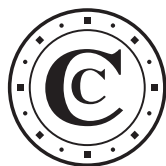


Cour des comptes



LES AIDES À L'INSTALLATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX

Recentrer les aides sur les besoins
en santé de la population

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Novembre 2025

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE I UN DISPOSITIF D'AIDES FINANCIÈRES MORCELÉ ET PEU LISIBLE, À RECENTER SUR LES OBJECTIFS SANITAIRES.....	16
I - DES AIDES À L'INSTALLATION DES MÉDECINS, DISPERSÉES AU-DELÀ DES SEULS TERRITOIRES DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS	16
A - Huit dispositifs sur les zones d'intervention sanitaire pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux médecins.....	17
B - Sept dispositifs fiscaux applicables aux médecins dans des zones de développement économique et de soutien à l'emploi.....	22
C - Une refonte des dispositifs d'aides à l'horizon 2026 : des conséquences à anticiper.....	24
II - DES EFFETS DE BORD ET UNE FORTE CONCENTRATION DES AIDES	26
A - Des interactions entre les zonages non maîtrisées	26
B - Des zonages multipliant les effets de frontière et la concurrence entre territoires	32
C - Une concentration des aides à des niveaux inefficients	35
III - UN DISPOSITIF MAL RENSEIGNÉ, INUTILEMENT COMPLEXE ET INSUFFISAMMENT CONTRÔLÉ	39
A - Des indicateurs nationaux qui surestiment l'offre médicale et fondent des zonages inadéquats	40
B - De nombreuses initiatives locales non coordonnées	42
C - Un contrôle défaillant et un coût d'administration et de gestion inconnu.....	44
CHAPITRE II REPENSER LE CADRE D'ATTRIBUTION DES AIDES FINANCIÈRES POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ	49
I - CONCENTRER LES AIDES SUR LES FACTEURS D'IMPLANTATION DES MÉDECINS. 49	49
A - Intégrer les facteurs personnels entrant dans les choix d'implantation.....	49
B - Favoriser un enracinement médical précoce dans les territoires sous-denses	51
C - Faciliter l'exercice coordonné.....	54
D - Mieux reconnaître et amplifier la contribution des médecins étrangers dans les territoires sous-denses	58
II - RÉORGANISER LES AIDES EN FONCTION DES SERVICES À RENDRE AUX PATIENTS	60
A - Mieux relier les aides de la Cnam aux services rendus aux patients.....	60
B - Intégrer les besoins de santé prioritaires et prendre en compte des indicateurs complémentaires	64
III - COORDONNER LES AIDES GRÂCE À UN SCHÉMA DÉPARTEMENTAL D'INITIATIVES CONCERTÉES	71
A - Mieux valoriser le potentiel pluriprofessionnel mobilisable	71
B - Établir une stratégie collective d'implantation des médecins et des autres professions de santé	75
LISTE DES ABRÉVIATIONS	85
ANNEXES	89

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres qui la composent (hors chambre du contentieux) ou par une formation associant plusieurs de ces chambres ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

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

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

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

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

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

**

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

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 2 juillet 2025, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête relative aux aides à l'installation versées aux médecins libéraux, directes et fiscales, dans un contexte où ce sujet avait été initialement proposé et soutenu par un nombre important de citoyens sur la plateforme de participation citoyenne ouverte par la Cour.

Cette demande a été acceptée par le Premier président par lettre du 16 juillet 2025, répondant favorablement à la demande d'une vision consolidée des aides directes et fiscales des médecins libéraux, approfondie par une analyse territoriale en complément, consacrée à la région Centre-Val de Loire, pour établir un diagnostic plus fin.

Le rapport a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes. L'enquête a concerné le ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, le ministère de l'économie des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, le ministère de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, la caisse nationale de l'assurance maladie, les agences régionales de santé, le Centre national de gestion. En complément, un sondage a été réalisé auprès de l'ensemble des départements, en coopération avec Départements de France. L'instruction a aussi sollicité les différentes entités concernées par les aides à l'installation dans la région Centre-Val de Loire, notamment l'agence régionale de santé, le président du conseil régional et les présidents des conseils départementaux, les présidents des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, le président de l'union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux, les directeurs de caisses primaires d'assurance maladie, les deux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires de Tours et d'Orléans, le doyen de la faculté de médecine de Tours et plusieurs coordonnateurs de spécialités médicales.

Des travaux quantitatifs ont été réalisés sur les données fiscales des médecins libéraux, de même que sur les aides à l'installation versées par l'assurance maladie, par les agences régionales de santé et par le Centre national de gestion. Les aides versées par les collectivités territoriales (régions, départements, communes et intercommunalités) ont été recensées à partir d'une revue de la littérature, à défaut d'autre source disponible. Des notes des conseillers sociaux des ambassades de France en Allemagne, au Canada, au Danemark, en Espagne, en Finlande, en Italie, en Norvège et en Suède ont aussi été exploitées.

**

Le projet de rapport a été préparé puis délibéré le 23 octobre 2025, par la sixième chambre présidée par M. Lejeune, président, composée de M. Machard, président de section, Mmes Régis et Soussia, présidentes de section, MM. Bessette, Guegano et Moguerou, conseillers maîtres, ainsi que M. Descrozaille, conseiller maître en service extraordinaire, MM. Causse et Grignon, conseillers référendaires en service extraordinaire, Mme Chabot et M. Lalaguë, *data scientists*, en tant que rapporteurs et, en tant que contre-rapporteur, M. Yves Colcombet, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Oseredczuk, président de section, représentant Mme Thibault, présidente de la cinquième chambre, M. Savy et Mme Karbouche, présidente et président de section, représentant M. Bertucci, président de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Mouysset, Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, Mme Hamayon, Procureure générale, a été consulté sur le projet de rapport le 30 octobre 2025. Le Premier président en a approuvé la publication le 7 novembre 2025.

**

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

Synthèse

Depuis plusieurs années, la France souffre, comme nombre de ses partenaires européens, d'une démographie médicale défavorable. Dans le même temps, le vieillissement de la population, fruit, notamment, des progrès médicaux, a accru la tension de la demande face à cette offre qui s'est contractée. Ce contexte a conduit les pouvoirs publics (ministère chargé de la santé, caisse nationale de l'assurance maladie, collectivités territoriales) à prendre des mesures destinées à atténuer cette tension dans les espaces géographiques les plus affectés depuis un certain nombre d'années. Pour autant, la situation devrait perdurer puisque ce n'est que dans plusieurs années que la densité médicale, corrigée des effets du vieillissement de la population, pourrait revenir à son niveau de 2021. Dès lors, à court-terme, les mesures prises ne pourront, au mieux, que réduire les inégalités d'accès aux soins entre les territoires, sans compenser le manque global.

Un enchevêtrement d'aides de natures différentes, émanant de divers prescripteurs et insuffisamment pilotées

La présente enquête se fonde sur l'analyse entre les années 2016 à 2023 d'une grande partie des aides à l'installation des médecins libéraux apportées par l'État et par la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Certains de ces dispositifs sont appelés à être modifiés en 2026, comme les aides de la Cnam, ou sont susceptibles de l'être dans le cadre de loi de finances pour 2026, comme les aides fiscales conditionnées par l'installation dans certains territoires.

