SOUS L'ÉGIDE DE FACE

cercle ASCLEPIOS

SANTÉ POUR TOUS

Garantir un accès aux soins à tous

Pour en finir avec les déserts médicaux

Collection Les notes d'Asclépios – novembre 2026

TABLE DES MATIÈRES

I. DEFINITIONS, CONSTATS ET ETAT DES LIEUX 5

1. QU'EST-CE QU'UN « DESERT MEDICAL » ? 5
2. UN EFFET DE CISEAU ENTRE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN CONTRACTION ET BESOINS ACCRUS 6
3. LA GEOGRAPHIE DES ZONES SOUS-DENSES ET LES CHIFFRES DU ZONAGE 8

II. LES LIMITES DES DISPOSITIFS EXISTANTS ET LES FAUSSES BONNES IDEES 9

LES ENSEIGNEMENTS DE LA LITTERATURE INTERNATIONALE 11

LES POINTS DE DEBAT ET LES FAUSSES BONNES IDEES 12

1. L'ILLUSION DES INCITATIONS FINANCIERES ET DES PRIMES A L'INSTALLATION 12
2. LE PIEGE DE LA COERCITION ET DE LA REGULATION AUTORITAIRE DE L'INSTALLATION 13
3. LE PARADOXE DU DEPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE 13

III. L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE MEDECINS FORMES NE RESOUDRA PAS TOUT 14

1. L'ETAPE DES ANNEES 2030 14
2. DEMOGRAPHIE MEDICALE, REPARTITION GEOGRAPHIQUE ET BESOINS DE SOINS 15

IV. LES PROPOSITIONS DU CERCLE ASCLEPIOS : APPROFONDIR LES ACTIONS ENGAGEES ET METTRE EN PLACE UNE NOUVELLE RESPONSABILITE COLLECTIVE DES MEDECINS 15

1. PARTIR D'UNE APPROCHE PAR LES BESOINS AU NIVEAU TERRITORIAL 16
2. DES LEVIERS ET OUTILS EXISTANTS A AMPLIFIER 16
3. UNE OBLIGATION NOUVELLE DE PARTICIPATION A UNE MISSION D'INTERET GENERAL POUR TOUS LES MEDECINS 19
4. UNE METHODE ET UNE GOUVERNANCE DEDIEES A L'ORGANISATION DE LA REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION 20
5. UNE ENVELOPPE FINANCIERE TERRITORIALE DEDIEE 22

Résumé exécutif

L'accès aux soins constitue l'une des préoccupations majeures des Français. Malgré la multiplication des dispositifs de lutte contre les déserts médicaux depuis une vingtaine d'années, les difficultés persistent et concernent désormais aussi bien les territoires ruraux que les espaces périurbains et certaines grandes agglomérations. Le vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques accentuent les besoins, tandis que le temps médical disponible demeure contraint.

L'augmentation du nombre de médecins formés devrait progressivement produire ses effets au cours des années 2030. Elle ne suffira toutefois pas, à elle seule, à garantir un accès équitable aux soins. L'enjeu n'est pas seulement démographique : il concerne aussi la répartition des professionnels, l'organisation de leur activité et la réponse effective aux besoins des patients.

Depuis vingt ans, de nombreux leviers ont été mobilisés : aides à l'installation, exercice coordonné, assistants médicaux, transferts de compétences et télémédecine. La plupart sont utiles, mais leur accumulation n'a pas permis d'enrayer la dégradation ressentie de l'accès aux soins. Les aides financières individuelles présentent une efficacité limitée, tandis qu'une régulation autoritaire de l'installation ne constitue probablement pas une solution satisfaisante.

Cette note défend un changement d'approche : passer d'une politique centrée sur la gestion de l'offre médicale à une organisation territoriale fondée sur les besoins de santé de la population. Il s'agit de définir les services prioritaires attendus dans chaque territoire, puis de mobiliser les acteurs pour y répondre collectivement.

Une première priorité consiste à optimiser les ressources disponibles : réduire les tâches administratives, développer les outils numériques, élargir les compétences des professionnels paramédicaux et renforcer les coopérations. Les consultations avancées, les soins non programmés et une télémédecine accompagnée doivent également contribuer à rapprocher les soins des patients.

La note propose ensuite une responsabilité nouvelle pour l'ensemble des médecins, quel que soit leur mode d'exercice, à travers une obligation de participation à des missions d'intérêt général. Celle-ci pourrait notamment prendre la forme de consultations dans les territoires sous-denses ou d'une contribution à la permanence des soins.

Cette responsabilité collective doit s'inscrire dans une gouvernance territoriale associant les professionnels de santé, les agences régionales de santé, l'Assurance maladie, les collectivités et les représentants des usagers. Les périmètres des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les contrats locaux de santé (CLS) constituent des outils pragmatiques pour organiser cette réponse.
Enfin, les financements doivent être réorientés vers les besoins prioritaires des territoires, notamment en mettant fin aux aides individuelles à l'installation au profit de budgets collectifs. L'ambition est de garantir un accès effectif aux soins à tous les citoyens, en faisant de la coopération et de l'organisation territoriale les principaux leviers de lutte contre les déserts médicaux.

Qui sommes-nous ?

*Think-tank spécialisé dans la santé, le **Cercle Asclépios - santé pour tous** est une fondation abritée par FACE, la fondation pour l'inclusion.*
Son objet est d'élaborer une plateforme santé à horizon fin 2026, en associant l'ensemble des acteurs publics et privés de la santé.

Principales propositions

Cette note propose une réorganisation de la gouvernance sanitaire pour garantir l'accès aux soins de proximité dans les zones sous-denses avant la remontée démographique médicale progressive attendue dans les années 2030, selon un cadre général qui pourrait être le suivant :

- ⇒ Une organisation territoriale centrée sur les résultats attendus par la population en matière d'accès aux soins (médecin traitant accessible, suivi régulier des maladies chroniques, délais corrects pour des soins) à l'échelle des territoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- ⇒ Une obligation nouvelle pour les médecins d'exercer une mission d'intérêt général, pouvant notamment consister à réaliser des consultations délocalisées dans des territoires sous-denses ou à participer à la permanence des soins.
- ⇒ La libération du temps médical, recentrant le médecin sur sa valeur ajoutée clinique en allégeant sa charge administrative (assistants médicaux, IA) et en généralisant les extensions de compétences (infirmières et infirmières en pratique avancée, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes) de manière coordonnée.
- ⇒ Le rapprochement entre les soignants et les patients par la réduction des distances physiques, notamment par la projection de consultations avancées, l'organisation collective des soins non programmés et l'encadrement des centres de soins non programmés privés. Ce rapprochement physique pourra être complété par le déploiement d'une télémédecine rurale accompagnée.
- ⇒ La suppression des aides financières individuelles et le redéploiement des 200 M€ ainsi dégagés vers le financement de projets d'équipes.

Ces propositions seront complétées prochainement par une note sur l'organisation des soins. La question centrale n'est en effet pas uniquement de savoir comment mieux répartir les médecins, mais comment construire de véritables organisations de soins, capables d'assumer collectivement une responsabilité territoriale.

