



**LUNDI 28 AVRIL
RENDEZ-VOUS à 18H
EUROPA GROUP**

***RENFORCER LA MÉDICALISATION DES
TERRITOIRES À COURT et MOYEN
TERME***

**LE PLAN D'ACTION DES
ÉTUDIANT(E)S EN MÉDECINE
ET DES JEUNES MÉDECINS**

**LA CONF' SANTÉ
DES JEUNES MÉDECINS**



SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
INTRODUCTION	5
PROPOSITION 1.....	7
<i>AUGMENTER SIGNIFICATIVEMENT LE NOMBRE DE STAGES DANS LES ZONES SOUS-DENSES</i>	7
Situation.....	7
Proposition.....	8
PROPOSITION 2	10
<i>INCITER LES DOCTEURS JUNIORS A S'IMPLANTER DANS LES ZONES SOUS-DENSES</i>	10
Situation.....	10
Proposition.....	11
PROPOSITION 3	13
<i>ACCELERER L'IMPLANTATION DES ASSISTANTS EN AMBULATOIRE ET DEVELOPPER LES POSTES UNIVERSITAIRES DANS LES ZONES SOUS-DENSES</i>	13
Situation.....	13
Proposition.....	14
PROPOSITION 4	16
<i>FAVORISER L'INSTALLATION DANS LES TERRITOIRES LE PLUS TOT POSSIBLE PAR LA FLEXIBILITE ET LA DIVERSE DES STATUTS</i>	16
Situation.....	16
Proposition.....	17
PROPOSITION 5	19
<i>INCITER LES MEDECINS PROCHES DE LA RETRAITE A POURSUIVRE LEUR ACTIVITE PLUS LONGTEMPS</i> .	19
Situation.....	19
Proposition.....	20
PROPOSITION 6	22
<i>RENFORCER L'UNIVERSITARISATION DE LA MEDECINE DE VILLE AUSSI PAR LES MEDECINS DE PLUS DE 60 ANS, POUR ACCROITRE LA MEDICALISATION DES TERRITOIRES</i>	22
Situation.....	22
Proposition.....	23

PROPOSITION 7	25
<i>AMPLIFIER LES INITIATIVES SOLIDAIRES EN COURS POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DANS LES ZONES LES PLUS CRITIQUES</i>	25
Situation.....	25
Proposition.....	26
PROPOSITION 8	28
<i>DONNER DU SENS AUX AIDES A L'INSTALLATION</i>	28
Situation.....	28
Proposition.....	29
PROPOSITION 9	31
<i>METTRE EN PLACE UNE DEMOCRATIE PARTICIPATIVE, DEDIEE A MEDICALISER LES ZONES SOUS-DENSES</i>	31
Situation.....	31
Proposition.....	32
PROPOSITION 10	34
<i>MISSIONNER LES URPS MEDECINS POUR PILOTER LE PLAN D'ACTION DE LA MEDICALISATION DES TERRITOIRES</i>	34
Situation.....	34
Proposition.....	36

PREAMBULE

La Conf'Santé des Jeunes médecins est une initiative citoyenne qui vise à penser et construire l'avenir de notre système de santé en intégrant la vision et la problématique des futures générations de médecins et des professionnels de santé en général.

Cette alliance a été créée fin 2023 par les quatre syndicats d'étudiants et de jeunes médecins – [ANEMF](#), [ISNAR-IMG](#), [ISNI](#), [REAGJIR](#) – et par [l'Institut Santé](#). Elle représente ainsi l'ensemble des forces vives des futures et nouvelles générations de médecins de notre pays.

Après avoir mené en 2024 une première réflexion sur [les enjeux pour les étudiants et les jeunes médecins de placer la prévention au cœur du futur système de santé français](#), les cinq institutions partenaires de la Conf'Santé des Jeunes médecins ont choisi en 2025 de réfléchir à un plan d'action global, consensuel et inédit composé de dix propositions, pour renforcer à court et moyen terme l'accès aux soins dans chaque territoire de France.

La démarche suivie pour arriver à ce plan d'action a été la même qu'en 2024. Elle a consisté à réunir l'ensemble des travaux et réflexions déjà menés par les cinq institutions partenaires, puis à les soumettre à débat à travers une conférence de consensus réunissant les principales expertises et parties prenantes du sujet, afin de dégager les idées-forces faisant consensus sur ce thème.

Ainsi, ce plan d'action prend en compte **les réalités du terrain**, ainsi que **les dernières données de la science** concernant l'organisation des soins dans les territoires et la lutte contre les déserts médicaux.

La construction d'un consensus, à partir d'une démarche pragmatique et scientifique, autour de solutions fortes sur la médicalisation des territoires est **une condition indispensable pour un succès rapide et durable en la matière**.

INTRODUCTION

L'accès aux soins dans tout lieu - hôpital, ville, EHPAD, domicile - s'est **sensiblement dégradé** en France ces vingt dernières années. Cette situation illustre à la fois des situations de pénuries, de mauvaise gestion des ressources et une profonde désorganisation de notre système de santé.

Les futures générations de médecins **ne peuvent pas être tenues responsables de l'échec des politiques publiques passées** pour maintenir un accès aux soins de qualité, notamment à la suite de la réduction drastique des effectifs de médecins formés de 1975 à 2010.

Elles refusent avec la plus forte détermination **d'en être sanctionnées**, sachant qu'elles **sont aussi victimes** de la dégradation des conditions de travail dans les lieux de soins liées à la **crise du système de santé**.

L'usine à gaz administrative que certains parlementaires tentent d'imposer, via une autorisation administrative préalable à une installation en ville d'un médecin, ne fera qu'aggraver les difficultés de l'accès aux soins en France. **C'est une fuite en avant politique sans avenir** et nuisible pour notre système de santé déjà très fragilisé.

Néanmoins, pleinement conscients que le sujet de la désertification médicale ne peut plus rester en l'état, qu'il va être complexe à solutionner dans la période de 2025 à 2030 pendant laquelle la démographie médicale va rester tendue, les cinq partenaires de **La Conf'Santé des Jeunes médecins** ont construit **un plan d'action, inédit à ce jour par sa nature et son ampleur**.

Ce plan, structuré en dix mesures, n'est pas l'addition de solutions disparates mais **la construction d'un plan conjoncturel s'inscrivant dans une vision d'avenir** structurelle de la transformation indispensable de notre système de santé. C'est un **ensemble cohérent** qui ne doit pas faire l'objet d'un découpage.

A ce titre, ce plan actionne, entre autres, deux leviers inexploités à ce jour dans la lutte contre les déserts médicaux à l'échelle nationale :

L'universitarisation de la médecine de ville, qui a connu des avancées timides ces dernières années mais sans lien avec la médicalisation des territoires. Elle conduira à deux avancées structurantes pour le système : accélérer le virage ambulatoire et renforcer les soins primaires ;

Accélérer l'instauration **d'une démocratie participative locale, active et performante** pour solutionner les questions courantes de santé en y impliquant tous les acteurs concernés par les déterminants de santé.

Les nouvelles et futures générations de médecins ont bien conscience que **leur engagement et leur sens des responsabilités** sont des conditions indispensables pour retrouver une médicalisation de qualité, équitable et durable dans chaque territoire de France.

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



C'est la raison pour laquelle elles se sont activement investies dans cette réflexion. Leur investissement dans la mise en place de ce plan ne sera possible que si **les conditions de succès qui y sont mentionnées sont respectées, dont l'absence de coercition administrative à l'installation**. La lecture attentive de ce plan démontre amplement que cette condition s'impose naturellement.

Enfin, les cinq partenaires ont bien conscience que **ce plan d'action ne remplacera pas une réforme structurelle de notre système de santé qui devra être lancée au plus vite**.