Au moins quinze aides différentes (en termes de conception, de gestionnaires, des zones où elles s'appliquent) se juxtaposent, qu'il s'agisse d'aides accordées aux jeunes médecins (ou aux étudiants en médecine) pour qu'ils s'engagent à s'installer et à rester dans des territoires manquant de médecins (« zones sanitaires ») ou d'exonérations fiscales portant tant sur les bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux que sur la fiscalité locale, et attribuées en raison de leur installation dans des zones à finalité économique (« zones économiques »). Les zones d'éligibilité à ces aides, telles que les zones franches urbaines (ZFU) et les zones France ruralités revitalisation (FRR, ex-ZRR), ne coïncident pas nécessairement avec les zones sanitaires définies.

Les seules aides financières attribuées aux médecins installés et aux étudiants s'engageant à s'installer dans certaines zones fragiles économiquement ou sur le plan de l'accès aux services de santé se sont élevées à environ 205 M€ en 2023 et ont bénéficié à 15 000 médecins et à 2 000 étudiants en médecine. Une moitié de ces aides a été attribuée au titre des zones sanitaires et l'autre au titre des zones économiques.

De cette situation, les constats suivants peuvent être tirés :

- le nombre des divers régimes d'aide et leur absence de cohérence les rendent peu compréhensibles et opaques, ce qui entraîne leur méconnaissance de la part des jeunes médecins en phase d'installation, leur utilisation par un nombre restreint de bénéficiaires (à l'exception des aides accordées par la Cnam) et des coûts de gestion élevés au regard des montants versés ;

- les zonages se concurrencent, entre ceux visant à favoriser l'installation des médecins et ceux s'appliquant au soutien général de l'activité et de l'emploi, pour lequel les médecins peuvent prétendre à d'importantes exonérations fiscales et réductions d'impôts, sans contrepartie en termes de services rendus aux patients ;
- 3 000 médecins, dont 2 280 généralistes et 720 autres spécialistes, bénéficient de près de 60 % de l'ensemble des aides fiscales et de la Cnam, principalement en raison des exonérations dans les zones rurales et dans les ZFU (nombres à rapporter aux 241 255 médecins actifs installés, libéraux ou salariés, dont 102 065 généralistes et 139 190 autres spécialistes) ;
- les zonages médicaux ouvrant l'éligibilité aux aides sont objectifs dans leur construction mais prennent insuffisamment en compte l'origine de la carence sanitaire qui peut résulter de la pénurie de plusieurs professions de santé et non des seuls médecins, pour répondre aux besoins de la population concernée ;
- le respect des engagements auxquels les médecins souscrivent lorsqu'ils perçoivent une aide au titre du zonage sanitaire n'est pas efficacement contrôlé.

En outre, à la superposition des aides en faveur des zones sanitaires et des aides fiscales pour les zones économiques, s'ajoutent les soutiens financiers que peut accorder chacun des échelons des collectivités territoriales. À la différence des aides établies au niveau national, celles de ces collectivités territoriales ne peuvent pas être évaluées aujourd'hui mais les initiatives sont nombreuses et les dépenses consenties sont importantes. Elles pourraient même se révéler supérieures à celles versées par l'État. Cette situation accentue la confusion et engendre des concurrences inopportunes entre les dispositifs comme entre les territoires.

Une efficacité des aides non démontrée, qui ne répond que partiellement aux critères de choix des médecins pour décider de leur lieu d'exercice

Les conclusions de plusieurs études émanant de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ou du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) s'accordent pour relever le rôle marginal d'une aide financière à l'installation dans un territoire sous-dense en médecins par rapport à d'autres paramètres de choix. Tel est aussi le constat des représentants des médecins, ainsi que des étudiants et des internes, exception faite des bourses d'études (contrats d'engagement de service public). La qualité de l'environnement professionnel pèse davantage dans les décisions d'installation que les avantages financiers : les jeunes médecins généralistes craignent notamment de devoir faire face, seuls, à une demande qui peut se révéler insoutenable pour eux si un écosystème de santé local comprenant des confrères pour un exercice collégial, des collègues de différentes spécialités, des pharmaciens, des laboratoires, des centres d'imagerie, n'est pas en mesure de compléter leur action.

D'autres facteurs comme la présence de services publics locaux (crèches, équipements sportifs, culturels, etc.) ou la possibilité pour la conjointe ou le conjoint de trouver un emploi à proximité, sont largement pris en compte. Des travaux d'enseignants-chercheurs de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) montrent que les aides financières n'ont un effet significatif sur la densité médicale dans les territoires sous-dotés que lorsqu'elles interviennent dans un contexte

d'exercice collectif, notamment *via* les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Isolées, leur impact est faible.

Les objectifs et modalités d'application des aides à l'installation des médecins sont donc à revoir. En premier lieu, il convient de ne pas reconduire celles qui sont peu utilisées comme le contrat de début d'exercice et l'exonération sociale pour les installations en zone sanitaire¹, qui avaient fait l'objet d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Pour autant, l'article 21-II du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, examiné en conseil des ministres le 23 octobre 2025, propose la création d'un nouveau contrat, dit « de praticien territorial de médecine ambulatoire » (PTMA). Ce dernier risque, à l'instar de ses prédécesseurs tels que le contrat de début d'exercice, de ne rencontrer qu'une modeste adhésion.

En deuxième lieu, le bénéfice des aides dirigées vers les territoires économiques comme les zones FRR (ex-ZRR) et les ZFU devrait, dans le cas des médecins, être supprimé car ces aides sont coûteuses et ne produisent aucun effet tangible dans la lutte contre les déserts médicaux. Une part du gain budgétaire qui en résulterait pourrait être réaffectée au soutien financier à l'exercice collectif en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), dont l'efficacité est démontrée dans des études françaises et internationales.

Or, l'article 12 du projet de loi de finances pour 2026, déposé le 14 octobre 2025 devant l'Assemblée nationale, propose d'étendre aux médecins libéraux s'installant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) une exonération de leurs bénéfices non commerciaux sur huit ans, comparable à celle qui prévaut, au moins jusqu'à la fin 2025, pour les médecins installés en zones franches urbaines (ZFU). Cette mesure serait coûteuse car elle s'appliquerait à un nombre de communes et à une population vivant en QPV bien supérieurs à celles des ZFU ; elle ajouterait davantage de confusion entre les différentes aides territorialisées accordées aux médecins (aides à vocation sanitaire et aides visant des zones économiques). Enfin, elle engagerait en 2026 une nouvelle période de huit années d'exonération pour ses bénéficiaires.

En troisième lieu, des travaux de recherche montrent que l'origine géographique du futur médecin joue un rôle majeur dans son implantation ultérieure et la spécialité qu'il choisit. La diversification de l'origine géographique et sociale des étudiants en médecine doit donc être un objectif². Les étudiants originaires d'une zone rurale sont, en effet, plus enclins à exercer en zone rurale et à le faire en tant que généralistes que ceux provenant des grandes villes. Permettre à des élèves de lycée de choisir une option « santé » avant le baccalauréat, proposer comme le font déjà certaines unités de formation et de recherche (UFR) en santé de suivre la première année des études de médecine à distance, dans les territoires médicalement sous-denses (Nevers, Pau, *etc.*), ou favoriser les stages de deuxième cycle et d'internat dans les territoires

¹ Cette exonération qui bénéficie à d'autres professionnels de santé conventionnés, n'a qu'un faible intérêt pour les médecins, au regard de l'importante exonération des cotisations d'assurance maladie et familiales dont bénéficient 80 % des médecins libéraux conventionnés.