Introduction

L'accessibilité des soins pour tous constitue une attente légitime de la population française, en particulier des plus âgés. Cette attente est aujourd'hui grandement mise à mal par les mutations du système de santé français et la dégradation de l'accès aux soins dans de nombreuses zones géographiques, phénomènes souvent qualifiés de « déserts médicaux ».

Le Cercle Asclépios – santé pour tous a souhaité approfondir cette question de la lutte contre les déserts médicaux et formuler des propositions concrètes et pragmatiques, en vue de la nouvelle séquence politique qui s'ouvrira en 2027 après l'élection présidentielle.

Cette note propose un diagnostic et des solutions concrètes afin de faire face à un problème de santé publique et de garantir un meilleur service de soins à l'ensemble de la population tout en restaurant une relation de confiance entre les patients et le système de santé.

Des politiques de soutien aux zones sous-denses sont régulièrement mises en place depuis une vingtaine d'années. Cette approche, souvent axée sur une gestion quantitative de l'offre et sur des incitations financières individuelles, a eu des résultats mitigés pour ce qui est des médecins. Bien que nécessaires, ces mécanismes se heurtent parfois à des effets d'aubaine ou à une dispersion des ressources, sans toujours traiter les transformations organisationnelles requises pour optimiser le temps médical disponible.

La littérature internationale et l'expérience empirique montrent que la lutte contre les zones sous-denses passe par un ensemble de solutions coordonnées. Nous sommes convaincus que l'amélioration de l'accès aux soins repose sur la structuration d'un cadre territorial intégré, qui peut et doit être mis en place au cours du prochain quinquennat.[1][2]

I. Définitions, constats et état des lieux

1. *Qu'est-ce qu'un « désert médical » ?*

L'analyse de l'accès aux soins de premier recours en France met en évidence une crise profonde qui ne peut se résumer à une seule cause. Elle est le produit d'une convergence de facteurs démographiques, sociologiques et géographiques qui s'accumulent et se renforcent mutuellement.

Un « désert médical » désigne une zone géographique dans laquelle il est difficile, voire impossible, de se faire soigner en raison de l'absence de médecins à proximité.

[1] Drees, « *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, Les leçons de la littérature internationale* », Les Dossiers de la Drees n°89, 2021.
[2] Irdes, *« Les politiques de lutte contre la désertification médicale - Les enseignements français et étrangers - Bibliographie thématique »*, juin 2025.

Cette situation peut entraîner de nombreuses difficultés : augmentation des délais pour obtenir une consultation auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste (au risque d'aggraver l'état de santé des patients), déport de consultations vers les urgences médicales (qui peut aboutir à l'engorgement des urgences) ou encore difficultés à trouver un médecin traitant (ce qui peut entraîner une rupture du parcours de soins).

À l'expression « désert médical », les chercheurs et statisticiens préfèrent l'appellation de « zones sous-denses », qu'ils définissent en s'appuyant sur trois indicateurs techniques :

- La densité médicale : elle rapporte le niveau d'offre d'un territoire à la population concernée. Au 1er janvier 2021, les densités régionales de médecins varient de 1 à 1,8, tandis que l'écart grimpe de 1 à 5,3 à la maille départementale.
- La distance d'accès par la route : si les modèles de simulation routière montrent que 98 % de la population peut accéder en voiture à un médecin généraliste en moins de 10 minutes, cet indicateur purement géographique masque la disponibilité réelle des professionnels [3].
- L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)[4] : développé plus récemment, cet indicateur synthétique mesure à la fois la proximité physique du cabinet et le volume d'activité disponible de chaque praticien pour affiner la réalité de l'offre.

Derrière l'idée générale d'accès insuffisant à un médecin, on trouve en réalité plusieurs situations différentes. D'une part, la difficulté à accéder à un médecin généraliste, qui recouvre elle-même deux cas différents : la difficulté à trouver un médecin traitant pour le suivi au long cours, et la difficulté à trouver un créneau disponible chez un médecin généraliste (son propre médecin traitant ou un autre s'il n'est pas disponible) en cas de besoin de soins non programmés. D'autre part, la difficulté à accéder à un médecin spécialiste, que ce soit pour un médecin généraliste souhaitant recourir à un avis spécialisé, ou pour un patient nécessitant un diagnostic ponctuel ou une prise en charge au long cours (en cardiologie ou psychiatrie notamment). C'est l'ensemble de ces situations qui fait l'objet de la présente note (qui ne traite donc pas de l'accès aux soins hospitaliers).

2. *Un effet de ciseau entre démographie médicale en contraction et besoins accrus*

Le manque de professionnels disponibles aujourd'hui découle d'abord d'un effet de ciseau structurel entre l'évolution des besoins de la population et le nombre de médecins formés. De la fin des années 1980 jusqu'au début de la décennie 2000, le niveau du *numerus clausus* a été maintenu à un seuil trop bas. Cette contraction volontaire de l'offre de formation a créé un déficit générationnel prolongé, alors même que la population française augmentait, vieillissait et manifestait des besoins de prise en charge accrus. Elle devrait progressivement s'inverser compte tenu de la hausse importante de ce quota, puis de son remplacement en 2020 par un *numerus apertus* plus souple. Les efforts de réévaluation des quotas de formation commencent à porter leurs fruits. Au 1er janvier 2025, la France compte 241 255 médecins en activité, contre 215 663 en 2010. Toutefois, cette augmentation mécanique du nombre de

[3] Ibid.
[4] Drees, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) », données en ligne.

praticiens inscrits à l'Ordre ne se traduit pas automatiquement par une hausse de l'offre de soins disponible sur le terrain.

Au-delà du nombre de médecins, c'est le volume de temps médical réel qui se contracte, sous l'effet de mutations sociologiques profondes. Depuis 2018, la durée moyenne de travail hebdomadaire déclarée par les médecins généralistes (MG) recule, s'établissant désormais à 46 heures par semaine[5]. Ce phénomène reflète des aspirations partagées par l'ensemble de la société et accentuées par la féminisation de la profession : une volonté de concilier plus équitablement vie personnelle et engagement professionnel. Ainsi, un jeune médecin formé aujourd'hui ne compense pas entièrement le départ à la retraite d'un médecin. Les données de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) démontrent d'ailleurs que cette baisse du temps de travail est encore plus marquée dans les territoires subissant déjà les plus faibles taux d'accessibilité (premier quartile d'APL)[6].

Cette crise s'observe de plus dans tous les secteurs de la santé. Entre 2012 et 2022, la présence de nombreux spécialistes s'est contractée à l'échelle nationale[7]. Entre 200 et 300 pharmacies ferment leurs portes chaque année (soit une perte de près de 10 % des officines en dix ans)[8], ce qui ne pose pas systématiquement de difficulté mais peut aggraver l'accès aux soins si la fermeture intervient dans un territoire mal desservi.