La désertification médicale de ville n'est qu'une conséquence parmi bien d'autres (crise de l'hôpital, des EHPAD, déficit structurel de l'Assurance maladie, désindustrialisation pharmaceutique, pénurie de médicaments...) de la crise générale du système, envers laquelle l'immobilisme politique serait à haut risque.

PROPOSITION 1

Augmenter significativement le nombre de stages dans les zones sous-denses

Situation

La quasi-totalité des stages des externes et des internes en médecine sont encore réalisés dans les CHU. Au-delà du déséquilibre que cela crée pour initier et former les étudiants à la médecine ambulatoire (et à la prévention), cette situation est un frein à l'installation des jeunes médecins dans les territoires éloignés des CHU, qui correspondent à la majorité des zones sous-denses.

[Selon l'Insee](#), les choix des lieux d'installation des médecins généralistes libéraux sont largement prédéterminés par leur lieu de naissance et le lieu de leur université (et du CHU) : 50 % des médecins généralistes formés pendant les années 2000 exercent en 2019 à moins de 85 km de leur commune de naissance et 50 % [à moins de 43km des lieux de formation](#). Les enquêtes montrent aussi que la réalisation de stages en ambulatoire en médecine générale augmente sensiblement les projets d'installation des internes, de l'ordre de 20 % selon [une enquête ISNAR-IMG](#).

Ainsi, les médecins s'installent davantage et plus rapidement en ville s'ils y ont effectué plusieurs stages, et leur lieu d'installation dépend du lieu de formation, dont les lieux de stages. Le déséquilibre actuel des lieux de stages à forte dominance hospitalo-universitaire, i.e. dans les métropoles françaises, est un handicap significatif pour la bonne médicalisation des territoires.

Les stages d'initiation pour les étudiants en médecine du premier cycle (stage infirmiers de 4 semaines) se font naturellement à l'hôpital. Les étudiants du deuxième cycle de médecine doivent effectuer 36 mois de stage à temps partiel pendant leur externat, et les internes au minimum 8 stages de 6 mois ; la réalisation de certains stages dans des zones sous-denses est donc un levier à activer.

Cet hospitalo-centrisme est encore dû au manque de capacités de la médecine de ville pour recevoir des stagiaires en formation. Malgré [la forte hausse des maitres de stages universitaires en médecine générale](#) (14 000 en 2024), leur nombre va devoir augmenter rapidement, notamment avec le démarrage de la quatrième année d'internat de médecine générale en 2026.

Objectifs

Augmenter significativement et rapidement le nombre de stages dans les zones sous-denses, avec un accompagnement logistique.

Réformer le contrat d'engagement de service publique (CESP)

Améliorer les conditions du statut de maître de stage universitaire (MSU) pour optimiser la capacité de ces stages en zones sous-denses et la capacité des médecins installés à trouver des associés et/ou des successeurs.

Proposition

Tout en s'assurant que les besoins de maquette de formation soient satisfaits, la médicalisation des territoires passe par une découverte le plus tôt possible des territoires sous-denses et des réalités de la médecine ambulatoire, en médecine générale comme pour les autres spécialités médicales.

1. Pour les étudiants de deuxième cycle, il pourrait être proposé la réalisation des stages (4 à 8 semaines en 4ème et 5ème année, 6 à 12 semaines en 6ème année) dans les zones sous-denses. Les indemnités de transport pour les externes (130€ brut par mois), très insuffisantes, devraient être revalorisées afin de permettre de rembourser l'ensemble des frais engagés par les étudiants pour se rendre dans les stages.
2. La localisation des stages en zones sous-denses pourrait prendre en compte la commune de naissance ou de vie des étudiants. Les [hébergement territoriaux](#) pour les étudiants, présents dans certaines communes, sont à étendre dans tous les lieux de stages des zones sous-denses.
3. Pour la réalisation de stages par les internes, en dehors de la quatrième année de l'internat de médecine générale qui sera traitée dans la proposition 2, un libre choix serait laissé aux internes mais avec des incitations fortes pour les réaliser en zones sous-denses, notamment pour les internes qui ont un projet professionnel orienté vers ces zones.
4. Ces incitations comprendraient une prime de stage dans les zones sous-denses (hospitaliers ou ambulatoires), assez significative pour impacter la qualité de vie du stagiaire et des compensations non monétaires. Parmi ces dernières figurent la possibilité de suivre une formation leur donnant droit au statut de maître de stage universitaire dès leur installation en ambulatoire. D'autres incitations non monétaires, à visée d'améliorer l'intégration des stagiaires dans les territoires, seront abordées en proposition 9.

5. Il est également primordial de favoriser et de flécher la réalisation de stages en zones sous-denses pour les étudiants titulaires d'un CESP avec un projet dans les territoires.
6. [Augmenter le nombre de maîtres de stages universitaires](#) dans toutes les spécialités est une condition essentielle pour réussir cette montée en puissance des stages en zones sous-denses. L'activité de MSU est aussi un excellent moyen pour trouver un associé et/ou un successeur.

Une amélioration de la rémunération de l'activité de MSU est indispensable pour favoriser le nombre de nouveaux entrants dans ce statut. A ce titre, la prise en compte de critères d'ancienneté et d'engagements territoriaux dans la durée pourrait entrer en ligne de compte (cf. proposition 7).

La formation des MSU devrait revenir à la faculté (au plus proche du terrain) qui créerait une filière de formation unique pour l'ensemble des spécialités.

PROPOSITION 2

Inciter les docteurs juniors à s'implanter dans les zones sous-denses

Situation

Les internes en médecine générale, jusque-là formés en trois années, effectueront **une année supplémentaire de formation, dite année professionnalisante**, en cabinet médical. Cette mesure sera opérationnelle à partir de l'automne 2026.

Cette quatrième année vise à renforcer la formation et la professionnalisation des médecins généralistes, pour faciliter et sécuriser leur installation. Les internes de médecine générale, comme les internes des autres spécialités, exerceront en tant que « docteur junior », en **autonomie supervisée**.

Elle est composée de **deux stages de six mois**, en ambulatoire, dans un cabinet médical, sous la responsabilité d'un praticien maître de stage universitaire (MSU). Les deux stages seront effectués, sauf exception, dans le même cabinet afin de véritablement se plonger et se projeter, avec réalisme, sur une période assez longue. Puisque les internes seront considérés comme des docteurs juniors durant cette année, ils pourront participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Les quelques **4 000 docteurs juniors en médecine générale** représentent chaque année **une ressource médicale à fort potentiel pour médicaliser les territoires**. Cependant, la préparation des terrains de stage doit s'anticiper longtemps en avance pour optimiser la répartition des docteurs juniors dans les territoires et les chances d'installation en fin de stage.

Plus de deux ans après la promulgation de la loi en 2022, les textes réglementaires pour son application ne sont toujours pas parus, ce qui freine la préparation des projets professionnels des internes. Les internes comme les MSU attendent ces textes avec beaucoup d'impatience et espèrent qu'ils seront incitatifs afin de recruter de très nombreux terrains de stage dans les meilleurs délais. Le recrutement rapide des futurs MSU constitue un des garants du succès de la réforme.

Objectifs

Garantir que la quatrième année de formation des internes de médecine générale s'intègre dans un projet professionnel solide, sur des bases claires entre l'interne et le maître de stage, pour optimiser les chances d'installation en fin de stage sur le territoire concerné, l'engagement en zone sous dense doit être mis en valeur.

Ouverture du statut de Docteur Junior Ambulatoire à l'ensemble des spécialités avec des compensations monétaires et non-monétaires à la hauteur des enjeux dans les zones sous-denses.