² La Cour des comptes avait déjà recommandé, dans sa communication au Sénat sur l'accès aux études de santé de décembre 2024, la constitution d'une offre territoriale de formations donnant accès aux études de santé et le développement de dispositifs d'orientation des lycéens ruraux ou issus de milieux socialement défavorisés, afin de les encourager à rejoindre les filières de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie. Cour des comptes, *L'accès aux études de santé, quatre ans après la réforme, une simplification indispensable*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

sous-dotés serait plus efficace que s'appuyer sur les aides financières à l'installation aujourd'hui en vigueur.

Un nécessaire recentrage sur les besoins de la population et sur la coordination pluriprofessionnelle, à un échelon local pertinent

La délimitation des zones éligibles aux aides à l'installation des médecins est fondée sur une mesure de l'adéquation entre l'offre et la demande potentielle de soins sur un territoire. Cette mesure statistique, quoiqu'objective, n'est pas suffisante pour réorganiser les aides sur le fondement du seul zonage sanitaire actuel. Les données de santé relatives à la population du territoire doivent permettre de mieux tenir compte des besoins de santé prioritaires.

En témoignent, par exemple, les situations locales tendues observées dans la région Centre-Val de Loire, dont la situation a fait l'objet d'une analyse approfondie³. Ces besoins prioritaires peuvent être analysés au moyen d'indicateurs de santé existants, mis à la disposition des parties prenantes au niveau départemental, pour mieux cibler et coordonner leurs interventions : surplus de passage aux urgences pour des besoins relevant pour partie du suivi en médecine de ville, nombre de patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant, taux de fuite⁴ des patients lorsque ces derniers sont tenus de se déplacer loin de leur département ou de leur région pour se faire soigner, patients bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire en difficulté pour consulter un médecin éloigné géographiquement, taux de dépistage du cancer du sein et du cancer du côlon, etc..

L'enrichissement des critères sur lesquels devraient être fondées les aides doit être accompagnée d'une meilleure coordination des financeurs.

Si les interventions sont insuffisamment coordonnées au niveau national, elles le sont encore moins avec celles des collectivités territoriales. Trois orientations peuvent améliorer, sur ce plan, l'efficacité des actions des pouvoirs publics :

- valoriser l'exercice regroupé et pluriprofessionnel (par exemple, entre gynécologues et sages-femmes, ou avec les pharmaciens et les infirmiers) en relation avec des besoins de soins qui nécessitent souvent des interventions conjuguées ou des parcours de soins cohérents ;
- considérer que l'offre médicale dans les zones sous-denses doit s'apprécier en tenant compte aussi de l'exercice salarié devenu majoritaire, toutes spécialités confondues, dans les établissements de santé (actes et consultations externes) et les centres de santé ;
- rationaliser et simplifier l'éventail des aides de l'État, de l'assurance maladie et des collectivités territoriales, en organisant une concertation entre ces financeurs, de manière à établir des schémas concertés d'intervention en matière d'installation de médecins libéraux puis à organiser des appels à manifestation d'intérêt conjoints en vue d'attribuer les aides.

Une telle coordination pourrait être organisée à l'échelle des départements, au regard des mérites et limites comparés des différents niveaux de concertation et d'action envisageables.

³ Cf. annexe n °3.

⁴ Le taux de fuite exprime la proportion des patients qui, pour accéder aux soins, sont tenus de se déplacer en dehors de leur département de résidence.

Recommandations

1. Supprimer, à partir du 1^{er} janvier 2026, l'avantage de l'exonération fiscale des bénéficiaires non commerciaux pour les médecins libéraux s'installant dans les zones France ruralités revitalisation, les zones franches urbaines et les zones d'aides à finalité régionale, en respectant la clause de non rétroactivité pour les mesures fiscales pluriannuelles, et ne pas accorder cette exonération aux médecins libéraux s'installant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (*ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, ministre de l'action et des comptes publics, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation*).
2. Supprimer, à partir du 1^{er} janvier 2026, les deux dispositifs issus de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : contrats de début d'exercice et exonérations sociales (*ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
3. Limiter, à partir du 1^{er} janvier 2026, à dix ans la durée de perception de l'aide versée au titre du contrat d'engagement de service public (CESP) et contrôler le respect de l'engagement d'exercice et de sa durée en zone sous-dense des médecins ayant bénéficié de cette aide pendant leurs études (*ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*).
4. Identifier, d'ici à la fin de 2026, dans la nomenclature fonctionnelle des dépenses des collectivités territoriales, les aides financières directes aux professionnels de santé (*ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, ministre de l'action et des comptes publics, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation*).
5. D'ici à la fin de 2026, établir un schéma départemental d'initiatives concertées pour les aides à l'installation des médecins, afin d'organiser la cohérence des interventions financières de l'État, de l'assurance maladie et de l'ensemble des collectivités territoriales, en fonction des besoins de santé de la population du territoire (*ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation*).
6. À partir de 2027, attribuer les aides financières aux médecins dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt pour la mise en œuvre du schéma départemental d'initiatives concertées (*ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, caisse nationale d'assurance maladie*).
7. D'ici la fin de 2026, pour soutenir la concertation locale dans l'élaboration du schéma départemental d'initiatives concertées, mettre à la disposition des partenaires locaux une base de données commune sur les besoins et sur l'offre de soins primaires, territorialisées par département, par territoire de vie-santé, par établissement public de coopération intercommunale, par territoire de communauté professionnelle territoriale de santé et par

commune (*ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance maladie, conseil national de l'Ordre des médecins, Institut national de la statistique et des études économiques*).

8. Concevoir, d'ici à la fin de 2026, une aide financière pour réduire le coût du temps de formation obligatoire au bénéfice des médecins souhaitant revenir à la pratique de la médecine générale, après avoir arrêté cette activité pendant plus de trois ans, sous condition d'installation en zone sous-dense (*ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance maladie*).

Introduction

L'enquête relative aux « aides à l'installation des médecins libéraux » a été réalisée en réponse à une demande exprimée dans le cadre de la « plateforme de participation citoyenne » de la Cour des comptes, à l'automne 2024. Elle a aussi fait l'objet d'une saisine de la part du président de la commission des affaires sociales du Sénat le 2 juillet 2025, à laquelle le Premier président a répondu favorablement, le 16 juillet 2025.

Cette enquête s'inscrit dans un contexte marqué par une démographie des médecins défavorable, pour plusieurs années encore, en dépit de l'augmentation récente de l'effectif formé. La démographie des médecins libéraux est affectée par la modification des modes d'exercice puisque le salariat augmente quand la pratique libérale recule. Enfin, cette insuffisante densité médicale se constate alors que les besoins de soins s'accroissent, en relation avec le vieillissement de la population. Selon les projections de la Drees, ce n'est que dans plusieurs années que la densité médicale, corrigée des besoins de soins⁵, reviendra à son niveau de 2021, tant pour les généralistes que pour les autres spécialistes. Cette tension entre une offre de soins de premier recours qui se contracte et des besoins grandissants n'est pas propre à la France, au vu des comparaisons internationales, notamment en Union européenne. Plusieurs pays (Allemagne, Italie, pays nordiques) ont également mis en place des mesures volontaristes, face à la situation.

Dès lors, toute politique qui vise à atténuer les difficultés d'accès aux soins prodigués par des médecins s'apprécie en fonction de la baisse des disparités entre territoires qu'elle permet⁶.