L'expansion de la médecine de secteur 2 accroît encore les difficultés d'accès aux soins dans certains territoires. 56 % des spécialistes exercent aujourd'hui en secteur 2, contre seulement 37 % en 2000, et cette tendance est vouée à se poursuivre avec le renouvellement de la profession, puisque les trois quarts (75 %) des jeunes praticiens choisissent la liberté tarifaire lors de leur installation. Cette dérive est particulièrement importante dans les grandes métropoles à niveau de vie élevé, où les médecins en secteur 1 se font rares, à l'instar de Paris où le montant moyen des dépassements par patient s'avère quatre fois supérieur à la moyenne nationale. L'incitation financière générée par le secteur 2 tend ainsi à aggraver les inégalités territoriales en renforçant l'attractivité des zones où les médecins peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, donc des zones socialement aisées, qui sont déjà les mieux pourvues en offre de soins.[9]

Alors que les trois quarts de la population vivant en France estiment que les dépassements d'honoraires ne sont pas justifiés, améliorer l'accessibilité géographique aux soins risque de rester illusoire sans une action publique visant à réguler cette barrière financière. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) vient de formuler des propositions[10] qui

[5] Drees, « *Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 46 heures par semaine en 2025* », Études et résultats n°1381, août 2026.
[6] Irdes, « *Comment les médecins généralistes s'adaptent-ils à la sous-densité médicale* », Questions d'économie de la santé n°301, juin 2025.
[7] Drees, « *La démographie des professionnels de santé depuis 2012* », Data.DREES, données mises à jour en juillet 2026.
[8] Ordre national des pharmaciens, panorama au 1er janvier 2025.
[9] HCAAM, « *Les dépassements d'honoraires des médecins : état des lieux* », novembre 2025.
[10] HCAAM, « *Trois scénarios pour une réforme des dépassements d'honoraires des médecins* », juin 2026.

montrent que, malgré la sensibilité du sujet, des améliorations réelles sont possibles, notamment en renforçant l'encadrement des dépassements d'honoraires.

3. *La géographie des zones sous-denses et les chiffres du zonage*

Les zones sous-denses concernent à un titre ou un autre l'ensemble des régions françaises, en métropole et en outre-mer : au-delà d'une simple opposition entre villes et campagnes, elles dessinent des dynamiques spatiales plus complexes. On peut en effet distinguer plusieurs grands ensembles critiques :

- Les espaces ruraux isolés et peu attractifs, qui sont les plus touchés en termes d'éloignement physique. Une large partie des citoyens français les plus éloignés des professionnels de premier recours vivent au sein de territoires ruraux.
- Les marges du Bassin parisien, composées des départements et régions situés immédiatement en périphérie de la grande couronne parisienne (Centre, Picardie, Normandie) qui subissent une fuite et une sous-densité chronique de leur offre médicale.
- L'extension aux couronnes périurbaines et aux grandes villes. Phénomène plus récent, la raréfaction de l'offre existe désormais au cœur des grandes agglomérations, notamment en Île-de-France, où le manque de médecins touche désormais une grande partie du territoire.
- Ces fractures sanitaires sont enfin exacerbées dans les territoires d'Outre-mer. Le département de Mayotte est ainsi le « plus grand désert médical de France », n'affichant qu'une densité critique de 89 médecins pour 100 000 habitants, soit un volume d'offre quatre fois inférieur à la moyenne hexagonale. Cette fracture se ressent sur les chiffres de santé, un tiers des habitants de l'outre-mer déclarant renoncer aux soins (contre 26 % dans l'Hexagone), tandis que le taux de mortalité infantile y est plus de deux fois supérieur à la moyenne hexagonale (8‰ pour l'ensemble des DROM contre 3,5 ‰ en métropole).

Les chiffres officiels du zonage

Pour quantifier précisément l'ampleur des difficultés dont souffrent les territoires, on peut citer les seuils fixés par l'arrêté du Journal Officiel du 9 mai 2025, basé sur l'Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL).

Les résultats dépeignent un territoire français en bonne partie sujet à la crise :

- 36,7 % de la population française vit en ZIP (Zone d'Intervention prioritaire), à savoir les territoires où le manque de médecins est le plus avéré et le plus urgent.
- 39 % de la population française vit en ZAC (Zone d'action Complémentaire), soit les territoires d'offre intermédiaires dont la dégradation demande un accompagnement public.
- Au total, les trois quarts (75,7 %) de la population française résident aujourd'hui dans un territoire officiellement reconnu en difficulté d'offre de soins et éligible aux aides publiques à l'installation. Au niveau national, en se restreignant aux ZIP caractérisées par un seuil conventionnel d'APL inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant, on estime que plus de 7 millions de personnes vivent dans un « désert médical ».

II. Les limites des dispositifs existants et les fausses bonnes idées

Pour répondre à la crise des zones sous-denses, les pouvoirs publics ont déployé un arsenal diversifié de mesures. L'analyse de ces dispositifs, confrontée aux enseignements de la littérature internationale, permet de distinguer les leviers d'efficience réels des fausses bonnes idées normatives.

Deux axes d'actions prioritaires se dégagent des politiques de soutien aux territoires en difficulté : d'une part, augmenter le temps médical disponible, en réduisant les tâches (administratives ou soignantes) exercées par les médecins pour leur permettre de se concentrer sur les actions à forte valeur ajoutée médicale ; d'autre part, rapprocher les médecins des patients, par des incitations à l'installation et par des organisations nouvelles.

Depuis une vingtaine d'années, et avec une accélération marquée au cours de la dernière décennie, ces politiques se sont sédimentées autour de plusieurs axes réglementaires et organisationnels :

- L'action publique a progressivement réorganisé la planification territoriale et le zonage autour de la cartographie des territoires en tension. Le plan de lutte contre les déserts médicaux de juin 2025 a ainsi identifié 151 zones prioritaires dites « zones rouges » - plus restreintes que les zonages réglementaires - afin de cibler les interventions de l'État.
- L'offre de formation a été élargie dans le but de rapprocher les lieux d'étude des territoires isolés. L'accès aux filières de santé a été décentralisé via le déploiement d'antennes déconcentrées de formation, de campus connectés et de solutions locales d'enseignement. Les stages en cabinet médical ont été généralisés avec le souci de diffuser les lieux de stages libéraux dans tous les territoires. A cela s'ajoute l'introduction d'une 4e année d'internat en médecine générale, visant à projeter plus de 3700 internes en autonomie directement sur l'ensemble du territoire (à partir de fin 2026). La mise en œuvre des stages en autonomie supervisée en zone sous-dense, introduite par la refonte du diplôme d'études spécialisées, doit faire l'objet d'un bilan d'évaluation rigoureux dès 2027-2028 et les choix futurs d'installation des jeunes médecins concernés devront être suivis et analysés. Par ailleurs, une politique de recrutement universitaire active mériterait d'être promue, inspirée des modèles canadiens et norvégiens, diversifiant l'origine géographique et sociale des étudiants dès la première année pour rapprocher les étudiants des zones sous-denses et maximiser statistiquement les chances d'installation périphérique future.
- La libération du temps médical est un objectif prioritaire. Le temps administratif consomme encore entre 10 et 30 % du temps de travail hebdomadaire des médecins libéraux[11]. Cette charge administrative chronique est directement identifiée comme un facteur d'épuisement professionnel. Soutenu financièrement par l'Assurance maladie, le déploiement des assistants médicaux décharge les praticiens des tâches de secrétariat, de logistique et de pré-accueil[12]. En parallèle, l'intégration des outils

[11] « *Gagner des médecins, ou du temps médecin* », Fédération des Médecins de France, 30 décembre 2022 ; Drees, Études et résultats n°1381.
[12] Environ 9300 contrats signés depuis 2019, Assurance maladie, « Accès aux soins », données en ligne.

numériques et de l'intelligence artificielle permet peu à peu d'optimiser la gestion des cabinets.