Proposition

La mise en place du statut de docteur junior ambulatoire et son élargissement futur à toutes les spécialités sera nécessaire. Ainsi, le Docteur Junior ambulatoire **pourra se poursuivre avec un poste d'Assistant** dans les territoires permettant de créer un continuum et un cercle vertueux de médicalisation des territoires. **Les Docteurs Juniors d'aujourd'hui deviendront avec l'Assistanat les enseignants et maîtres de stages universitaires de demain.**

Sachant que près de [90% des maitres de stage universitaires sont aujourd'hui en zones sous-denses](#), l'arrivée de ces docteurs juniors de médecine générale pourrait avoir un effet bénéfique sur la médicalisation des territoires sous-dotés, à condition qu'elle soit bien gérée. Seul le libre choix de l'interne de son lieu de stage, intégré dans un projet professionnel solide, optimisera les chances de conduire à une installation pérenne par la suite. Ainsi, toute coercition de la réalisation des stages dans les zones sous-denses serait contre-productive.

La réussite de la première promotion des docteurs juniors de médecine générale en 2026 exige la **publication immédiate des décrets d'application de la loi de 2022** pour permettre aux internes de préparer dès maintenant leur projet professionnel, incluant la quatrième année et leur installation.

De plus, comme pour un médecin de tout âge qui cherche à s'installer, les conditions d'accueil (intégration, facilités), la qualité de vie (logement, famille) et le niveau de rémunération (indemnité significative en zones sous-denses) doivent prendre en compte les caractéristiques du territoire et les éventuelles difficultés liées au manque de ressources médicales historiques ou récentes sur le territoire.

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



L'élargissement du Docteur Junior Ambulatoire à toutes les spécialités répondra à une demande très forte des autres spécialités de découvrir l'exercice ambulatoire plus tôt au cours des études. Cela sans impact sur le fonctionnement des hôpitaux au regard de l'évolution du nombre d'étudiants dans les prochaines années : actuellement 11 000 étudiants, et plus de 14 000 attendus à partir de 2026.

- 1.** Pour une année de Docteur Junior en zone sous-dense, les possibilités pour l'interne de devenir MSU dès son installation (proposition 1), de poursuivre sur un poste d'Assistant ou chef de clinique (proposition 3) devraient être facilitées, voire garanties, permettant de créer un continuum et un cercle vertueux d'universitarisation et de médicalisation des territoires ;
- 2.** Les primes de transport et d'éloignement devraient être ajustées à la densité médicale du territoire. Les conditions logistiques et de vie de l'interne devraient être optimisées et personnalisées par le comité territorial de médicalisation (proposition 9) ;
- 3.** Cela nécessitera d'augmenter significativement le nombre de maîtres de stage universitaire dans les cinq ans à venir (proposition 1). Cela passe entre autres par un niveau de financement garantissant la couverture des charges (ce qui n'est pas le cas actuellement) et une rémunération juste pour le service rendu par le MSU.

PROPOSITION 3

Accélérer l'implantation des assistants en ambulatoire et développer les postes universitaires dans les zones sous-denses

Situation

Les contrats d'aide à l'installation des médecins dans les territoires sont [essentiellement de nature financière](#) et matérialiste. Si elles ne sont pas accompagnées **d'un bloc attractif d'incitations non financières**, elles seront [nécessaires mais non suffisantes](#). [Pour 69% des médecins installés](#) et [pour un interne sur deux](#), les aides financières sont jugées **comme peu influentes** sur leur décision d'installation.

Les motivations pour une carrière universitaire en ambulatoire, dotée de missions de recherche et d'enseignement, dans les zones sous-denses sont au cœur des attentes des étudiants, internes et jeunes médecins.

L'assistantat en médecine est une **notion qui reste [essentiellement hospitalo-centrée](#)**, dont les statuts hospitaliers ont été décrits par décret en 1984. Si la création d'assistants universitaires ambulatoires a été timidement initiée en médecine générale (AUMG) par [certaines agences régionales de santé](#), le **mouvement reste embryonnaire et inexistant dans les autres spécialités**. Ainsi, on compte seulement **une centaine d'assistants universitaires de médecine générale (AUMG)**.

Il en est de même pour les **postes d'assistants spécialistes à temps partagés**, permettant à un jeune médecin de partager son activité entre un établissement de santé et un territoire de santé. Sur les promotions 2024-2026, seul le [financement de 80 postes est assuré pour l'ambulatoire](#).

La vocation universitaire en ambulatoire est encore **plus contrainte pour les chefs de cliniques universitaires (CCU)**, qui sont très insuffisants en médecine générale, et exercent peu en ambulatoire dans les autres spécialités. Alors que le ratio d'encadrement standard des autres spécialités est de 1 chef de clinique pour 4 internes, ce ratio est de 1 pour 40 internes pour la médecine générale, ce qui doit être corrigé.

De la même façon que la perspective d'une carrière universitaire forge la motivation de nombreux étudiants et internes pour travailler à l'hôpital, elle le fera **pour les inciter à s'installer en ambulatoire en général et dans les zones sous-denses en particulier**, en y devenant les futurs maîtres de stage universitaires (permettant l'encadrement de docteurs juniors ambulatoires de toutes spécialités).

Objectif

Intégrer un bloc important d'incitations universitaires à l'installation dans les zones sous-denses.

Dans les zones sous-denses, l'ambition serait de :

- Ouvrir les postes d'assistants universitaires en ambulatoire pour les autres spécialités que la médecine générale ;
- Doubler le nombre d'assistants universitaires en médecine générale et le nombre d'assistants spécialistes partagés ;
- Tripler le nombre de chefs de clinique universitaires en médecine générale.

Proposition

L'extension des déserts médicaux impose de développer les carrières universitaires en contrepartie d'installations rapides des jeunes médecins dans les zones sous-denses, à faible coût (un poste d'AUMG est moins coûteux qu'un poste hospitalier). C'est un levier majeur de médicalisation, largement inexploité ces dernières années.

1. L'ouverture **des postes d'assistants de spécialités autres que médecine générale vers l'ambulatoire** permettra à toutes les spécialités d'opérer un virage. La possibilité, sur la base du volontariat, d'avoir une pratique de recherche et de pédagogie permettrait de mimer les facteurs d'attractivité des carrières du post internat des hôpitaux publics. Elle raccourcira l'installation ambulatoire dans les zones sous-denses, action fondamentale pour augmenter l'attractivité médicale d'un territoire ;
2. Doubler dès cette année le nombre de postes **d'AUMG** en contrepartie d'installations dans les zones sous-denses, dans des conditions financières attractives et équitables, quel que soit le mode d'exercice choisi. L'AUMG travaillera à la fois pour une structure de soins ambulatoires et pour le département de médecine générale et pourra accompagner les étudiants dans leur projet professionnel, former les internes et effectuer des travaux de recherche. **Enfin, une simplification administrative d'accès à ce statut et une prolongation de sa durée** augmenteraient l'attractivité de ce poste. Nous proposons d'étendre les contrats d'AUMG de 2 ans supplémentaires, renouvelable une fois pour une durée de quatre ans au total.

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



3. En doublant à court terme le nombre **d'assistants spécialistes à temps partagés**, en orientant les nouveaux postes vers les zones sous-denses, on agirait sur un renforcement du lien ville-hôpital, une densification des ressources médicales disponibles dans ces zones et une capacité d'aménagement de nouveaux parcours professionnels en ambulatoire.
4. En triplant le nombre de **chefs de cliniques universitaires en médecine générale**, le ratio d'encadrement des internes en médecine générale se rapprochera de celui des autres spécialités, tout en restant inférieur à la moyenne. Les nouveaux postes de CCU pourraient être conditionnés à des engagements territoriaux dans les zones sous-denses. Si les statuts d'AUMG & de CCU sont assez proches, les CCU ont un profil universitaire plus riche, leur complémentarité rend l'action des deux leviers indispensables pour améliorer l'accès aux soins.
5. Enfin, dans les zones sous-denses, **la suppression du besoin d'exercice préalable** avant la possibilité d'encadrer un étudiant et un interne permettrait d'y augmenter la ressource d'encadrement dans ces zones. Les jeunes médecins pourraient dès la prise de fonction exercer le mentorat.

