupe est la Société Civile de Moyens (SCM). Ces données sont comparables à celles de la Drees qui constatait que 2/3 des médecins exerçant en groupe le faisaient au sein d'une SCM (11).

Ce type de structure est la moins contraignante et signe une mise en commun limitée et donc une faible intégration. Ceci nous est confirmé par d'autres résultats comme la faible mise en commun des recettes ou encore la répartition fixe des charges. Le groupe présente de fait un avantage certain concernant le niveau individuel de charges. Les montants retrouvés sont cohérents avec les chiffres publiés par la Drees (15). En effet, le revenu d'un omnipraticien avoisinait les 100 000€ en 2005 avec un taux de charge d'environ 45 % (soit environ 45 000€ de charges) ce qui correspond au montant moyen des charges (42 129 euros) des cabinets au sein duquel le médecin exerce seul.

Mis à part le partage des charges, tout se passe comme si dans la plupart des cas, le cabinet de groupe n'était que la somme de pratiques individuelles. L'ensemble de ces résultats confirme que le regroupement est d'une taille limitée et qu'il est principalement motivé par un partage des moyens d'exercice. Toutefois, même s'il existe des réticences à partager davantage, des études ont montré que le fait même de travailler en groupe entraînait une convergence des pratiques au sein du groupe (16).

#### **4.1.2 Une nouvelle génération de médecins ?**

Les membres des groupes sont plus jeunes que leurs confrères exerçants seuls, ce qui semble confirmer que ce type de pratique est tout particulièrement apprécié par les jeunes générations de médecins. De plus, ils ont plus d'enfants que les médecins solos, ce qui pourrait suggérer qu'il leur est plus facile de concilier vie professionnelle et vie familiale.

Le fait que les médecins exerçant en groupe sortent plus souvent d'une université bretonne (même si ce résultat n'est pas significatif) peut être une piste dans la recherche de politiques visant à l'installation de médecins dans des zones sous-médicalisées (17, 18).

Lors de l'installation, le choix semble fait dès le départ entre groupe et exercice individuel. L'évolution semble plutôt se faire de l'exercice individuel vers la pratique de groupe. Le fait que de nombreux médecins aient créé leur cabinet aussi bien en individuel qu'en groupe est à replacer dans une période d'augmentation forte du nombre de médecins en France dans les années 80 et 90 avec l'arrivée de nombreux jeunes médecins sur le marché du travail (3.3.1).

Les motivations quant à l'exercice actuel semblent dessiner deux profils de médecins, témoignant d'arbitrages personnels très différents. En effet, les médecins pratiquants seuls mettent en avant un fort désir d'indépendance tandis que ceux travaillant en groupe semblent arbitrer entre leur travail et leur vie hors travail (loisirs, famille, ils ont également plus souvent trois enfants). En ce sens, il semble qu'il existe dans ce désir d'indépendance, une barrière quasi rédhibitoire à l'installation en groupe, perçue comme un renoncement à l'indépendance ou de façon plus nuancée un compromis entre des aspirations contrastées de réalisation personnelles et professionnelles. Il est par ailleurs intéressant de noter que ceux qui exercent en groupe souhaitent le plus voir leur exercice évoluer, comme si le fait d'avoir renoncé à l'indépendance devait se traduire par une pratique de groupe plus intégrée qu'elle ne l'est actuellement. En d'autres termes, le fonctionnement actuel des groupes dans un système organisé pour l'exercice indépendant ne répondrait pas à l'ensemble des attentes des médecins qui ont opté pour ce mode d'exercice.

## **4.2 Les potentialités des cabinets de groupes**

### **4.2.1 Des services offerts par les groupes potentiellement plus variés**

Il semble que les groupes puissent potentiellement développer une offre de services plus large que celle offerte par les cabinets individuels du fait de la gamme plus étoffée de diplômes complémentaires dont sont titulaires les médecins évoluant en groupe, la présence d'un secrétariat et l'accueil d'un résident plus fréquent, et d'un équipement, tant médical qu'informatique, plus fourni.

Même si les moyens en place permettent d'envisager des développements futurs, il est difficile d'affirmer que les médecins exerçant en groupe font à ce jour un plein usage de toutes ces potentialités.

### **4.2.2 Un accès aux soins facilité dans les cabinets de groupe**

Les groupes témoignent également d'une offre plus étendue lorsque l'on se penche sur les variables d'accès aux soins comme les horaires d'ouverture, nettement plus importants pour les groupes, ou encore la participation à la permanence de soins. Cette accessibilité plus grande peut être le signe d'une plus grande équité pour les patients. Toutefois, ce résultat doit être tempéré par les modalités de prise de rendez-vous, différentes selon le mode d'exercice. Les médecins exerçant en groupe reçoivent davantage sur rendez-vous tandis que les médecins seuls pratiquent plus volontiers en consultation libre.