- Le partage des compétences et les transferts d'actes ont été accentués. Le cadre réglementaire a élargi le champ d'action des professions non médicales. On peut notamment citer l'autorisation d'administrer des vaccins et la possibilité pour les pharmaciens de délivrer des traitements protocolisés (cystite, angine) depuis 2020, ainsi que la création du statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) en 2016, habilité au suivi clinique et au renouvellement thérapeutique. L'élargissement des missions des infirmières dans le cadre de la loi du 27 juin 2025 et la mise en place de consultations infirmières dédiées, notamment sur les maladies chroniques à partir de 2026 entrent dans ce mouvement. C'est également le cas de la filière visuelle, où l'organisation collective (« travail aidé ») et l'autorisation d'accès direct accordée aux orthoptistes en 2023 pour les bilans réfractifs et le renouvellement de verres correcteurs ont prouvé leur efficacité pour désengorger les cabinets d'ophtalmologie. De même, l'élargissement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes permet de fluidifier la prise en charge des traumatismes légers et des soins de premier recours sans prescription médicale.
- L'aménagement des fins de carrière et le recours aux ressources extérieures sont utilisés pour freiner l'attrition liée à la pyramide des âges. La législation a ainsi supprimé le plafond de ressources et instauré une exonération de cotisations vieillesse pour encourager le cumul emploi-retraite des libéraux. A l'hôpital public, la limite d'âge des praticiens a été repoussée à 72 ans jusqu'en 2035. Enfin, la France s'appuie massivement sur les praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE), qui représentent désormais 23,1 % des effectifs chirurgicaux, 18 % des spécialistes hospitaliers et 7,5 % des médecins inscrits à l'Ordre.
- L'exercice regroupé poursuit également sa progression (69 % des médecins libéraux exercent en groupe en 2022) et constitue un facteur d'attractivité, notamment dans les zones sous-denses, en répondant aux attentes des jeunes professionnels.

Pourtant, malgré la combinaison de ces nombreux leviers, les citoyens continuent de percevoir une détérioration de l'accès aux soins, signe que les mesures engagées restent insuffisantes pour enrayer la crise.

L'innovation territoriale en Saône-et-Loire : un modèle public intégré de substitution

Face à l'impasse des incitations libérales individuelles, le département de Saône-et-Loire (550 000 habitants) a démontré la possibilité d'innover dans la gestion de l'accès aux soins par les besoins.

Anticipant en 2015 le départ à la retraite imminent de 50 % de ses généralistes libéraux, le Conseil départemental a pris une initiative inédite, et d'ailleurs hors de ses compétences, en construisant *ex nihilo* un Centre de santé départemental public. S'appuyant sur une large concertation avec l'ARS et la CPAM, la collectivité a mis en place une infrastructure coordonnée (6 centres territoriaux permanents et 22 antennes) en choisissant la voie du salariat direct. Pour maximiser l'attractivité, les praticiens bénéficient d'une rémunération alignée sur la grille hospitalière et sont intégralement déchargés de la gestion administrative par un secrétariat mutualisé et un système d'information interconnecté.

En trois ans d'activité (2018-2021), ce dispositif a permis de recruter 70 médecins généralistes, 5 spécialistes (gynécologue, pédiatre, dermatologue), 13 paramédicaux et 31 secrétaires. En janvier 2022, plus de 24 000 patients y avaient déclaré leur médecin traitant (4,4 % de la population) et 21 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont pu être remédicalisés. Financièrement, l'effort représente une subvention d'équilibre départementale d'un million d'euros pour un budget de fonctionnement de 6,65 millions.

Cette expérience démontre qu'un portage politique et administratif fort peut générer une offre de soins structurée à relativement court terme. D'une part, le salariat en mode coordonné peut répondre aux aspirations des nouvelles générations de soignants (au moins de certains d'entre eux). D'autre part, ce modèle est intéressant pour sa flexibilité et sa réversibilité : les centres publics répondent aux besoins là où la médecine libérale fait défaut, mais s'effacent dès qu'un praticien libéral fait le choix de s'installer. Des analyses de son coût par acte ou par patient seraient néanmoins utiles pour mieux comparer cette initiative à d'autres modèles.

Les enseignements de la littérature internationale

Face à un déséquilibre entre la demande et l'offre de soins dans de nombreux territoires des pays de l'OCDE, la littérature scientifique internationale s'accorde sur un constat fondamental : il n'existe pas de remède miracle isolé. La décision d'un professionnel de santé qualifié de s'installer et se maintenir durablement dans une zone sous-dense dépend d'un processus complexe et multifactoriel.[13]

L'analyse des politiques de santé à l'échelle de l'OCDE montre que l'efficacité de l'action publique repose sur la conception de politiques d'ensemble, capables de combiner simultanément des leviers professionnels, personnels et environnementaux adaptés aux contextes locaux. La littérature valide une idée claire : l'action publique ne doit pas chercher à multiplier le nombre d'acteurs de santé isolés, mais s'articuler autour de deux idées complémentaires :

- Permettre une optimisation du volume de soins disponible en dégageant du temps clinique utile pour les professionnels déjà en exercice.
- Rééquilibrer géographiquement la présence des professionnels en rapprochant les soignants et les patients.

Pour atteindre ces objectifs, la synthèse de la littérature internationale réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) met en évidence que le choix de s'implanter dans un territoire en carence est massivement dicté par des facteurs extra-financiers, reléguant les incitations monétaires directes au rang de critères secondaires. Plusieurs critères existent dans cet arbitrage :

- L'origine géographique de l'étudiant reste le prédicteur statistique le plus fiable de sa future installation. De plus, la réalisation de stages au cours de l'internat en médecine générale au sein de structures coordonnées rurales ou périphériques exerce un effet déterminant sur la cartographie des ouvertures de cabinets, créant un effet de sillage universitaire à ne pas négliger.

[13] Irdes, *« Comment les médecins généralistes s'adaptent-ils à la sous-densité médicale ? », Questions d'économie de la santé, n° 301, 2025.*

- L'attractivité d'un territoire dépend directement de sa capacité à offrir un cadre d'exercice collectif et pluriprofessionnel, le modèle sédentaire isolé faisant aujourd'hui figure de repoussoir, particulièrement pour les jeunes soignants.
- Les attentes du conjoint et le tissu socio-économique sont des déterminants non négligeables. L'installation professionnelle ne s'envisage plus à l'échelle de l'individu isolé, mais à celle du ménage. La présence d'un bassin d'emploi qualifié pour le conjoint, l'accès à des modes de garde pour les enfants et la qualité des infrastructures scolaires et culturelles locales constituent des facteurs essentiels lors des choix d'implantation.
- La recherche internationale invite également à décorréler la notion d'accès aux soins de celle de consultation médicale automatique : de nombreuses demandes de premier recours peuvent être traitées de façon plus efficiente par des professionnels paramédicaux intervenant en première intention au sein d'équipes coordonnées.