PROPOSITION 4

Favoriser l'installation dans les territoires le plus tôt possible par la flexibilité et la diversité des statuts

Situation

Moins de 10% des jeunes médecins généralistes s'installent juste après leurs études et l'âge [moyen d'installation est de 35 ans](#). Même si les chiffres à l'installation ont tendance à [s'améliorer ces dernières années](#), le processus d'installation reste long (en moyenne 3,8 ans d'après l'assurance maladie). Le choix de l'installation est un processus assez lourd, contraignant et très engageant pour un jeune, aussi bien sur un plan professionnel que personnel.

Le statut de remplaçant est majoritairement utilisé avant de s'installer : [81% des jeunes installés déclarent avoir été remplaçant exclusif avant de s'installer](#). [Pour un remplaçant sur deux](#), les aides financières ont peu d'influence sur sa future installation. Le remplacement est un bon levier pour trouver un associé ou un successeur, puisque 41% des remplaçants s'installent [dans un territoire où ils ont déjà remplacé](#).

Le profil type du médecin remplaçant **est un jeune qui est à la recherche de son projet professionnel** : il craint l'installation car il n'a pas encore trouvé le lieu géographique qui lui correspond, ou le cabinet médical (l'associé) idoine... Il lui faut donc du temps pour se décider, et donc un statut souple pendant cette période. La coercition à l'installation sera **rédhibitoire pour qu'il décide de s'installer**, car il ressent une véritable crainte et a besoin de confiance et **non d'injonction administrative**.

Il existe **plusieurs statuts** permettant à l'interne et aux médecins diplômés d'exercer dans un cabinet médical temporairement ou sans association avec les médecins titulaires : [médecin remplaçant](#), [médecin assistant](#) et [médecin collaborateur](#) :

- Le [médecin remplaçant](#) exerce à la place d'un médecin installé. Les actes réalisés sont facturés et versés à l'installé qui reverse un pourcentage au remplaçant, appelé rétrocession. Celui-ci est en moyenne aux alentours de 80%, le pourcentage restant servant à couvrir les frais de cabinet de l'installé.
- Le [médecin assistant](#) (ou adjoint si non thésé) exerce en parallèle d'un médecin installé. L'assistant se voit reverser une rétrocession fixée. Le contrat d'assistant est soumis à trois conditions pour être validé par l'ordre des médecins : lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, en cas d'afflux exceptionnel de population, ou lorsque, momentanément, l'état de santé de l'installé le justifie. Le contrat est limité à trois mois renouvelables.

[L'atlas de l'ordre des médecins 2025](#) comptabilise 5,1% des médecins en activité intermittente (17 134 médecins) regroupant les remplaçants libéraux et salariés, les assistants et adjoints, ainsi que les intérimaires.

- Le médecin collaborateur est un médecin installé. A ce titre, il exerce comme tout médecin conventionné (patientèle médecin traitant propre, numéro assurance maladie dédié, feuilles de soins à son nom, honoraires perçus directement). Cependant, il est lié par un contrat de collaboration avec un titulaire. Le titulaire met à disposition ses locaux et son matériel en échange d'une redevance versée et fixée dans le contrat.

Objectif

Faciliter l'accès aux statuts alternatifs à l'installation en libéral ou en salarié pour donner le temps nécessaire à une installation réussie et optimiser la probabilité qu'une installation durable se réalise.

Proposition

Parmi les déterminants d'une installation rapide et réussie d'un jeune médecin, **la souplesse des statuts et la décentralisation du processus de décision sont deux facteurs clés essentiels** : laisser au jeune médecin le temps de prendre confiance dans sa pratique médicale, de mûrir son choix professionnel, d'échanger avec des praticiens du territoire est indispensable pour nombre de jeunes médecins.

L'[enquête menée en 2019 par la commission jeunes médecins de l'ordre des médecins](#) mettait clairement en évidence l'importance de la phase de remplacement dans la maturation du projet professionnel : « *Cette période de remplacement permet de découvrir des territoires, mais aussi de se forger une expérience en tant que médecin libéral, notamment pour l'apprentissage de la gestion et des démarches administratives en lien.* »

Ces statuts intermédiaires, notamment celui **de remplaçant et d'assistant**, constituent donc un **chaînon important entre l'internat et l'installation pérenne**. Ils permettent d'expérimenter différents modes d'exercice et de s'ancrer progressivement dans un territoire avant de passer le cap de l'installation.

L'[atlas de l'ordre des médecins de 2025](#) confirme d'ailleurs que ces statuts restent très **majoritairement transitoires et ne constituent pas une voie de détournement de l'installation**. En effet, dans la cohorte de médecins généralistes suivis, 46% débutaient leur exercice comme remplaçant, pourcentage réduit à 5,6% à 10 ans et 4,1% à 15 ans.

L'exclusion des médecins remplaçants et assistants du cadre conventionnel constitue **une forme de précarisation de leur statut**, les invisibilisant du système de santé et ne leur donnant pas accès au même niveau de protection sociale que les installés. **Cela participe au détournement de l'exercice libéral vers le salariat, notamment hors soins primaires, plus protecteur, biaisant ainsi le libre choix de son mode d'exercice.**

1. C'est pourquoi il est nécessaire de **soutenir ces modes d'exercice en particulier dans les zones les plus sous-dotées** afin d'inciter les jeunes à découvrir la pratique dans ces territoires ;
2. [Conventionner ces médecins libéraux à exercice intermittent](#) permettrait sans aucun doute de mieux identifier leur activité, comptabilisée à tort dans celle de l'installé, de **mieux les accompagner vers l'installation** en créant **un lien avec l'assurance maladie**, et de les inciter à exercer **là où les besoins sont les plus marqués**, par une **valorisation financière forfaitaire de leur engagement de service public** (exercice en zone sous-dotée, participation à la PDSA et au SAS notamment). Cette valorisation pourrait également passer par un **contrat temporaire de praticien territorial de médecine ambulatoire** signé avec les agences régionales de santé. ;
3. Enfin, concernant le statut de médecin assistant (ou adjoint si non thésé), **la validation automatique des contrats en cas d'exercice en zone sous-dense** sera un facteur complémentaire de simplification, permettant la découverte et le renforcement de l'offre de soin des territoires concernés pour l'ensemble des spécialités.

PROPOSITION 5

Inciter les médecins proches de la retraite à poursuivre leur activité plus longtemps

Situation

La démographie médicale a été marquée ces vingt dernières années par [un phénomène de vieillissement](#). En croissance de 10% de 2010 à 2024, le nombre de médecins en activité est passé de 215 663 à 237 300 sur la période (soit +0,7%/an vs +0,4% pour la population française). La proportion des médecins en activité de 60 ans et plus a cru de 18 % à 31% de 2010 à 2024, soit une hausse de cette population de 39 690 à 72 850 médecins (+84% en 14 ans, +2370 médecins/an, +6%/an).

La hausse de la démographie médicale en activité des médecins âgés entre 65 ans et 80 ans est encore plus spectaculaire : elle a été multipliée par plus de 4 (+320%), de 9 451 en 2010 à 39 847 médecins en 2024. En parallèle, la population des 60-64 ans a légèrement augmenté de 6%, passant de 29 875 à 31 659.