Pour cette enquête, comme y invitait la demande citoyenne, la Cour a centré son analyse des politiques d'aides à l'installation sur les seuls médecins libéraux, donc hors médecins salariés exerçant en centre de santé, même si ces derniers participent à l'offre de soins de premier recours : médecins libéraux généralistes, tout d'abord, mais aussi médecins d'autres spécialités et particulièrement de quatre d'entre elles (gynécologie, ophtalmologie, cardiologie et pédiatrie). Par ailleurs, elle s'est spécifiquement intéressée à la situation et aux mesures mises en œuvre dans la région Centre-Val de Loire⁷, qui est l'une des régions dans laquelle la densité des professions médicales est la plus faible.

⁵ On parle alors de « densité standardisée », densité qui rapporte l'offre à la population corrigée par son besoin de soins. Ce dernier est évalué à partir des soins constatés par classes d'âges quinquennales. Aussi, le besoin de soin d'une population âgée sera-t-il plus important que celui d'une population plus jeune. La population et, de ce fait, la densité sont corrigées de cet effet de structure d'âge.

⁶ Même si les mesures favorisant l'activité des médecins en les libérant de missions confiées aux assistants médicaux ou aux pratiques avancées, d'autres professionnels de santé peuvent, à nombre de médecins identique, accroître leur offre de soins.

⁷ Cf. annexe n°3 sur la région Centre-Val de Loire.

Les analyses des aides à l'installation des médecins libéraux portent souvent sur celles dont la vocation est de les inciter à s'installer dans les territoires que la puissance publique a rendus éligibles (les zones d'intervention prioritaire ou Zip – les plus défavorisées en termes d'adéquation entre l'offre de soins et les besoins – et zones d'action complémentaire ou Zac – zones un peu moins critiques). Il s'agit essentiellement des aides, dites démographiques, accordées par la Cnam, et des diverses aides de l'État qui viennent en complément. La Cour a élargi le champ de ses investigations aux autres aides accordées aux médecins en raison de leur installation dans des zones qui ne sont pas nécessairement sanitaires. C'est en particulier le cas des zones France ruralités revitalisation (FRR - ex ZRR) et des zones franches urbaines (ZFU) qui n'ont pas été créées pour répondre à la difficulté d'attirer des médecins dans les territoires déficitaires.

L'ensemble des aides accordées par l'État et par l'assurance maladie pour faciliter l'installation des médecins, en cours de réalisation ou à venir (cas des étudiants qui perçoivent une aide pour qu'ils s'installent ultérieurement dans les zones sanitaires), a représenté en 2023 un montant de dépenses publiques d'environ 205 M€ pour 17 000 bénéficiaires, médecins ou étudiants.

La liste de ces aides n'est cependant pas exhaustive car elle ne comprend pas celles, nombreuses, émanant des collectivités territoriales, source de concurrence entre elles et vis-à-vis des aides démographiques de la Cnam comme de l'État. Pour approcher la nature et l'ampleur de ces aides des collectivités territoriales, la Cour a réalisé un sondage auprès des départements avec l'appui de Département de France⁸.

L'analyse quantitative de la Cour porte sur les années 2016 à 2023, avec une synthèse établie pour l'année 2023, dernier millésime permettant un recensement complet des aides provenant de l'État et de la Cnam. Certains dispositifs, dont ceux fondés sur l'accord conventionnel entre la Cnam et les professionnels médicaux, sont modifiés par la nouvelle convention, signée fin 2024, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026. De même, les ZRR ont été transformées en zones France ruralités revitalisation (FRR) et l'article 12 du projet de loi de finances pour 2026 propose d'étendre aux médecins s'installant en QPV les mêmes exonérations sur les bénéfices non commerciaux que celles dont bénéficient actuellement les médecins dans les ZFU. Ces évolutions, déjà décidées ou en perspective, ont été prises en considération dans l'enquête.

La première partie du rapport recense les nombreux dispositifs d'aide à l'installation des médecins. À partir d'un inventaire territorialisé des aides accordées aux médecins installés en 2023, elle analyse celles qui relèvent des aides à l'installation dans les zonages sanitaires et celles allouées dans des zones à logique économique mais non sanitaire, auxquelles s'adjoignent nombre d'aides émanant des collectivités territoriales. Enfin, elle s'intéresse au pilotage de ces dispositifs (stabilité des aides, contrôle des engagements qui en sont la contrepartie, coûts de gestion associés, etc.).

La deuxième partie du rapport vise à mesurer les effets éventuels des aides financières dans la décision d'installation des médecins dans les zones où l'offre est déficitaire. Elle s'attache à identifier les incitations ayant fait la preuve de leur efficacité pour réorganiser les aides attribuées et en améliorer la cohérence.

⁸ L'Association des maires de France et Régions de France ont reçu une proposition identique de la Cour mais elle n'a pas été suivie d'effets.

Chapitre I

Un dispositif d'aides financières morcelé et peu lisible, à recentrer sur les objectifs sanitaires

Les dispositifs d'aides à l'installation des médecins font intervenir de multiples acteurs (État, Cnam, collectivités territoriales) avec des logiques différentes, parfois éloignées de l'objectif de réduction des inégalités sanitaires entre les territoires.

Alors que le niveau des dépenses publiques de l'ensemble de ces dispositifs (hors soutiens des collectivités territoriales) est estimé à 205 M€ en 2023, leur analyse fait apparaître des effets d'aubaine et une relative inefficience. Certains médecins peuvent cumuler les aides, avec un coût élevé pour une efficacité insuffisante.

Par ailleurs, ces dispositifs sont inutilement complexes, et le respect des conditions d'attribution des aides est insuffisamment contrôlé.

I - Des aides à l'installation des médecins, dispersées au-delà des seuls territoires de lutte contre les inégalités d'accès aux soins

Quinze dispositifs d'aides sont susceptibles de bénéficier aux médecins en vue de leur installation (ou de leur future installation) et de leur maintien dans un territoire identifié comme zone de soutien sanitaire ou zone de soutien de l'emploi ou du développement économique. Ces aides qui interviennent sont, soit « directes » (versements d'une aide au médecin), soit « indirectes » (réduction d'impôt sur les bénéfices non commerciaux dégagés par le médecin ou sur des revenus spécifiques, et réduction d'impôt locaux).

En 2023, 21 000 aides ont été versées ; 19 000 d'entre elles ont bénéficié à environ 15 000 médecins (le cumul par un médecin de plusieurs aides, la même année, est possible) et environ 2 000 aides ont bénéficié à des étudiants en médecine non encore installés mais ayant signé un contrat d'engagement de service public ou CESP (cf. *infra*), pour un total d'environ 205 M€⁹.

⁹ Les données consolidées pour estimer un montant total sont diverses : certaines données sont d'ordre comptable ou budgétaire comme les aides de la Cnam, le contrat de début d'exercice ou les dépenses de contrats

A - Huit dispositifs sur les zones d'intervention sanitaire pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux médecins

Les textes définissent deux types de zones d'intervention sanitaire ouvrant droit, pour les médecins, à des aides à l'installation, qu'elles émanent de la Cnam, de l'État ou des collectivités territoriales. Ces deux catégories diffèrent en termes de difficulté pour la population à accéder aux soins et en matière d'éligibilité aux aides à l'installation pour les médecins¹⁰.

Les zones d'intervention prioritaire (Zip) sont celles où l'offre de soins est la plus faible au regard des besoins de la population. Les médecins s'installant ou se maintenant dans ces territoires sont éligibles à l'ensemble des aides sanitaires : aides de la Cnam, contrat d'engagement de service public (CESP), exonération fiscale des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins ambulatoire (PDSA)¹¹, contrat de début d'exercice avec l'Etat (CDE). Ils le sont aussi aux aides que les collectivités territoriales peuvent verser pour favoriser l'installation ou le maintien de médecins sur leur territoire¹².