Les points de débat et les fausses bonnes idées

Le débat public est régulièrement traversé par des rapports et des propositions de lois, souvent portées par des parlementaires de territoires ruraux, visant à durcir la régulation ou à accentuer les incitations financières. La littérature et l'expérience empirique démontrent pourtant que ces pistes s'apparentent généralement à de fausses bonnes idées.

1. L'illusion des incitations financières et des primes à l'installation

La réponse traditionnelle du modèle d'offre a longtemps consisté à multiplier les primes individuelles pour attirer les médecins en zone sous-dense (50 000 euros de l'Assurance maladie, 15 000 euros des départements, exonérations fiscales en zone de revitalisation rurale).

L'évaluation macroéconomique de la Cour des comptes en 2025 confirme le faible rendement des incitations individuelles. En 2023, malgré une dépense de 205 millions d'euros pour 15 000 médecins, l'impact sur les déserts médicaux reste marginal[14]. Ces dispositifs révèlent un puissant effet d'aubaine : un noyau restreint de seulement 3 000 praticiens capte à lui seul 60 % des enveloppes fiscales et des aides de l'Assurance maladie. La Cour souligne que les exonérations liées aux zonages économiques (ZFRR) n'ont « aucun effet tangible ». De plus, ces dispositifs monétaires génèrent du ressentiment chez les praticiens seniors installés de longue date sans aide, et échouent à stabiliser l'attractivité globale, les conditions d'exercice collectif et l'environnement familial restant plus déterminants que le chèque d'installation.

[14] Cour des comptes, « *Les aides à l'installation des médecins libéraux* », novembre 2025.

2. Le piège de la coercition et de la régulation autoritaire de l'installation

La régulation de l'installation des médecins peut être plus ou moins coercitive : il peut s'agir, sur le modèle existant pour les professions paramédicales libérales et les dentistes, de ne permettre l'installation dans les zones sur-denses qu'en cas de départ d'un praticien (règle du "un pour un") ; dans un modèle plus extrême, il pourrait s'agir de contraindre l'installation en la réservant aux zones sous-denses.

Restreindre l'installation dans les zones sur-dotées afin de favoriser l'installation dans les zones faiblement dotées est un levier fréquemment avancé et débattu dans le débat public, d'autant qu'il s'agit d'une mesure à fort impact médiatique qui peut être présentée comme « LA mesure de rupture » susceptible de répondre enfin aux attentes des citoyens. Au-delà de son acceptabilité par le corps médical, la question centrale porte sur son efficacité. Les revues de littérature de la Drees (2021) et de l'Irdes (2025) montrent que cette stratégie ne fonctionne qu'en situation d'offre médicale surabondante. Dans un contexte de pénurie généralisée comme celui de la France, bloquer l'accès aux zones denses risquerait de ne pas rediriger les professionnels vers les zones rurales ou péri-urbaines sous-denses, de nombreux jeunes diplômés préférant s'installer sur le pourtour des zones denses, différer leur installation, s'orienter vers le salariat hospitalier, la médecine d'urgence ou modifier leur trajectoire de carrière : imposer une installation contrainte pourrait accélérer la fuite des professionnels vers d'autres pays européens ou détourner définitivement les étudiants de la filière de médecine générale.

La régulation de l'installation comporte donc des risques, et il est difficile de conclure ce qui l'emporterait de ces risques ou des avantages liés à des installations plus proches des besoins des patients. Cette incertitude nous conduit à ne pas prôner la mise en œuvre de la régulation, en tout cas pas à court terme, tant que l'offre médicale n'est globalement pas suffisante.

Néanmoins, le passé montre que les outils actuels, incitatifs et fondés sur le volontariat, ne suffisent pas. Si la régulation de l'installation ne constitue pas une solution à court terme, et la coercition encore moins, elle pourrait retrouver sa pertinence à partir de 2035, lorsque le nombre de médecins aura beaucoup augmenté. A défaut de renforcer fortement ces outils (cf. infra), la question d'une régulation de l'installation du type de celle qui a été mise en place pour les autres professions de santé libérales reviendra dans le débat public et politique.

3. Le paradoxe du déploiement de la télémédecine

La télémédecine est souvent présentée comme une révolution numérique pour s'affranchir des distances géographiques, à l'instar du Danemark où 25 % des consultations s'effectuaient à distance en 2025. En France, cette proportion n'était que de 4 % à la même période[15].

En France, les données de l'Irdes et de la Drees mettent en lumière un paradoxe majeur : la téléconsultation s'est développée prioritairement dans les zones urbaines très denses auprès

[15] OCDE, « L'avenir de la télémédecine après le Covid-19 », 20 janvier 2023.

d'une population jeune et technophile, et non dans les territoires ruraux isolés. Les zones sous-denses partagent en effet des obstacles structurels : persistance de zones blanches de télécommunication, absence de professionnels de terrain pour accompagner physiquement le patient durant une télécommunication et illectronisme chez les populations. Ainsi, sans structures locales associées (officines, Ehpad, lieux mis à disposition par les mairies…), la télémédecine non accompagnée risque d'aggraver la fracture sanitaire au lieu de la réduire, alimentant un consumérisme médical urbain.

III. L'augmentation du nombre de médecins formés ne résoudra pas tout

L'évolution des multiples plans de lutte contre les déserts médicaux appliqués en France depuis plusieurs décennies permet de dégager des enseignements structurels majeurs sur la portée et les limites des outils mobilisés.

On observe en effet une mutation organisationnelle inédite au sein de la médecine de premier recours. L'exercice regroupé est de plus en plus la norme (69 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe et 40 % évoluent au sein d'un cabinet pluriprofessionnel en 2022)[16], les assistants médicaux augmentent et les transferts de compétences s'accélèrent.

Pourtant, face à une démographie médicale en baisse, les Français estiment que la situation continue de se détériorer. L'accès aux soins est ainsi devenu un passage obligatoire pour tout nouveau Premier ministre, comme le Pacte de lutte contre les déserts médicaux de François Bayrou ou le projet de réseau « France Santé » de Sébastien Lecornu. Avec au passage un risque de superposition de mesures et de changements répétés de paramètres, sans même avoir pris le temps de correctement mettre en œuvre la mesure précédente et encore moins d'en avoir correctement évalué les effets.

Les incitations à l'installation et au maintien dans les zones sous-denses et les aides financières directes isolées (subventions, exonérations, majorations) produisent des résultats très limités. La littérature (Drees 2021) et la Cour des comptes s'accordent à qualifier les résultats de décevants et le manque d'impact réel sur l'attractivité de long terme. Comme indiqué précédemment, la régulation de l'installation comporte des risques dans une période marquée par le manque de médecins. L'avenir du système de soins français à court terme est sous tension, pris en étau entre un creux démographique transitoire de la profession médicale et l'accélération des besoins de soins de la population.