On assiste à un [début de rajeunissement de la population médicale](#), dont l'âge moyen est stable sur la période (50,4 ans en 2010 et 50,3 en 2024), mais dont l'effectif des moins de 40 ans a doublé sur la période (de 16,4% à 29,6% de l'effectif total, de 35 368 à 70 240 médecins).

L'analyse de la démographie apporte trois enseignements fondamentaux pour la médicalisation des territoires :

- Le renouvellement des générations est en cours mais la chute drastique des médecins formés de 1990 à 2005 met la **démographie des médecins installés en forte tension jusqu'en 2030** ;
- La gestion de cette période n'est possible qu'avec une mobilisation forte des 73 000 médecins actifs de plus de 60 ans – en particulier celle à son pic des plus de 65 ans (près de **40 000 médecins âgés de 65-80 ans**) -, avec pour objectif d'en conserver un maximum en activité jusqu'en 2030 et de les impliquer dans la médicalisation actuelle et future de leur territoire ;
- **La nouvelle génération des moins de 40 ans** sera probablement assez nombreuse (**le quantitatif**) pour compenser les départs au-delà de 2030, mais elle aura une pratique médicale (**le qualitatif**) différente de la génération de médecins sur le départ en retraite.

Objectifs

Mettre en place un plan d'action puissant pour inciter les médecins à prolonger leur activité au-delà de 65 ans et à s'impliquer dans la médicalisation actuelle et future de leur territoire.

Proposition

Le renforcement du maillage médical territorial exige **une attention particulière à porter sur les 73 000 médecins en activité âgés de plus de 60 ans**, visant à les conserver le plus longtemps possible en activité au-delà de 65 ans et à les impliquer qualitativement dans la médicalisation des territoires avec la nouvelle génération des jeunes médecins.

1. D'abord, la tenue **d'un registre régional des médecins de plus de 60 ans** est nécessaire, spécifiant la spécialité, le mode d'exercice, le lieu d'exercice ;
2. **Une enquête** contenant un questionnaire devrait être envoyée à tous, afin de connaître de façon détaillée leur situation et leurs attentes. Plus ces informations seront connues tôt, en amont d'une décision de départ en retraite, plus les chances de conserver le médecin plus longtemps en exercice et d'assurer sa succession seront élevées. Cette enquête devrait s'inscrire dans une **stratégie générale d'information et de sensibilisation** de cette génération, **qu'un plan national de renforcement de la médicalisation des territoires** est lancé, déclinée régionalement et localement (voir propositions 9 & 10 pour la gouvernance). En cela, elle doit concerner tous les médecins en activité, quel que soit leur lieu, leurs modes d'exercice et leurs statuts (public, privé) ;
3. Ensuite, il faudrait proposer **un package puissant d'incitations fiscales et sociales** pour prolonger l'activité au-delà de 65 ans **dans les zones sous-denses** (existantes et futures en cas de départ). Ce plan doit être **très incitatif pour avoir un impact**, même s'il pourrait être limité dans le temps à 2030, et doit bénéficier aussi bien aux médecins actifs non retraités qu'à ceux qui sont en cumul emploi-retraite ;
4. La tenue des répertoires et la campagne d'information devraient être associées à **un plan d'action visant à un accompagnement personnalisé des médecins de plus de 60 ans**, adapté à leurs attentes et leur situation mentionnées dans l'enquête. Ce plan nécessite une équipe dédiée à l'échelle régionale à ce suivi (cf. proposition 10) ;

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



5. La gouvernance d'une telle opération (cf. propositions 9 & 10) mobilisera plusieurs parties prenantes, avec un rôle très actif des URPS médecins et des ARS. Les moyens humains et financiers existent déjà dans ces structures, nécessitant juste **une décision politique d'allouer à ce projet des ressources existantes**. Comme pour les internes et les jeunes médecins, des **incitations de nature universitaire** représentent un levier essentiel pour réussir ce plan de mobilisation des médecins de plus de 60 ans (cf. proposition 6).
6. Enfin, **un statut de médecin accueillant** devrait permettre à un médecin en fin de carrière qui veut accueillir un jeune, sans s'investir lourdement dans la formation pédagogique, de mettre à disposition, sans contrainte bureaucratique, des locaux ou autres facilités pour les jeunes médecins (remplaçants/assistants/adjoints).

PROPOSITION 6

Renforcer l'universitarisation de la médecine de ville aussi par les médecins de plus de 60 ans, pour accroître la médicalisation des territoires

Situation

La population médicale comprend actuellement **73 000 médecins en activité de 60 ans et plus**, dont 31 600 âgés de 60 à 64 ans et près de 40 000 âgés de 65 à 80 ans. Il est à noter que sur ces 73 000 médecins, 45 800 sont en activité régulière et 27 100 (37%) en activité non régulière.

Cet effectif de médecins représente **un vivier très riche de connaissance des territoires, d'expertise et d'expérience médicale, qu'il faut fructifier et mobiliser au maximum** pour réussir la médicalisation des territoires à court terme. Une **faible partie d'entre eux a développé une activité universitaire** (recherche, enseignement), la plupart se sont consacrés aux soins. Cette situation est d'autant plus marquée pour la médecine ambulatoire en général, et pour la médecine générale en particulier.

Cette réalité peut résulter de choix personnels des médecins mais elle est souvent due au fonctionnement historique du système qui a concentré les carrières universitaires à l'hôpital d'une part, et sur les spécialités médicales autres que la médecine générale d'autre part. **Nombre de médecins de premier recours ont ainsi été écartés de carrières universitaires, malgré leur forte appétence pour l'enseignement et la recherche.** La pression mise par la désertification médicale sur les médecins de premier recours en exercice a accentué ce phénomène, ce qui crée **un cercle vicieux d'accélération de la désertification médicale.**

Il en résulte une filière universitaire de médecine générale qui **s'est certes développée mais qui reste fragile** et insuffisante à la vue des besoins et des attentes de nombre de praticiens. A ce titre, la situation en 2025 pour les maîtres de conférences universitaires (MCU) et professeurs d'université (PU) en médecine générale – 8 candidats pour les PU et 14 candidats pour les MCU, pour 3 postes ouverts in fine – montre **le retard et la faiblesse de l'universitarisation de la médecine générale en France.** Il existe aujourd'hui à peine 300 PU associés et MCU associés en France.

L'universitarisation de la médecine ambulatoire est **un levier à bas coûts et très forte rentabilité** pour la **médicalisation des territoires en soins primaires** dans le contexte actuel de tension démographique médicale, d'une part, et pour **l'accélération du virage ambulatoire** (transformation de notre système de santé), d'autre part.

Objectif

Utiliser l'universitarisation de la médecine de ville, par l'ouverture d'un nombre maximum de postes d'associés dans les zones sous-denses, comme un levier de remédicalisation des zones sous-denses.

Proposition

Le lancement d'un **plan d'universitarisation de la médecine de soins primaires dédiée à la remédicalisation des territoires en zones sous-denses** serait un levier significatif pour maintenir nombre de médecins seniors en activité plus longtemps (le quantitatif), d'une part, et pour développer des travaux de recherche utiles à la médicalisation efficiente (le qualitatif), d'autre part.