Les zones d'action complémentaire (Zac) couvrent les territoires où l'offre de soins est insuffisante, mais dans une moindre mesure que dans les Zip. Les médecins s'installant ou se maintenant dans ces territoires sont éligibles au CDE, au CESP ou aux aides des collectivités territoriales, mais ils ne le sont pas aux deux aides sanitaires les plus généreuses que sont les aides de la Cnam et l'exonération des rémunérations tirées de la PDSA.

d'engagements de service public (CESP) versées aux étudiants ; d'autres sont calculées sur le fondement des exonérations de bénéfices non commerciaux des médecins issues des liasses fiscales (données de réductions d'impôts) ; d'autres, enfin, sont estimées par la Cour (dépenses de CESP qui ont été perçues par les médecins installés en 2023).

¹⁰ Cf. arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthode applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

¹¹ Article 151 ter du code général des impôts.

¹² Article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales.

La détermination des Zip et des Zac

Les Zip et les Zac sont déterminées au sein des 2 800 territoires de vie-santé (TVS) que compte la France, en fonction des possibilités d'accès aux équipements et services de santé les plus fréquents¹³. Le TVS est défini selon une logique proche du découpage en « bassins de vie » de l'Insee.

Pour choisir les TVS qui seront classés en Zip (zones les plus déficitaires) puis, si nécessaire, en Zac (zones sous-denses, mais dans une moindre mesure), les agences régionales de santé (ARS) recourent à un indicateur de référence : l'accessibilité potentielle localisée (APL), qui traduit la plus ou moins grande facilité pour un patient habitant sur ledit territoire à obtenir une consultation auprès d'un médecin généraliste. Cette cotation tient compte de la disponibilité des médecins et du besoin en soins de la population du territoire, notamment en fonction de son âge. L'indice traduit un niveau d'adéquation entre l'offre et la demande de soins de ville sur un territoire délimité. Le niveau d'APL d'un TVS conduit, s'il est inférieur à certaines limites, à son classement en Zac ou en Zip¹⁴.

Toutefois, les ARS peuvent, en fonction de leur appréciation du contexte local, s'écarter partiellement ou totalement de cette méthode¹⁵.

L'ensemble de ce processus est encadré aux niveaux national et régional, par un arrêté ministériel qui fixe, par région, un plafond de population couvert par les Zip et les Zac. Ainsi, selon l'arrêté du 1^{er} octobre 2021 modifiant celui du 13 novembre 2017, pour les zonages concernant les médecins au niveau national, les Zip ne peuvent pas couvrir plus de 30,2 % de la population, et les Zac sont limitées à 42 % de la population. Ces plafonds sont élevés puisqu'ils aboutissent à ce que près des trois quarts de la population française résident dans une zone qualifiée de sous-dotée en médecins.

Les zones sont déterminées par un arrêté du directeur général de l'ARS, pris après concertation avec l'union régionale des professions de santé (URPS) concernée et après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), au sein de laquelle sont représentées les collectivités territoriales et les associations d'usagers.

Huit aides différentes sont attribuées dans le cadre du zonage sanitaire, dont quatre par la Cnam et quatre par l'État.

Les quatre aides de la Cnam, dites « démographiques », sont en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2025. Créées par la convention médicale de 2016, il s'agit de contrats passés entre la Cnam et un médecin ou futur médecin, qui poursuivent quatre objectifs principaux que sont l'aide à l'installation dans une Zip, l'aide au maintien en Zip, l'aide au remplacement d'un médecin installé en Zip et partant à la retraite, et enfin, le renforcement ponctuel de l'offre en Zip en favorisant des interventions de médecins qui n'y sont pas installés mais qui y interviennent.

Deux contrats mobilisent 96 % des aides versées par la Cnam et bénéficient à 96 % des médecins qu'elle aide :

- le contrat d'aide à l'installation des médecins (Caim) qui se traduit par une aide de 50 000 € versée en deux ans, en contrepartie d'un engagement du praticien à demeurer installé dans

¹³ Le territoire de vie-santé, qui peut parfois se situer sur plusieurs départements ou régions, regroupe en général une ou plusieurs communes : ainsi, il reflète l'organisation des déplacements courants sur ce territoire.

¹⁴ Les territoires de vie santé les moins dotés au regard des besoins de soins de premier recours de leur population ont les niveaux d'APL les plus faibles.

¹⁵ À l'instar, par exemple, de l'ARS Occitanie qui ne suit pas strictement la méthode d'APL croissante, en classant en Zip ou en Zac les TVS situées en zones de montagne (zones « Massif Montagne ») mais pas celles du littoral, et en faisant bénéficier tous les QPV d'un classement Zip ou Zac ; l'Île-de-France s'écarte aussi de l'application du seul critère APL.

le territoire durant cinq ans ; en 2023, environ 1 500 médecins en ont bénéficié, pour une dépense de 36,1 M€ (France entière) ;

- le contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Coscom) qui se traduit par le versement d'une aide de 5 000 € par an à un médecin, déjà installé en zone d'intervention prioritaire, qui s'engage à y demeurer durant trois ans ; ce contrat est reconductible tacitement tous les trois ans ; un peu plus de 3 100 médecins en ont bénéficié en 2023, pour une dépense de 15 M€ (France entière).

Deux autres aides de moindre enjeu financier reposent, l'une, sur le contrat de transition pour les médecins (Cotram), destiné aux médecins installés en zone sous-dense proches de la retraite, pour faciliter leur remplacement à venir ; l'autre sur le contrat de solidarité territoriale médecins (CSTM), pour renforcer ponctuellement l'offre en zones sous-denses en favorisant les interventions de médecins qui n'y sont pas installés. En 2023, ces deux aides ont concerné près de 190 médecins pour une dépense de 2,1 M€.

Ces quatre contrats sont exclusifs les uns des autres (pas de possibilité de cumul). En 2023, environ 4 800 médecins, dont 80 % de généralistes et 20 % des autres spécialités, étaient liés par ces contrats avec la Cnam sur l'ensemble du territoire national, pour une dépense qui s'est élevée à 53,1 M€¹⁶.

L'État propose, quant à lui, quatre dispositifs contractuels d'aide applicables dans les zones sanitaires.

Le premier d'entre eux, le plus ancien, est le contrat d'engagement de service public (CESP), créé en 2009 et destiné aux étudiants pour qu'ils s'installent en zone d'intervention sanitaire à l'issue de leurs études. En exécution de ce contrat, l'État verse une « bourse » de 1 200 € bruts par mois¹⁷ à l'étudiant en médecine qui s'engage, en contrepartie, à s'installer en zone sous-dense (Zip ou Zac) et à y exercer pendant une durée au moins égale à celle durant laquelle il a perçu l'aide¹⁸. Un délai intermédiaire de trois ans peut lui être laissé avant de s'installer, au cours duquel il peut accomplir des remplacements.

¹⁶ Dont 51,7 M€ pour environ 4 700 médecins en France hexagonale.

¹⁷ Un peu plus de 1 100 € après prélèvement de la contribution sociale généralisée (CSG).