1. L'étape des années 2030

Les projections de la DREES montrent que l'offre médicale française traverse actuellement son point d'inflexion le plus critique. Conséquence du *numerus clausus* bas des décennies 1980 et 1990, le nombre de médecins généralistes en équivalent temps plein devrait atteindre son point bas structurel autour des années 2028-2030. En raison de la hausse progressive du *numerus clausus* puis de l'instauration du *numerus apertus*, la démographie médicale

[16] Drees, Études et Résultats n°1244, octobre 2022.

nationale devrait mécaniquement remonter à partir de la décennie 2030[17]. Les chiffres de l'Observatoire de l'accès aux soins publiés par l'Assurance maladie témoignent déjà d'une inflexion de tendance avec une hausse de 32 % du nombre de médecins généralistes primo installés en 2025 par rapport à 2024[18]. L'enjeu stratégique de la prochaine mandature n'est donc pas d'attendre une solution magique, mais de traverser ce creux démographique de cinq à dix ans sans fragiliser le système de premier recours.

2. Démographie médicale, répartition géographique et besoins de soins

La littérature en géographie de la santé démontre qu'une hausse globale de la démographie médicale ne se traduit jamais automatiquement par une meilleure répartition des médecins sur le territoire. Sans mécanisme d'incitation ou de régulation, le surplus de professionnels formés tend à se regrouper dans les zones géographiquement et socialement les plus attractives (métropoles, façades littorales, régions du Sud), laissant les ceintures périurbaines et le rural profond en situation de pénurie chronique.

En outre, la hausse de la démographie dans la décennie 2030 doit être relativisée : on l'a dit, le temps disponible par jeune médecin est plus faible que celui des médecins qu'ils remplacent ; une partie des nouveaux médecins formés a vocation à se substituer progressivement au flux actuel de médecins à diplôme étranger ; enfin le vieillissement de la population se traduit par une augmentation des besoins de soins. La France va faire face à une explosion démographique des personnes de plus de 80 ans. Ce vieillissement s'accompagne d'une prévalence massive de patients polypathologiques ou atteints de maladies chroniques complexes. Ainsi, même à effectif de population constant, la charge par médecin augmente car les patients sont plus lourds.

Au-delà de la décennie 2030, il est en revanche nettement plus difficile de mener des exercices prospectifs, en raison de l'incertitude sur l'évolution des pathologies, de l'innovation et de l'impact de l'intelligence artificielle sur l'évolution des métiers et des prises en charge.

IV. Les propositions du cercle Asclépios : approfondir les actions engagées et mettre en place une nouvelle responsabilité collective des médecins

Pour surmonter le point d'inflexion démographique des prochaines années et répondre au défi du vieillissement de la population et des pathologies chroniques, le Cercle Asclépios propose une feuille de route opérationnelle. A partir de diagnostics territoriaux identifiant finement les besoins, cette feuille de route propose l'optimisation des outils existants, l'instauration d'une responsabilité collective universelle face aux missions d'intérêt général, la mise en place d'un investissement collectif et structurel au lieu d'incitations financières éparses et la refonte de la gouvernance locale.

[17] Certains travaux montrent même que cette hausse pourrait être trop forte et conduire à terme à un nombre de médecins plus élevé que les besoins de soins de la population.
[18] Assurance maladie, « Accès aux soins », Data Ameli.

1. Partir d'une approche par les besoins au niveau territorial

Dans la période de transition dans laquelle nous sommes entrés et qui durera encore une dizaine d'années, il est sans doute utile de ne pas se focaliser sur le nombre de médecins mais de travailler d'abord à partir des besoins, territoire par territoire en essayant de mobiliser au mieux l'offre disponible.

Des diagnostics territoriaux sont déjà réalisés sous l'impulsion des agences régionales de santé (ARS) et des organismes de santé publique, ou lors de l'émergence de projets de CPTS. Il s'agit d'approfondir cette démarche de diagnostic et de la partager avec tous les acteurs du territoire, afin de faire émerger les enjeux sanitaires territoriaux, notamment sur les maladies chroniques, et d'évaluer la capacité de l'offre à y répondre. Cela permet de dégager des priorités : accès au médecin traitant, prise en charge de telle pathologie, accès à tel type de consultation. La réalisation de ce diagnostic s'appuie idéalement sur la présence d'une CPTS active, légitime et fédératrice. Ce n'est pas encore le cas sur l'ensemble du territoire mais les progrès sont réels.

Il est possible de mobiliser l'offre autour de ces priorités. L'offre de ville en priorité, qu'elle soit libérale ou de manière subsidiaire salariée. Mais aussi l'offre hospitalière, de l'hôpital de proximité au CHU et les filières locales ou régionales le cas échéant constituées, notamment pour organiser l'accès au spécialiste en complément des équipes de soins spécialisées exerçant sur le territoire et pour assurer la réponse experte aux demandes du généraliste. Il s'agit également de mobiliser et d'amplifier les leviers à disposition pour transformer l'organisation des prises en charge et optimiser le temps médical (cf. points 2 et 3). L'offre médico-sociale doit enfin être mobilisée ainsi que l'offre sociale et associative souvent utile pour accompagner l'accès aux soins. Une gouvernance dédiée associant les collectivités locales doit être mise en œuvre pour animer la démarche (cf. point 4).

Synthèse des mesures

- Renforcer les diagnostics territoriaux fondés sur les besoins de santé.
- Définir des priorités locales et mobiliser l'ensemble de l'offre disponible.
- S'appuyer sur les CPTS pour coordonner les acteurs.
- Optimiser l'organisation des soins et le temps médical.
- Instaurer une gouvernance territoriale associant les collectivités locales.

2. Des leviers et outils existants à amplifier

Pour répondre aux besoins, l'action publique doit maximiser l'efficience des outils introduits au cours des dernières années en levant leurs verrous réglementaires.

D'abord, la 4e année d'internat représente une opportunité pour renforcer l'offre médicale dans les zones les plus en difficulté. Le choix des lieux d'exercice devrait prendre en compte l'analyse des besoins territoriaux que nous proposons.

L'intégration du numérique et de l'intelligence artificielle devra également être généralisée et prise en compte dans la réponse aux besoins. Si le Ségur du numérique a constitué une avancée, il n'a pas permis une véritable intégration de l'IA dans le quotidien des soignants. Il faut donc aller plus loin avec les éditeurs de logiciels pour déployer des outils d'e-santé (logiciels de gestion de l'intelligence, outils d'aide au diagnostic, télémédecine) pour permettre une optimisation de la prise en charge et le suivi des patients. Une étude européenne sur les assistants médicaux dotés d'IA révèle une réduction de 29 % du temps consacré aux tâches administratives par les professionnels de santé. Pour que ce virage technologique fonctionne, l'appropriation de ces outils doit ainsi débuter dès les études médicales, afin que les médecins apprennent à les utiliser et à guider leur développement[19]**.**

Poursuivre l'élargissement des compétences des professions non médicales reste un levier à fort impact pour modifier l'organisation des prises en charge et libérer du temps médical :

- La libération du temps clinique utile passe par la poursuite des transferts de compétences aux professions paramédicales et officinales qui peuvent être négociés au niveau national. Par exemple, l'élargissement de la liste des médicaments à prescription médicale facultative permettrait de diminuer le recours au médecin généraliste pour certaines prescriptions.
- La protocolisation des soins faisant intervenir un médecin et des professionnels paramédicaux (notamment infirmiers) doit permettre de revoir en profondeur le suivi des maladies chroniques. De tels protocoles devraient être définis et validés au niveau national pour les pathologies les plus fréquentes, en commençant par ceux déjà testés dans le cadre des articles 51. A titre d'exemple, dans le projet expérimental Sésame (qui concerne la santé mentale), le passage d'un paiement à l'acte à un financement au forfait par pathologie peut permettre une prise en charge fluide, déchargeant le médecin généraliste des consultations de suivi intermédiaire.
- Ces cas pourraient éventuellement s'accompagner d'une refonte des modes de rémunération.