1. Ce plan comprendrait, dès la rentrée universitaire 2025-2026, **l'ouverture d'un nombre important de postes universitaires en médecine générale et dans les autres spécialités médicales de ville.** Du fait de la forte extension des déserts médicaux, ce plan aurait une dimension nationale et **correspondrait à une vraie décision politique de réaliser le virage ambulatoire de la médecine française.** Une information pourrait être envoyée avant l'été 2025, envoyant un message fort à l'ensemble de la population concernée.
2. Néanmoins, afin de répondre à l'urgence sanitaire de lutter contre les déserts médicaux, ce **plan d'universitarisation de la médecine de ville serait ciblé sur les zones les moins densément peuplées** en médecins (ZIP, ZAC), avec un objectif clair d'y améliorer à court terme l'accès aux soins. Il comprendrait un volet axé **sur les jeunes (cf. proposition 1) et un volet axé sur les médecins seniors de 65 ans et plus.**
3. La colonne vertébrale du plan sur les médecins seniors serait de permettre à ceux disposant d'une carrière professionnelle reconnue et réussie en tant que praticien médical territorial, sur la base du volontariat, **de pouvoir accéder à un cursus universitaire qu'il ne pourrait pas avoir sans un engagement territorial supplémentaire (de 3 ans minimum) au-delà de 65 ans.** En pratique, un médecin âgé de 60 ans et plus ayant eu une carrière de médecin généraliste reconnu dans son territoire, ayant une appétence marquée pour la recherche et/ou l'enseignement, pourrait se voir proposer **un poste d'enseignant associé en contrepartie d'un maintien de son activité médicale de trois ans minima après 65 ans dans la zone sous-dense,** et d'un projet de recherche appliquée sur la médicalisation territoriale.

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



4. Enfin, Il faut sécuriser et simplifier la gestion de ces postes d'associés, qui sont vus comme trop précaires et avec un coût de gestion administrative trop élevé. Il faudrait **rendre ces postes pérennes dans le temps**, simplifier leur gestion administrative, **avec une évaluation périodique par les pairs** pour obtenir un investissement optimal des professionnels et la recherche permanente d'une médecine d'excellence.

Ce plan d'action aurait ainsi **un double impact qualitatif et quantitatif** significatif sur la médicalisation des territoires sous-denses à court et moyen terme pour un investissement financier mineur.

PROPOSITION 7

Amplifier les initiatives solidaires en cours pour améliorer l'accès aux soins dans les zones les plus critiques

Situation

Les zones les plus critiques ([cf plan gouvernemental](#)) sont des territoires où **l'accès aux soins est très limité voire nul**. Ces zones isolées géographiquement, sont souvent relativement dépourvues en services publics, la couverture du réseau téléphonique peut y être défectueuse, etc.

Les actions proposées mobilisant les étudiants, les internes, les jeunes médecins et les médecins installées de plus de 65 ans auront un impact limité à court terme sur ces zones, dans lesquelles les conditions d'exercice sont difficiles. Pour ces zones spécifiques, le plus efficace serait d'amplifier **des initiatives solidaires** existantes, telles que **l'association médecins solidaires, le médibus et l'incubateur de santé solidaire**.

1. **L'association médecins solidaires** a été créée en 2022 pour permettre à tout citoyen, quel que soit son lieu d'habitation, d'avoir accès à une médecine générale de qualité et libre. Elle s'appuie sur l'engagement d'un [collectif national et intergénérationnel](#) de médecins généralistes, autour [d'une charte de dix valeurs](#) communes défendant une médecine humaniste et de proximité : « *au lieu de demander beaucoup à peu, on peut essayer de demander peu à beaucoup* ». L'association dispose en 2025 d'une base de près de 700 médecins volontaires. Chaque semaine, un médecin différent vient prendre le relais du précédent dans [les huit centres médicaux de l'association](#) ;
2. **Le Médibus** est un cabinet itinérant de consultations et téléconsultations déployé par le département de la Sarthe dans le cadre du [plan santé 2022-2026 du Conseil Départemental](#). Il s'agit d'un bus itinérant qui se déplace dans [cinq territoires sarthois](#) et propose des consultations et téléconsultations avancées pour les personnes ne disposant pas de médecin traitant. L'objectif principal de Médibus est de rendre possible une consultation médicale dans les zones sous-denses, sans médecin traitant ou doté de médecins dans l'incapacité de prendre en charge de nouveaux patients. [Plus de 13 300 patients](#) sont pris en charge actuellement par ce nouvel équipement départemental, [à partir de rendez-vous pris par téléphone ou à partir de la plateforme Doctolib](#) ;
3. **L'incubateur santé solidaire (ISS) de Grigny** – ville de plus de 10 000 habitants sans médecin depuis un an- a été **porté par une dynamique locale de professionnels de santé de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Côteaux Rhodaniens**, et soutenu par l'ARS AuRA et la CPAM du Rhône. Ce dispositif, pensé comme une solution temporaire avec la municipalité, s'est transformé en février 2025 en **une maison de santé pluriprofessionnelle** assurant la pérennité de l'offre de soins de ville.

4.

Objectif

Tout en fixant l'objectif de médicaliser chaque territoire par une offre de santé stable et pérenne, y compris dans les zones sous-denses, l'urgence à court terme est de permettre à chaque citoyen de disposer d'un accès aux soins, ce qui exige l'extension des initiatives solidaires existantes dans les zones sous-denses.

Proposition

L'objectif final de la médicalisation des territoires est bien de mettre à disposition de la population une offre de professionnels de santé stable, permettant à chaque citoyen de pouvoir être suivi par un médecin traitant de son choix. Néanmoins, l'urgence dans certains territoires isolés (dont les zones les plus critiques) est de rendre possible la consultation d'**un médecin à une fréquence répondant aux besoins de santé**. Pour cela, une présence médicale continue est indispensable, même si des médecins différents se relaient.

Sur le court et moyen terme, le plus efficace serait que les trois initiatives précitées puissent prospérer dans les zones blanches, jusqu'à l'installation d'une offre de santé stable et pérenne. La gravité de la situation des déserts médicaux devrait rendre possible **une certaine flexibilité de la législation** pour l'exercice médicale dans ces zones blanches, pour y **installer des solutions adaptées et viables**. A situation exceptionnelle, mesures exceptionnelles.

Concernant l'association médecins solidaires, plusieurs mesures sont à prendre pour **sécuriser juridiquement** ce type de pratique médicale, tout en les limitant aux zones blanches.

- 1. La notion de temps partagé** médical devrait être inscrite dans **le code de santé publique** pour garantir l'accès aux soins dans ces zones, permettant à tout professionnel de lutter contre les déserts médicaux, en restant dans la légalité ;
- 2. La carte de professionnel de santé (CPS)** est liée à un professionnel pour un lieu d'exercice, dont il a la responsabilité. Elle ne permet pas à ce professionnel d'exercer de façon temporaire dans un autre lieu. Soit il est possible de faire évoluer cette réglementation pour le permettre, soit le centre médical solidaire dans une zone sous-dense doit **avoir l'équivalent d'une carte CPS**, permettant à tout professionnel d'y exercer ;

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



3. Une évolution du droit du travail doit permettre d'engager de façon répétée un professionnel de santé pour quelques jours, par un contrat de travail à durée limitée en bonne et due forme ;
4. Sur la base du volontariat, il faudrait permettre aux docteurs juniors d'y exercer et aux internes d'y faire des stages. Ces centres solidaires devraient garder une vocation sociale, dans des lieux où l'installation d'un médecin est en l'état très difficile ;
5. L'expérience de Medibus du Conseil départemental devrait être **évaluée par l'ARS Pays de la Loire** pour en apprécier l'intérêt et la capacité de la dupliquer dans des zones blanches.

PROPOSITION 8

Donner du sens aux aides à l'installation

Situation

Lors de la convention médicale de 2016, un ensemble d'aides financières pour inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses, à y stabiliser une offre médicale et à assurer sa succession ont été mises en place. Elles sont complétées par un panel d'aides financières proposées par les agences régionales de santé et les collectivités, dans l'idée de créer un choc d'attractivité. Cependant, leur échec relatif après une décennie d'existence tient surtout à la nature essentiellement financière de ces aides, auxquelles il manque un sens professionnel et humain, ainsi qu'à l'absence de coordination entre ces offres, créant un phénomène de concurrence territoriale.