¹⁸ Le non-respect de cette double clause (engagement en zone sous-dense et durée minimale de maintien dans cette zone) entraîne un remboursement de toutes les sommes perçues et une pénalité additionnelle qui peut aller jusqu'à 20 000 € ; la durée minimale d'engagement en zone sous-dense est de deux ans (i.e. : pour un étudiant qui aurait perçu l'aide moins de deux ans, la durée minimale de service requise en Zip ou Zac est néanmoins de deux ans).

Le contrat d'engagement de service public

Le contrat d'engagement de service public (CESP) ne s'adresse qu'aux futurs médecins généralistes ou odontologues. Il a été géré par le Centre national de gestion (CNG) jusqu'à la fin de l'année 2024 et l'est aujourd'hui par l'Agence de services et de paiement (ASP). Ce contrat couvre la durée pendant laquelle l'aide financière est versée à l'étudiant pendant ses études ; il couvre ensuite la durée d'exercice dans une zone sous-dense, qui doit être au moins égale à la précédente.

À la fin de 2022, 3 700 CESP de médecins généralistes avaient été signés depuis le lancement de cette aide (lors de l'année universitaire 2010-2011). A la même date, 1 800 de ces contrats donnaient encore lieu à des versements (en cours d'études universitaires) et 1 900 contrats signés étaient parvenus au terme de cette première étape (post-études universitaires). Selon les données du CNG, parmi les 1 900 contrats post-études, 1 000 médecins étaient installés fin 2022, un peu moins de 500 médecins avaient achevé leurs études mais n'étaient pas encore installés, et un peu plus de 400 contrats¹⁹ avaient été annulés (selon des données direction générale de l'offre de soins, fondées sur celles du CNG).

Le délai moyen de perception de l'aide est long, en relation avec la durée des études de médecine, de sorte que l'aide est onéreuse : elle est perçue en moyenne pendant près de cinq ans, ce qui correspond à 70 000 € environ par médecin aidé. La durée peut être bien plus étendue : en 2024, près de 50 contrats dataient de 10 ans et plus, ce qui nécessite de contrôler l'usage de cette aide. Le respect de la durée de l'engagement en zone sous-dense impose un suivi des carrières, peu réalisé actuellement.

Un plafond de durée de perception de l'aide, de 10 ans, pourrait être fixé, durée cohérente avec celles des études. Le contrat pourrait être complété par un volet de soutien et de conseil à l'étudiant pour faciliter son installation en tant que médecin libéral (projet professionnel, cadre juridique, fiscal et social, etc.).

Bien que spécifiquement ciblé sur les étudiants, le nombre de contrats signés n'a jamais excédé 80 % du contingent de contrats proposé chaque année par un arrêté ministériel.

En 2023, 32,9 M€ d'aides ont été versés sur le fondement du CESP à des étudiants en médecine se destinant à être généralistes.

Environ 170 médecins sous CESP se sont installés au cours de l'année 2023 après avoir perçu, au cours de leurs études, un total d'aide estimé par la Cour à 12,4 M€, à partir des données CNG et de celles fournies par les ARS. L'aide moyenne perçue durant leurs études par ces médecins est donc de l'ordre de 73 000 €.

Enfin, les 1 200 médecins installés au 31 décembre 2023 qui ont bénéficié d'un CESP depuis que ce dispositif existe (selon les données du CNG), ont perçu 80 M€ d'aides au cours de leurs études, soit un ratio moyen de 67 000 € par médecin.

Deux autres aides, créées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 en remplacement des contrats de praticiens, sont restées assez confidentielles (cf. annexe n° 1) :

- le contrat de début d'exercice (CDE), initialement utilisé pour aider à l'installation ou au remplacement d'un médecin en Zip ou en Zac, et dont seul le versant « remplacement » est aujourd'hui conservé. Il s'agit d'une aide différentielle qui garantit une rémunération mensuelle minimale au médecin ; environ 350 CDE étaient en vigueur en 2023, selon les

¹⁹ Soit environ 10 % de l'ensemble des contrats ayant été signés.

données communiquées par les ARS, pour une dépense de 2,7 M€. Ces contrats de deux ans correspondent donc à des flux annuels de moins de 200 unités (soit moins de deux contrats par département) ;

- une exonération de cotisations sociales durant 24 mois pour les médecins s'installant en zone sous-dense, dont le coût a été estimé à environ 0,8 M€ pour l'année 2023.

Le succès modeste rencontré par ces deux dispositifs et les coûts de gestion qu'ils engendrent inévitablement, invitent à leur suppression²⁰. Toutefois, l'article 21-II du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, examiné en conseil des ministres le 23 octobre 2025, propose la création d'un nouveau contrat, dit de « praticien territorial de médecine ambulatoire » (PTMA). Au vu du relatif échec de ces précédents types de contrats de l'État pour l'installation des médecins, ce nouveau PTMA pourrait également ne pas trouver son public, tout en engendrant des coûts de gestion pour sa mise en place, sa promotion, et le suivi de son utilisation.

La quatrième aide de l'État associée au zonage sanitaire²¹ consiste en une exonération fiscale des versements reçus de l'assurance maladie par les médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en zone d'intervention prioritaire (cf. annexe n° 2). Ce complément de rémunération est exonéré d'impôt, dans la limite de 60 jours par an²². Selon les données de la direction de la législation fiscale, près de 9 000 médecins en bénéficient, pour un coût d'exonération de 31,2 M€, ce qui correspond à une réduction d'impôt moyenne par praticien de 3 500 €.

Tableau n° 1 : nombre de médecins bénéficiaires des aides au titre des zones sanitaires et montants accordés en 2023 (France entière)

	Aides non fiscales		Aides fiscales	
	Montant (M€)	Nombre de médecins (ou d'étudiants) bénéficiaires	Montant (M€)	Nombre de médecins bénéficiaires
Contrat d'aide à l'installation des médecin (Cnam)	36,1	1 491	-	-

²⁰ Comme l'ont proposé les deux députés, MM. Jean-François Rousset et Yannick Monnet, rapporteurs de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Jean-François Rousset, Yannick Monnet, *Les dispositifs d'aide directe à l'installation des jeunes médecins*, chapitre 3 du rapport n° 1649 déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux du printemps de l'évaluation, 11 juin 2025.

²¹ N'est pas examiné ici, car trop récent, le dispositif d'exonération de cotisations sociales des revenus des médecins exerçant en cumul emploi-retraite dans une zone prioritaire, institué par la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 (art. 6) et précisé par le décret n° 2025-810 du 13 août 2025 (plafond du revenu exonéré fixé à 70 000 €).

²² Cette exonération est exclusivement prévue pour les revenus professionnels de la permanence des soins ambulatoires, et non pour ceux issus de la participation à la permanence des soins en établissement de santé (PDS-ES), missions attribuées par les agences régionales de santé dans le cadre des schémas régionaux de santé mais qui peuvent concerner des médecins libéraux. Les revenus issus de la PDS-ES d'un urgentiste libéral ont fait l'objet d'un redressement fiscal confirmé par la cour administrative d'appel (CAA) de Douai, 17 décembre 2020, n° 18DA02506.