Nous proposons que sans attendre, **des dérogations au cadre normatif actuel puissent être mises en place au niveau territorial**, sous le contrôle de l'ARS, dans un cadre coordonné piloté idéalement par la CPTS du territoire, pour répondre aux besoins prioritaires identifiés, sur la base de protocoles validés nationalement.

Dans le cadre de cet élargissement, une forme nouvelle de régulation de l'accès prioritaire au médecin pourrait être mise en place localement, en distinguant deux enjeux :

- Pour les soins non programmés et les urgences de proximité : le Service d'Accès aux soins (SAS), maintenant quasi généralisé sur l'ensemble du territoire, doit être évalué régulièrement pour faire l'objet si nécessaire d'améliorations.

[19] Étude publiée le 10 décembre 2025 par le réseau Capio Ramsay Santé en Suède.

- Pour la gestion des maladies chroniques : les parcours au long cours seront délégués à des équipes dédiées (infirmière de coordination, IPA…). Celles-ci assureront le suivi régulier, la prévention et l'éducation thérapeutique, déchargeant le médecin traitant des consultations de contrôle, lui permettant ainsi de concentrer son action sur les dossiers cliniques complexes et les urgences avérées.

La systématisation de l'exercice collectif doit être accélérée : le médecin traitant, toujours central dans l'organisation des prises en charge, doit désormais exercer en équipe. Une prochaine note du Cercle Asclépios, dédiée à l'organisation des soins, reviendra sur cet enjeu prioritaire.

Le développement de la télésurveillance dans un cadre organisé est enfin à encourager. Pour dépasser les dérives de la téléconsultation commerciale purement lucrative, la santé numérique doit être encadrée. Les outils de télésurveillance médicale (suivi à distance des patients insuffisants cardiaques, diabétiques ou atteints d'autres pathologies chroniques lourdes) doivent être déployés au sein d'un parcours territorialisé et accompagné. Ces dispositifs devraient être adossés aux structures de proximité (cabinets infirmiers, officines, Ehpad, dans certains cas locaux mis à disposition par des mairies rurales) où des professionnels de terrain assistent et accompagnent physiquement les patients, mais ils devront intégrer la ressource hospitalière. L'hôpital constitue en effet le dernier maillon indispensable pour structurer les parcours complexes, tout en servant de lieu d'évaluation des innovations avant leur transfert vers la médecine de ville.

Synthèse des mesures

- Orienter la 4e année d'internat vers les territoires les plus en difficulté.
- Généraliser les outils numériques et l'IA, dès la formation médicale.
- Élargir les compétences des professions paramédicales et officinales.
- Développer les protocoles de coopération et adapter les modes de rémunération.
- Autoriser des dérogations réglementaires territoriales sous contrôle des ARS.
- Renforcer la régulation des soins non programmés et déléguer le suivi des maladies chroniques.
- Accélérer la généralisation de l'exercice collectif.
- Développer la télésurveillance dans des parcours territorialisés.

3. *Une obligation nouvelle de participation à une mission d'intérêt général pour tous les médecins*

Face à la gravité de la crise d'accessibilité, un principe de responsabilité populationnelle territoriale doit émerger. Nous proposons d'instaurer une obligation de participation à une mission d'intérêt général, s'appliquant de manière universelle à l'ensemble des médecins, qu'ils soient libéraux ou salariés. Une concertation avec les médecins libéraux et salariés et leurs représentants devra permettre d'établir un cahier des charges définissant la liste des missions d'intérêt général concernées et chaque médecin devra exercer un quota minimal d'activité ou de jours consacrés à ces missions. Une telle obligation, en s'appliquant à tous les médecins, permettrait de créer un effet de « masse » et de limiter drastiquement le niveau de contrainte reposant sur chacun[20]. A titre illustratif, 5 jours dans l'année de consultations avancées pour 100 000 médecins, c'est l'équivalent de plus de 2 000 médecins redéployés dans les territoires sous-denses immédiatement.

Ces missions devraient en priorité concerner l'accès aux soins (exercice en zone sous-dense, consultations avancées y compris sans dépassement, gardes et permanence des soins, mais aussi participation à des organisations en réseaux, participation active à une équipe de soins spécialisée, niveau minimal d'activité ou amplitude horaire pour les médecins généralistes), mais d'autres missions pourraient également être envisagées, notamment au service de la formation (par exemple accueil d'un docteur junior) ou de la qualité des soins (par exemple, participation à des groupes de pairs pour évaluer la pertinence des soins)[21]. S'agissant des médecins hospitaliers, cette obligation pourrait se traduire par une obligation d'exercice territorial, inscrite dans le statut des praticiens hospitaliers, et permettant d'inclure dans l'exercice professionnel la participation aux consultations avancées ou aux équipes territoriales dans le cadre du GHT d'appartenance en fonction des besoins identifiés. S'agissant des médecins libéraux, cette obligation trouverait une déclinaison conventionnelle et l'organisation territoriale de la participation des médecins libéraux aux missions d'intérêt général serait pilotée par les ARS.

S'agissant de la permanence des soins, il s'agirait de contribuer aux lignes de garde et aux créneaux de soins non programmés ouverts dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS), garantissant à chaque citoyen une réponse de proximité sous 24 à 48 heures, mais aussi à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).

S'agissant des consultations avancées, il s'agirait de participer à la projection sur les territoires de compétences mobiles et itinérantes au plus près des patients. Cette démarche nécessite une forte implication des pouvoirs publics et des acteurs locaux pour en assurer la logistique : ce sont eux qui permettent ces vacations déconcentrées au sein des structures du territoire (maisons de santé, centres de santé, Ehpad, hôpitaux de proximité) ou en soutenant des dispositifs innovants de type « Médicobus » connectés.

[20] Il ne s'agira naturellement pas pour un même médecin d'exercer l'ensemble des missions figurant dans le cahier des charges.
[21] Les missions décrites ici ont vocation à illustrer le contenu d'un cahier des charges relatif aux missions d'intérêt général et ne sont pas exhaustives.

En définitive, face à une ressource médicale insuffisante et une forte tension épidémiologique et démographique, la perpétuation du modèle historique de gestion de l'offre est une impasse. La transition vers une gestion orientée vers la réponse aux besoins, structurée autour d'une responsabilité populationnelle impliquant les professionnels de santé, d'une enveloppe budgétaire collective clarifiée, de l'élargissement des compétences paramédicales et d'une obligation universelle de participation à des missions d'intérêt général constitue une feuille de route réaliste pour surmonter le cap des années 2030 et garantir sur tout le territoire l'équité réelle d'accès aux soins.

Synthèse des mesures

- Instaurer une obligation universelle de participation des médecins à des missions d'intérêt général.
- Définir après concertation un cahier des charges national et un quota minimal de participation.
- Décliner cette obligation dans le statut des praticiens hospitaliers et les conventions des médecins libéraux.
- Renforcer ainsi la permanence des soins et les consultations avancées dans les territoires sous-denses.
- Développer les dispositifs de soins mobiles et itinérants avec l'appui des acteurs locaux.