### **4.3 Les limites de l'étude**

#### **4.3.1 La faiblesse de l'échantillonnage**

Cette étude, comporte de nombreuses limites. Tout d'abord, l'échantillon est de taille restreinte et ne permet davantage de dégager des pistes ou tendances que des différences statistiquement significatives. Sa représentativité au niveau national (les médecins exerçant en Bretagne ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins français) peut également être questionnée.

#### **4.3.2 La question de la définition du groupe**

Le recueil des données du groupe, limité à un seul médecin répondant, n'est qu'un reflet indirect de l'ensemble des membres du groupe.

Ceci renvoie à la difficulté à définir le groupe. Nous avons choisi de définir le groupe en fonction de sa composition en médecins. Une autre option envisageable est de considérer également le personnel paramédical comme partie intégrante du groupe. Bien que cette dernière forme d'organisation soit minoritaire, les études futures devront s'attacher à recueillir avec la plus grande précision la composition des groupes.

#### **4.3.3 La qualité des soins n'est pas évaluée, mais des proxys sont décelables**

Cette étude ne comporte pas de variables renseignant sur la qualité des soins délivrés. De futures recherches auront à se pencher avec précision sur cette question, essentielle si on se place dans la perspective de la mise en place d'incitations publiques au regroupement.

On peut imaginer que ces variables pourront être choisies parmi celles fréquemment retrouvées dans la littérature internationale (dépistage de certains cancers, suivi du diabète, de l'asthme ou encore de pathologies cardiovasculaires) afin de faciliter les comparaisons.

#### **4.3.4 La productivité reste une inconnue à explorer**

Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence une productivité supérieure au sein des cabinets de groupe (temps de consultation, nombre de consultations hebdomadaires). Pour développer une analyse plus complète, il est nécessaire de recueillir une information sur l'activité totale sur une période donnée, le nombre de patients pris en charge sur la même période et le nombre de patients inscrits au titre du médecin traitant par médecin et pour l'ensemble du cabinet. L'activité des praticiens doit également être analysée en prenant en compte les caractéristiques des patients qui peuvent influencer l'intensité et des soins et la durée des consultations (âge, sexe et types de pathologies).

Si les conclusions apportées par l'étude en ce qui concerne le niveau de charges individuelles semblent clairement à l'avantage des groupes, des précisions supplémentaires sont à apporter dans le calcul même de ces charges et de leur répartition entre les médecins.

Enfin, il serait intéressant de déterminer si les sources de revenus sont différentes selon que les médecins sont en groupe ou non, si les niveaux de revenus sont différents et enfin si les revenus rapportés au temps de travail sont différents.

#### 4.4 Implications en vue de la mise en place de politiques incitatives

La distinction assez nette entre les attentes des médecins exerçant seuls et celles des médecins exerçants déjà en groupe (4.1.2) nous conduit à distinguer deux types possibles d'incitations au regroupement des médecins :

- Des incitations à destination des médecins exerçant seuls leur permettant de faire l'arbitrage entre leur désir d'indépendance et des avantages qu'ils trouveraient dans l'exercice de groupe. Il serait sans doute nécessaire qu'une certaine indépendance leur soit garantie au sein du cabinet de groupe.
- Des incitations visant les médecins déjà installés en groupe, qui les aideraient à faire évoluer leur mode d'exercice tout en satisfaisant des objectifs de santé populationnels, que ce soit quant à la composition même du groupe (présence de professionnels paramédicaux par exemple) ou bien quant à l'étendue et à la qualité des soins délivrés. Ces incitations pourraient être associées au soutien à la formation des jeunes médecins généralistes. Ainsi comme le recommande l'IGAS, la création de postes de Chef de Clinique Universitaires serait facilitée dans les groupes en terme d'équilibre économique (4). L'enquête met en effet en évidence de façon très nette que les groupes accueillent trois fois plus fréquemment des internes de médecine générale en stage. Une incitation combinée à la formation et au regroupement, voire à la recherche pourrait constituer un puissant facteur de motivation et de potentialisation des groupes déjà constitués.