	Aides non fiscales		Aides fiscales	
	Montant (M€)	Nombre de médecins (ou d'étudiants) bénéficiaires	Montant (M€)	Nombre de médecins bénéficiaires
Contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Cnam)	15,0	3 125	-	-
Contrat de transition pour les médecins (Cnam)	1,1	95		
Contrat de solidarité territoriale pour les médecins (Cnam)	1,0	93		
Contrat d'engagement de service public (État) - étudiants	32,9	2 000		
Contrat de début d'exercice (État)	2,7	350		
Exonération de cotisations sociales (État)	0,8	n.c.		
Exonération fiscale pour la participation à la PDSA (État)			31,2	8 955
Total*	89,5		31,2	

* Les médecins ou futurs médecins ayant pu bénéficier de plusieurs dispositifs d'aide au cours de l'année (notamment d'une aide de la CNAM et d'une exonération fiscale au titre de la PDSA), le total des médecins n'est pas présentable, après une énumération mesure par mesure, cf. infra.

Source : Cour des comptes, d'après les données Cnam, CNG, DGOS, ARS, DGFIP-DLF

Au total, les dépenses publiques en faveur des zones d'intervention sanitaire en 2023 sont estimées à près de 121 M€, aides aux étudiants comprises (CESP). S'agissant des seuls médecins en exercice, les aides versées en 2023 ont atteint 88 M€.

B - Sept dispositifs fiscaux applicables aux médecins dans des zones de développement économique et de soutien à l'emploi

Les zones de revitalisation rurale (ZRR) ont été créées par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire (LOADT) du 4 février 1995, et réformées par la loi de finances rectificative pour 2015²³. Elles ont pour but « d'aider le développement des territoires ruraux principalement à travers des mesures fiscales et sociales. Des mesures spécifiques en faveur du développement économique s'y appliquent afin de concentrer les mesures d'aide de l'État au bénéfice des entreprises créatrices d'emplois dans les zones rurales les moins peuplées et les plus touchées par le déclin démographique et économique »²⁴. Les ZRR ont été remplacées, le 1^{er} juillet 2024, par le zonage France ruralités revitalisation (FRR), en application de la loi de finances initiale pour 2024. Ce zonage concerne les communes de moins de 30 000 habitants répondant à des critères de densité et de revenu de la population. Les

²³ Code général des impôts, art. 1465A.

²⁴ Voir Agence nationale de cohésion des territoires (ANCT), *Observatoire des territoires, données ouvertes zones de revitalisation rurale*.

avantages fiscaux liés à l'installation en zone FRR sont identiques à ceux qui prévalaient pour les ex-ZRR (réduction d'impôt sur le bénéfice non commercial des médecins notamment).

Les zones franches urbaines (ZFU) sont « *des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des périmètres géographiques dits sensibles ou défavorisés. Pour favoriser le développement économique de ces zones, les entreprises souhaitant s'y implanter peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt sur les bénéfices pendant cinq ans* »²⁵. Les avantages fiscaux (impôt sur le bénéfice notamment) consentis pour une installation en ZFU sont quasi identiques à ceux en ZRR, désormais zones FRR.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), situés en territoire urbain, satisfont à deux critères : une population minimale de 10 000 habitants et un écart minimal du revenu moyen de la population par rapport à celui du territoire national et à celui de l'agglomération dans laquelle se situe le quartier²⁶.

Les entreprises situées dans ces quartiers peuvent bénéficier d'exonérations de taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) et de cotisation foncière des entreprises (CFE)²⁷.

Pour l'ensemble de ces zones, auxquelles peuvent être ajoutées les zones à finalité régionale (ZAFR) et les bassins d'emplois à redynamiser (BER), les mesures fiscales sont destinées à lutter contre le déclin démographique ou les difficultés économiques, parfois cumulés avec la pauvreté de la population.

Au même titre que d'autres entreprises privées, les médecins libéraux sont susceptibles de bénéficier de mesures d'allègement fiscal dans des zones délimitées à des fins de développement économique. Ces dispositifs sont cumulables avec les zonages sanitaires, lorsqu'ils se superposent, augmentant le coût d'installation des médecins sans augmenter leur nombre. Lorsque les zonages ne se superposent pas, les deux catégories de dispositifs entrent en concurrence et peuvent se neutraliser, tout en coûtant de la ressource fiscale.

Quatre zonages spécifiques offrent des exonérations sur le bénéfice non commercial, et donc des diminutions d'impôts dont peuvent bénéficier les médecins (cf. annexe n° 2) :

- dans les zones France ruralités revitalisation (FRR) qui ont succédé aux zones de revitalisation rurale (ZRR), et dans les zones franches urbaines (ZFU), le bénéfice non commercial des médecins est exonéré d'impôt pendant les cinq premières années d'exercice²⁸ ; cette mesure bénéficie à un peu moins de 2 200 médecins en ZRR et à 2 900 médecins en ZFU, pour des coûts fiscaux, respectivement, de 43,4 M€ et de 32,8 M€ ;

²⁵ Article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

²⁶ Article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

²⁷ Sauf délibération contraire de la collectivité.

²⁸ Les trois années suivantes, l'exonération est progressivement réduite et disparaît à la 9^e année (avec des modalités de dégressivité de l'aide fiscale légèrement différentes en ZRR et en ZFU). Dans les ZRR, l'exonération est limitée par la règle européenne « *de minimis* » [*non curat praetor*] qui autorise les aides d'État aux opérateurs économiques jusqu'à 300 000 € sur trois ans glissants ; en ZFU, le plafond est réduit à 50 000 € sur 12 mois successifs (ou 200 000 € pour trois ans glissants).

- dans les zones à finalité régionale (ZAFR) et les bassins d'emplois à redynamiser (BER), les avantages fiscaux sont un peu moins favorables et ne concernent qu'assez peu de médecins (377), pour environ 6 M€.

Par ailleurs, une exonération de cotisation foncière des entreprises (CFE) peut être accordée par les collectivités territoriales aux professionnels²⁹, dont les médecins, dans les ZRR, les ZFU et les QPV. Les aides fiscales afférentes seraient de l'ordre de 0,7 M€³⁰ pour environ 1 600 médecins.

Au total, les aides fiscales dont ont bénéficié en 2023 les médecins, au titre des zones de développement économique et de soutien à l'emploi, se sont élevées à près de 83 M€.

Tableau n° 2 : nombre de médecins bénéficiaires des aides au titre des zones « économiques » et montants accordés en 2023 (France entière)

	Aides fiscales	
	Montant (M€)	Nombre de médecins bénéficiaires
Zones ruralité revitalisation (ex – ZRR)	43,4	2 168
Zones franches urbaines	32,8	2 900
Zones à finalité régionale et bassin d'emploi à redynamiser	6,0	377
Exonération de cotisation foncière des entreprises	0,7	1 600
Total*	82,9	

* Un médecin ayant pu bénéficier de plusieurs aides au cours de l'année (essentiellement cumul d'une exonération de CFE et d'une exonération d'impôt), le total des médecins bénéficiaires n'est pas présentable, après une énumération mesure par mesure, cf. infra.

Source : Cour des comptes, d'après les données DGFIP- DLF (Voies et moyens, tome II, du PLF 2025)

C - Une refonte des dispositifs d'aides à l'horizon 2026 : des conséquences à anticiper

Au foisonnement des conditions propres à chaque régime d'aides, s'ajoutent des modifications relativement fréquentes qui peuvent rebuter les médecins potentiellement éligibles et en concentrer le bénéfice sur ceux qui en ont développé une connaissance approfondie, deux réactions susceptibles d'en affecter sensiblement l'efficacité.