4. *Une méthode et une gouvernance dédiées à l'organisation de la réponse aux besoins de la population*

Pour réussir le passage d'un modèle de gestion de l'offre de soins à une organisation pilotée par les besoins épidémiologiques (pathologies chroniques, polypathologies, suivi des patients sans médecin traitant), une optimisation de l'architecture institutionnelle et financière est nécessaire, reposant sur une plus grande responsabilisation collective des professionnels de santé et une meilleure articulation avec les élus locaux et les représentants des usagers.

Il s'agit de mobiliser tous ces acteurs autour de la réponse aux besoins prioritaires du territoire identifiés lors du diagnostic et de prévoir une gouvernance ad hoc pour animer cette réponse.

Le périmètre territorial serait calé sur celui des CPTS dans un souci d'efficacité

Aujourd'hui, l'exercice territorial est compliqué par l'existence de périmètres géographiques différents entre les CPTS, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les communes et les intercommunalités, les départements. S'agissant d'un sujet d'accès aux soins de premier recours, nous proposons de faire le choix par défaut du territoire de la CPTS sur lequel un diagnostic territorial a déjà été réalisé et une forme d'organisation des professionnels libéraux s'est mise en place. Le territoire de CPTS est particulièrement adapté pour les zones les plus rurales. Les CPTS, qui regroupent les professionnels libéraux sur des bassins de 20 000 à

100000 habitants, sont découpées selon des logiques sanitaires et des flux réels de patients. Il est sans doute plus artificiel pour les grandes agglomérations et rien n'empêche bien sûr de raisonner sur un territoire agrégeant plusieurs CPTS si les acteurs en sont d'accord.

La gouvernance pourrait s'appuyer sur l'outil du contrat local de santé

L'objectif est de proposer une gouvernance qui permette de faire travailler ensemble services de l'État, collectivités locales et professionnels de santé, sans rajouter de nouvelles couches de comitologie ou de bureaucratie.

Le contrat local de santé (CLS) présente de nombreux avantages pour répondre à la démarche proposée. Il permet une discussion structurée avec l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire avec l'ARS, les services de l'État et les collectivités territoriales. Outil très apprécié des collectivités, il a vu son champ s'élargir progressivement aux questions d'accès aux soins. Il comporte également un levier précieux à travers les coordonnateurs de CLS, cofinancés par l'ARS et les collectivités, qui font vivre le contrat dans la durée, en assurent le suivi et animent la gouvernance. En s'appuyant sur un outil existant, le choix du CLS permet par ailleurs d'aller plus vite dans la mise en œuvre et d'éviter de doublonner les approches territoriales en santé.

Aujourd'hui, les périmètres géographiques des CPTS ne correspondent pas aux frontières administratives des intercommunalités ou des communes et donc des CLS. S'il n'est pas possible d'harmoniser les frontières géographiques de ces outils pour aligner l'action matérielle et politique des élus sur les besoins cliniques formalisés par la CPTS, la difficulté pourrait être surmontée en prévoyant des avenants dédiés à l'accès aux soins de premier recours. Lorsque le CLS couvre le territoire de plusieurs CPTS, plusieurs avenants par sous-territoires pourraient être discutés. Lorsque le territoire d'une CPTS s'étend sur le périmètre de plusieurs CLS, un avenant commun à deux CLS pourrait être imaginé.

Le contrat local de santé (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) constitue l'instrument privilégié de déclinaison opérationnelle et de territorialisation des politiques de santé publiques ambulatoires. Instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, il matérialise une alliance contractuelle stratégique signée entre l'agence régionale de santé (ARS) et les collectivités territoriales (communes, intercommunalités ou départements). Son objectif fondamental est le rétablissement de l'équité face aux soins par la réduction des inégalités sociales et géographiques de santé.

Alors qu'historiquement les contrats locaux de santé étaient principalement réduits aux politiques d'animation, de prévention, de promotion de la santé ou de santé mentale, l'écosystème sanitaire actuel a profondément fait évoluer leur périmètre d'action. Face à la crise d'accessibilité, le CLS intègre les enjeux de l'accès aux soins de premier recours et l'articulation fine avec l'hôpital de proximité.

Piloté par un comité stratégique, cet outil permet de mobiliser et de fédérer l'ensemble des forces vives d'un bassin de vie : la médecine de ville (dont les CPTS), les structures hospitalières, le secteur médico-social et les représentants d'usagers.

La priorité est de s'appuyer sur des initiatives portées par les professionnels de santé. Néanmoins, là où le tissu professionnel ne se mobilisera pas ou pas suffisamment, des solutions alternatives devront être imaginées. On peut penser à des appels à manifestation d'intérêt, lancés par les ARS, auxquels pourront répondre l'hôpital public ou des cliniques privées, des collectivités locales, ou de nouvelles structures proposant des organisations de soins innovantes. Si la maille de la CPTS et l'outil du CLS sont les plus pragmatiques, il est impératif que cette innovation n'entraîne pas de complications bureaucratiques supplémentaires en transformant les soignants en gestionnaires administratifs. Le fonctionnement des CPTS devra s'appuyer sur la mutualisation de fonctions supports professionnelles (gestionnaires de projets, ressources humaines, systèmes d'information) dédiées à l'administratif, permettant aux soignants de conserver leur temps pour leur cœur de métier[22].

Synthèse des mesures

- Retenir le périmètre des CPTS comme échelon territorial de référence.
- S'appuyer sur les contrats locaux de santé (CLS) pour organiser la gouvernance territoriale.
- Adapter les CLS aux périmètres des CPTS par des avenants dédiés à l'accès aux soins.
- Mobiliser des opérateurs alternatifs lorsque les professionnels de santé ne peuvent assurer l'organisation territoriale.
- Mutualiser les fonctions supports des CPTS pour préserver le temps médical.

5. Une enveloppe financière territoriale dédiée

Aujourd'hui, beaucoup d'argent est consacré à l'accès aux soins sur les territoires. Les ARS consacrent une partie de leur fonds d'investissement régional (FIR) à cette mission et une partie des financements de l'Assurance maladie pour les CPTS est dédiée à l'accès aux soins. Les collectivités consacrent des budgets pour subventionner les murs des cabinets ou faciliter la mise en place de centres de santé.

L'utilité de ces financements pour la réponse aux besoins est discutable. C'est notamment le cas des aides financières individuelles à l'installation, dont l'inefficacité et les effets d'aubaine sont documentés. Nous proposons donc d'y mettre un terme et de concentrer le budget dégagé pour financer la démarche de réponse aux besoins proposée.

Un budget de CLS associant cette ressource avec les financements du FIR et ceux des collectivités pourrait être mis en place dans ce but.

[22] HCAAM, « Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité », septembre 2022.

Synthèse des mesures

- Supprimer les aides financières individuelles à l'installation des médecins.
- Réorienter les financements existants (qui représentent 200 M€) vers les besoins prioritaires des territoires.
- Créer un budget dédié aux CLS, mutualisant les financements de l'Assurance maladie, des ARS et des collectivités territoriales.