En conclusion, nos résultats exploratoires semblent valider l'intérêt des médecins, notamment les plus jeunes pour une pratique de groupe. C'est principalement l'attrait pour des conditions de travail plus confortables qui semble motiver les médecins. Au-delà d'une validation de nos résultats par une enquête sur un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins français, les conséquences en termes de qualité des soins ou de services offerts pour les patients doivent être étudiées plus précisément. Plusieurs pays se sont engagés dans des politiques volontaristes de promotion du regroupement des professionnels de santé en assortissant l'octroi des aides au recrutement ou à l'accueil de professionnels paramédicaux et à l'engagement de reddition de comptes en termes de qualité et de services rendus (13). En France, deux décisions récemment mises en œuvre par les pouvoirs publics visent à favoriser le regroupement des médecins

- La création du statut de collaborateur libéral<sup>17</sup>, qui envisage le développement de la médecine de groupe sur le modèle des cabinets d'avocats. C'est une piste envisagée par les médecins de l'enquête.
- La possibilité de mettre en place dans les zones éligibles une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité, des modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé.

---

<sup>17</sup> Ni remplaçant, ni associé, le collaborateur libéral peut constituer sa propre clientèle sans nécessairement prendre des parts dans le cabinet. La création de ce statut vise à faciliter le rapprochement entre médecins avec la possibilité d'une association à terme. Un contrat-type a été adopté par le conseil de l'ordre en septembre 2005.

C'est donc principalement dans le cadre actuel du médecin travailleur indépendant que l'incitation au regroupement est envisagée. En effet, le supplément de revenu n'est pas adressé au groupe mais au médecin. L'objectif de la politique actuelle vise à garantir l'accès géographique aux soins dans des situations bien limitées et incite au regroupement sans exiger aucune contrepartie précise en termes de qualité ou de gamme de services offerts à la population. L'hypothèse sous-jacente est que les médecins pourront se regrouper plus facilement et que les soins de proximité seront ainsi garantis. Au-delà des risques d'effet d'aubaine que présente l'absence de réelles contreparties, les mesures actuelles méconnaissent les conditions du développement de la coopération des professions de santé. C'est pourtant vraisemblablement dans cette voie que les incitations publiques ont la plus grande chance d'efficacité à terme.

## REFERENCES

1. Rapport-Ambroise-Thomas P. (2007). Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national. Paris, France : Académie Nationale de Médecine.
2. Rapport-Bas-Théron F., Chevrier-Fatome C., Duhamel G. (2002). L'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire, étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas. Paris, France : Inspection générale des affaires sociales ; Report No.: : 2002-81.
3. Rapport-Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G. (2002). Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. Paris, France : Inspection Générale des Finances ; 2003. Report N°. : 2002-M-023-02.
4. Rapport-Delahaye-Guillocheau V., Jeannet A., Vernerey M. (2007). Création de la filière universitaire de médecine générale. Paris, France : Inspection générale des affaires sociales. Report N°. : 2007-16.
5. Rapport-Lucas J. (2001). L'exercice médical face à la permanence des soins. Paris, France : Conseil National de l'Ordre des Médecins.
6. Rapport-Nicolas G. (2007). Le corps médical à l'horizon 2015. Paris, France : Académie Nationale de Médecine.
7. Chaperon J., Trehony A., Vennin M. (1983). La santé de première ligne : les pratiques de groupe en France. *Revue Française des Affaires Sociales*. 3(1):63-79.
8. d'Humières D., Gottely J. (1989). Une pratique particulière de la médecine libérale : l'exercice de groupe. *Solidarité Santé - Etudes statistiques*. 4. 53-74.
9. Trehony A., Vennin M., Chaperon J. (1982). Health centers and liberal group practice: statistical survey of medical practice. *CahSociolDemogrMed*. 22(4) : 349-66.
10. Rapport-Ferley J.P., Da Silva E. (2005). Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. Grenoble, France : URML Rhône-Alpes ; Report N°. : 488.
11. Audric S. (2004). L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Etudes et résultats*. 314.
12. Saltman R.B., Rico A., Boerma WGW. (2006). Primary care in the driver's seat? : organizational reform in European primary care. Maidenhead, England ; New York: Open University Press.

13. Rapport-Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2005). Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières: l'apport d'expériences européennes et canadiennes. Paris, France : Irdes.
14. Bessy-Pietri P, Sicamois Y. Le zonage en aires urbaines en 1999: 4 millions d'habitants en plus dans les aires urbaines. Insee Première. 2001(765).
15. Legendre N. Les revenus des médecins libéraux en 2004 et 2005. Etudes et résultats. 2007;562.
16. de Jong JD, Groenewegen PP, Westert GP. Mutual influences of general practitioners in partnerships. Soc Sci Med. 2003 Oct;57(8):1515-24.
17. Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A., Tajahmady A. (2007). Améliorer la répartition géographique des médecins: les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé. (122).
18. Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmady A. (2006). Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé: les enseignements de la littérature. Questions d'économie de la santé. 116.