Les ARS proposent chacune un site web « PAPS » conçu comme un portail d'accompagnement des professionnels de santé, regroupant l'ensemble des informations relatives à l'installation dans chaque région.

L'assurance maladie propose quant à elle, une [offre de services sur internet intitulée REZONE](#) qui permet aux médecins de préparer leur dossier d'installation, de trouver des informations géolocalisées sur les aides et d'accéder à une cartographie informative de l'offre de soins dans les territoires.

De plus en plus de collectivités (départements le plus souvent), développent des guichets uniques visant à centraliser les informations relatives aux aides locales, ainsi qu'à proposer un interlocuteur pour répondre aux questions des jeunes médecins qui souhaitent s'installer.

Cependant, l'ensemble de ces aides financières et humaines co-existent en parallèle, contribuant à complexifier la situation pour les jeunes médecins. La multiplication des guichets uniques et des aides renforce paradoxalement la difficulté des jeunes à s'orienter dans le parcours vers la concrétisation de leur projet professionnel.

Objectif

Concevoir un plan d'aides comportant des incitations financières et non monétaires adaptées aux besoins ainsi qu'un accompagnement humain individualisé, avec une gouvernance adaptée.

Proposition

Comme indiqué en proposition 1 : « [Pour 69% des médecins installés](#) et [pour un interne sur deux](#), les aides financières sont jugées comme peu influentes sur leur décision d'installation. Si elles ne sont pas accompagnées d'un bloc attractif d'incitations non financières, et d'un accompagnement adéquat, ces aides sont [nécessaires mais insuffisantes](#). ».

D'abord, sur le plan financier, les aides sont en général trop **variables et ne répondent pas aux besoins des jeunes en début de carrière**. Toute aide financière incitative doit comprendre une enveloppe initiale, nécessaire pour l'acquisition du matériel et du foncier, ainsi qu'une valorisation de l'engagement pérenne dans le territoire afin de lutter contre les effets d'aubaine. Ces aides doivent logiquement être **non accessibles dans le cadre d'une pratique hors des zones sous-denses**, sans quoi elles sont inutiles. Toute contrepartie d'une incitation financière **doit être mesurable et évaluable sans incertitude ni ambiguïté**, et avec un maximum d'objectivité. Les concurrences entre les territoires doivent être limitées, notamment par la signature d'accord intercommunaux visant à harmoniser les offres proposées.

[La thèse du Dr Joseph Maurin](#) de 2019 démontre que les annonces qui aboutissent à un recrutement sont celles qui décrivent le plus clairement la situation du territoire et les attentes globales de la collectivité vis-à-vis de l'arrivée d'un nouveau médecin. C'est pourquoi il faut privilégier les **annonces les plus précises en ce qui concerne les conditions de travail pour recruter les médecins**, afin de les accrocher en leur fournissant le maximum d'informations utiles.

Ensuite, les aides **doivent avoir un sens** et un impact mesurable dans la vie professionnelle et sur la qualité de vie du médecin (et de sa famille). Comment s'intégrer dans un territoire largement déserté par les autres collègues (et souvent déficients en services publics) ? Ce point est lié est l'absence d'une véritable gouvernance des aides à l'installation, la double gouvernance CPAM-ARS est contre-productive, tout comme l'ajout de structures pilotées par les départements, sans coordination avec les autres instances.

LA CONF' SANTÉ DES JEUNES MÉDECINS



1. La multiplication des aides apportées par les ARS génère de la confusion et de la bureaucratie supplémentaire inutile. Le financement complet des aides devrait probablement relever uniquement **du financeur public principal qui est l'Assurance maladie, sous couvert de revalorisation des majorations du forfait patientèle médecin traitant prévus par la convention médicale 2024, actuellement insuffisante pour être attractive** ;
2. Le pilotage des aides et de l'accompagnement à l'installation nécessite le déploiement effectif des guichets uniques départementaux d'accompagnement à l'installation, inscrits dans la loi depuis fin 2022. Leur gouvernance doit être structurée autour d'un comité de pilotage associant l'ensemble des acteurs de santé concernés (département, région, CPAM, ARS, CDOM, URPS, Université, URSSAF, syndicats d'étudiants, d'internes et de jeunes médecins). ;
3. Enfin, **une évaluation annuelle** (quantitative et qualitative) devrait être réalisée par l'Assurance maladie et faire l'objet **d'une session chaque année** dans le cadre des négociations conventionnelles entre les syndicats de médecins représentatifs et l'Assurance maladie, en y **intégrant pleinement les syndicats d'étudiants et de jeunes médecins** qui sont les premiers concernés.

PROPOSITION 9

Mettre en place une démocratie participative, dédiée à médicaliser les zones sous-denses

Situation

Les zones sous-denses en médecins ont souvent perdu leur attractivité à la suite du départ de médecins installés sans reprise de leur activité, du fait du creux démographique depuis 2000, créant un cercle vicieux de suractivité pour les médecins encore installés. Elles peuvent être aussi situées en milieu rural ou en zones périphériques des grandes métropoles moins attractives pour une majorité de jeunes médecins.

La (re)médicalisation de ces zones exigent de reconstruire une **image positive pour ces territoires concernant l'exercice médical**, de recréer de la confiance. En cela, la coercition à l'installation est contre-productive car elle va accentuer la défiance des jeunes médecins vis-à-vis de ces zones. La coercition ne pourra au mieux que forcer temporairement des médecins à y exercer, **générant une offre médicale instable et peu impliquée dans la vie des territoires**.

Les déterminants de la médicalisation d'un territoire sont de plusieurs ordres : **médicaux, sociaux, économiques, environnementaux**. Ainsi, seule la **mobilisation de tous les acteurs** pouvant agir sur ces déterminants offrira un espoir de reconstruire une image positive pour exercer la médecine dans ces zones avec des professionnels de santé pleinement impliqués dans l'organisation des soins.

A titre d'exemple, cette mobilisation a eu lieu dans la Communauté de commune du Grand Lyon à travers la réunion des élus, des professionnels de santé (CPTS), de la CPAM et de l'ARS. Elle a eu rapidement des résultats probants dont l'incubateur santé solidaire de Grigny.

Objectif

Créer les conditions dans les zones sous-denses d'une mobilisation coordonnée de tous les acteurs impliqués dans la médicalisation des territoires.

Proposition

Les zones sous-denses nécessitent la mise en place d'une **organisation démocratique participative souple et dédiée à la médicalisation du territoire**. Cette organisation devrait être un lieu d'échange, de débats (pas une administration), se réunissant selon les besoins et visant à proposer des solutions pragmatiques pour créer les conditions de la médicalisation.

1. **Ce Comité territorial de médicalisation** devrait avoir un socle réunissant les représentants locaux des élus, des professionnels de santé (CPTS, URPS, CDOM...), des associations de patients et de citoyens, de la CPAM et de l'ARS. Même si les Communes n'ont pas de compétences dans l'organisation de soins, elles ont toute leur place dans ce comité, connaissant bien le territoire et disposant d'infrastructures adaptées ;
2. Le bon échelon pour structurer ce Comité est probablement **le département**, qui dispose de la taille critique pour trouver des solutions efficaces tout en ayant une vision globale. Les dispositifs nécessaires à l'organisation de la réflexion et à la conception des solutions existent déjà : **le diagnostic territorial de santé, le projet territorial de santé, le contrat territorial de santé**. Il manque une structure souple et locale, dédiée à ce thème et déterminée à y trouver des solutions pragmatiques. L'expérience à ce jour montre que les [Conseils territoriaux de santé](#) ne peuvent en l'état pas jouer ce rôle. Leur pilotage par les ARS rend leur fonctionnement bureaucratique, leur retirant l'agilité nécessaire pour trouver rapidement et appliquer à court terme des actions concrètes de terrain. Il convient donc de refonder totalement les conseils territoriaux de santé en comité territoriaux de médicalisation, véritable parlement en santé à vocation opérationnelle, indépendant des ARS dans leur fonctionnement et leurs décisions. L'Agence Régionale en Santé viendrait en soutien de ces comités en mettant à leur disposition ses moyens logistiques ;
3. Pour générer un mouvement d'ampleur, **la signature d'une charte** par tous les représentants nationaux de ces acteurs – [Association des Maires de France](#) (AMF), [Association des Maires ruraux de France](#) (ARMF), [l'Assemblée des départements de France](#), [France assos santé](#), syndicats de médecins libéraux, syndicats d'étudiants en médecine, d'internes et de jeunes médecins, le [Conseil National de l'Ordre des médecins](#), le [Conseil national des universités pour les disciplines de santé](#) (CNU), le Ministère de la Santé – démontrant leur engagement de s'unir à court terme, serait très utile pour initier la mobilisation nationale envers la médicalisation de chaque zone sous-dense ;

4. Ces **structures nationales** mandateraient leurs **représentants locaux** dans les zones sous-denses pour participer à ce **Comité de médicalisation**, ce qui serait un gain de temps pour leur constitution. La création **d'un sentiment de confiance et de responsabilisation de ces derniers** est un facteur clé de succès déterminant. En effet, le rôle des élus est majeur pour **optimiser les conditions d'accueil et la qualité de vie des professionnels** de santé (externes, internes, jeunes médecins, médecins solidaires) dans leurs territoires. Pour cela, il faut que ces élus soient en mesure de disposer de l'information concernant l'ensemble des étudiants et internes réalisant leurs stages dans leurs communes. Leur accès au répertoire des médecins en fin de carrière (cf. proposition 6) serait aussi utile. Munis de cette information, les élus locaux seraient en mesure d'optimiser la connaissance et l'ancrage territorial des jeunes dans le territoire, et de mettre à disposition toutes les infrastructures disponibles utiles pour l'exercice médical. Ces élus devraient aussi pouvoir être force de proposition dans le zonage des territoires de santé auprès des ARS, si nécessaire pour mieux lutter contre les déserts médicaux.

PROPOSITION 10

Missionner les URPS médecins pour piloter le plan d'action de la médicalisation des territoires

Situation

Le plan d'action proposé dans ce document exige une gouvernance dédiée pour sa mise en place. Depuis 2010, [les agences régionales de santé](#) ont piloté l'organisation des soins dans les régions, en prenant progressivement contrôle de tous les leviers de décision. C'était un des objectifs de la loi HPST de donner tout pouvoir à l'État en santé, sans réel contre-pouvoir.

Concernant la lutte contre les déserts médicaux, force est de constater que **cette évolution de la gouvernance est un échec absolu**. L'extension des déserts médicaux dans toutes les régions démontre que cet échec n'est pas dû à des problèmes d'individus mais à la structuration et la nature de cette gouvernance.

Les principes directeurs des ARS sont **la centralisation de la décision** – une ARS est une institution déconcentrée de l'État et non décentralisée –, et un **fonctionnement technocratique** de l'institution. Leur manque de connaissance des territoires et des questions médicales les conduit à maximiser les normes et la bureaucratie pour se couvrir vis-à-vis de l'état central, dont il est le seul à qui rendre des comptes. La crise du Covid a montré que ce n'était pas [qu'un ressenti individuel mais une source d'inefficience](#) générale.

Dans ces conditions, soumettre les médecins de ville un peu plus à la décision administrative des ARS pour organiser les soins dans les territoires, par l'intermédiaire d'une autorisation administrative délivrée par elles avant toute installation, serait **un choix politique irresponsable vis-vis du bien commun**. Le faire tout en prétendant lutter contre la bureaucratie des Français serait cynique et provocateur.

De plus, la position de juge et partie des ARS dans l'organisation des soins – opérateur, évaluateur et régulateur de l'organisation des soins - est **un obstacle rédhibitoire à leur pilotage de tout plan d'action** pour lutter contre les déserts médicaux. Les ARS doivent rester les évaluateurs de ce plan d'action pour s'assurer que l'exécution du plan remplit le cahier des charges et satisfasse les objectifs.

L'opérateur idoine pour assurer la gouvernance du plan d'action proposé ici doit répondre à 5 exigences :

- Avoir la **capacité et la crédibilité suffisante** pour concentrer et mobiliser l'ensemble des ressources médicales et paramédicales sur le solutionnement des déserts médicaux dans les zones concernées ;
- Disposer d'une **bonne connaissance des territoires** et de leur organisation des soins ;
- Posséder des **ressources humaines et financières suffisantes** pour assurer cette gouvernance ;
- Avoir la capacité **d'interagir rapidement et efficacement avec toutes les parties prenantes** médicales, politiques, économiques et sociales des territoires ;
- Avoir **l'expérience et la capacité de travailler avec les ARS** pour un suivi régulier.

Objectif

Missionner les Unions Régionales de professionnels de santé (URPS) médecins comme opérateur principal de la mise en place du plan d'action proposé, dans un cadre garantissant la bonne exécution du plan, sur une période déterminée et avec un processus d'évaluation récurrente des résultats.

Proposition

Comme dans toute création d'une gouvernance, l'opérateur parfait pour mener à bien cette mission n'existe pas. Face à la situation d'urgence de la désertification médicale et aux attentes de résultats à court terme, la création d'une structure ad hoc est exclue. Rappelons que **le Comité de médicalisation des territoires** évoqué dans la proposition 9 est un lieu d'échange et de débat, sans moyens humains et financiers adhoc.

Dans l'univers encombré des institutions présentes dans l'organisation des soins, **les URPS médecins** sont l'institution qui **remplit le mieux les cinq prérequis cités** pour superviser le plan d'action. Créée par la loi HPST de 2009, les URPS sont organisées sous forme d'association de loi 1901. [Leurs missions](#) sont ciblées sur la mise en œuvre du projet régional de santé et sur l'organisation des soins dans les territoires.

Les missions confiées aux URPS [par l'article R. 4031-2 du code de la santé publique \(CSP\)](#) ne sont pas limitatives. Pour autant, leur ambition a été précisée par l'Article L. 4031-3 du CSP : elles doivent « *contribue[r] à l'organisation de l'offre de santé régionale* », ce qui les inscrit bien dans ce type de mission. D'après un rapport d'évaluation de la Cour des Comptes de septembre 2023 : « *Les URPS ont pour objectif (...) de participer à l'organisation des soins sur leur territoire. Elles contribuent ainsi à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé, et peuvent conclure des contrats avec les ARS* ».

Leurs membres sont des professionnels de santé du terrain, élus parmi les syndicats de professionnels représentatifs. Elles ont la connaissance des territoires, des enjeux médicaux et, comme l'indique la Cour des Comptes, la capacité de travailler en bonne intelligence avec les ARS.

Si les URPS médecins sont les premières concernées par la médicalisation des territoires, elles ne pourront agir efficacement qu'en pleine coordination avec les **URPS des neuf autres professions** : pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, biologistes, sages-femmes et orthoptistes.

Ce choix exige deux autres points de vigilance : **la prise en compte de tous les modes d'exercice du privé comme du public** et **la décentralisation du pilotage des actions à l'échelle des territoires**. Le premier point devrait être géré facilement puisque la mission des URPS dans l'organisation des soins implique déjà la prise en compte de tous les modes d'exercice. Pour le second, les URPS pilotent déjà des organisations territoriales comme les CPTS et sont composées de professionnels de terrain provenant des territoires. Cette mission pourrait donner lieu à une **contractualisation des URPS médecins avec les ARS** précisant la nature de la mission, sa durée et les objectifs attendus.