Ainsi, en 2026, le dispositif conventionnel de la Cnam connaîtra sa troisième version en 15 ans³¹. Cette volatilité est exacerbée en ce qui concerne les aides de l'État (cf. annexe n° 1) puisque, entre 2013 et 2017, quatre contrats de praticiens ont été successivement créés, poursuivant des objectifs assez comparables à ceux des contrats démographiques issus de la

²⁹ L'exonération suppose que la commune ou l'EPCI ait pris une délibération de portée générale pour instaurer l'exonération de CFE, cette exonération étant cependant présumée dans les QPV (délibération contraire possible de la part de la collectivité).

³⁰ Données obtenues auprès du département des études statistiques et fiscales (DESF) de la DGFIP.

³¹ Un premier dispositif contractuel a existé entre 2011 et 2016 ; celui de 2016 décrit dans le présent rapport sera profondément réformé en janvier 2026, comme indiqué ci-dessous.

convention professionnelle de 2016, avant d'être tous retirés en 2019 puis remplacés par le contrat de début d'exercice (CDE) et par l'exonération de cotisations sociales évoqués *supra*³².

La connaissance de ces dispositifs par un étudiant ou un médecin prévoyant de s'installer, ou récemment installé, gagnerait beaucoup à ce qu'il puisse s'adresser à une administration unique en mesure de l'informer et de le conseiller. Or, la gestion des aides et les présentations documentaires émanent aussi bien des ARS que des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ou des unions régionales de professionnels de santé (URPS), ou encore des départements³³. Cette situation n'est pas propice à une bonne utilisation des aides mobilisables par les intervenants, tant du côté des autorités publiques que de celui des bénéficiaires potentiels. En témoigne le CESP qui, bien que destiné aux étudiants, ne rencontre qu'un succès limité³⁴, et ce, en raison notamment d'une connaissance parcellaire du dispositif par ce public, selon les échanges de la Cour avec les représentants de l'association nationale des étudiants de médecine en France (Anemf)³⁵.

Le calendrier de refonte de certaines mesures, à l'horizon 2026, devrait être l'occasion de simplifier l'ensemble du dispositif.

Une première étape a d'ores et déjà été mise en œuvre via la nouvelle convention médicale publiée par arrêté du 20 juin 2024, pour application au 1^{er} janvier 2026. Elle supprime les quatre aides contractuelles décrites *supra* et instaure deux soutiens aux revenus, non soumis à une signature de contrat, pour les médecins s'installant dans les zones d'intervention prioritaire (Zip) :

- une aide au moment de l'installation de 10 000 € (montant cinq fois inférieur à celui offert par le contrat d'aide à l'installation des médecins actuel, de 50 000 €) ;
- une majoration de 10 % du forfait « médecin traitant » pour tous les médecins en Zip, majoration qui sera plus forte durant les deux premières années d'une primo-installation³⁶.

Une seconde étape, en discussion, relative aux dépenses fiscales, porte sur le devenir des zones franches urbaines (ZFU), aujourd'hui fortement aidées, et des quartiers de la politique de la ville (QPV) qui le sont plus modestement.

La simplification des dispositifs dans la nouvelle convention professionnelle conclue par la Cnam avec les médecins appelle à une rationalisation plus large des aides en zones sanitaires, notamment des aides de l'État actuelles, peu mobilisées et qu'il n'est ni nécessaire ni

³² Il s'est agi successivement du contrat de praticien territorial de médecin général (PTMG), du contrat de praticien de médecine ambulatoire (PTMA), du contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PISA) et du contrat de praticien de remplacement (PTMR) ; hormis le PTMG qui a réussi à séduire environ 450 médecins en cinq ans, ce qui reste assez modeste, les autres contrats ont été quasi inutilisés (71 PTMA, 19 PTMR et 9 PIAS).

³³ Documentation qui peut être encore plus foisonnante lorsqu'elle intègre les aides des collectivités territoriales ; cf. annexe n° 3 sur la région Centre-Val de Loire.

³⁴ La proportion de candidats signant un CESP de médecin par rapport aux contrats offerts, oscille selon les années entre 50 % et 80 %.

³⁵ ANEMF, *Contribution – Territorialisation de la formation*, janvier 2025 ; *Contribution – Universitarisation des territoires*, juin 2025.

³⁶ La majoration sera de 50 % la première année de la primo-installation, de 30 % la deuxième année, puis reviendra au « taux commun » de 10 % à partir de la troisième année.

souhaitable de proroger³⁷ ; elle appelle aussi à une rationalisation des aides accordées par les collectivités territoriales, afin d'éviter les effets de concurrences délétères et inflationnistes.

Le devenir des ZFU et des QPV, soumis à la discussion parlementaire au titre de l'article 12 du PLF pour 2026, invite à s'interroger sur la rationalité des aides fiscales aux médecins dans des zones non sanitaires. L'éventuelle extension des aides fiscales aux médecins dans les QPV (en accordant les mêmes droits que ceux des ZFU) pourrait induire une forte hausse du nombre de médecins bénéficiant d'exonérations fiscales sur leurs bénéfices non commerciaux et, de ce fait, une hausse des réductions d'impôts. En effet, la population résidant en QPV est environ trois fois plus importante que celle installée en ZFU (avec 5,5 millions d'habitants contre 1,7 million - cf. *infra*). La dépense en ZFU s'établit à près de 33 M€ en 2023. Avec une population trois fois plus nombreuse, le nombre de médecins s'installant en QPV, et les dépenses fiscales afférentes, pourraient en quelques années atteindre des niveaux nettement supérieurs à ceux constatés en ZFU.

II - Des effets de bord et une forte concentration des aides

La multiplication des dispositifs et des zones sanitaires et économiques conduit à constater des effets d'aubaine et une relative inefficience.

A - Des interactions entre les zonages non maîtrisés

Les trois principaux régimes d'aides en termes de montants (les exonérations d'impôts sur les bénéfices non commerciaux dans certaines zones, les aides démographiques de la Cnam et les dépenses du CESP versés aux médecins installés, en 2023) interfèrent entre eux et engendrent des effets d'aubaine ou des conséquences sans relation avec les objectifs poursuivis. Les avantages des zonages économiques sont significatifs et n'apportent pas une réponse efficace à la population au regard de la diversité de ses besoins en services médicaux.

³⁷ Le fait de proposer la suppression du CDE et de l'exonération additionnelle de cotisations sociales en raison de leur faible succès ne signifie pas que les aides qui ont rencontré un plus large public (comme les aides de la Cnam par exemple) sont efficaces pour attirer des médecins en zones sous-denses. La Cour n'a pas disposé des outils pour en juger. Toutefois, comme expliqué dans la deuxième partie de ce rapport, la littérature scientifique, les enquêtes auprès des médecins eux-mêmes et les études réalisées par des enseignants et chercheurs en économie de la santé démontrent que les aides ne sont pas un facteur déterminant pour l'installation des médecins, et seraient d'une efficacité limitée, hormis dans le cas des exercices regroupés.

Tableau n° 3 : nombre de médecins bénéficiaires d'aides non fiscales (Cnam et CESP) et d'aides fiscales sur les zones sanitaires et non sanitaires et montants accordées en 2023 (France entière)

	Zonage sanitaire				Zonage économique	
	Aides non fiscales		Aides fiscales		Aides fiscales	
	Montant (M€)	Nombre de médecins bénéficiaires	Montant (M€)	Nombre de médecins bénéficiaires	Montant (M€)	Nombre de médecins bénéficiaires
Aides démographiques de la Cnam	53,1	4 804	-	-	-	-
CESP versé (lorsqu'ils étaient étudiants) aux médecins installés en 2023 (estimation)	12,4	170	-	-	--	-
Exonération des revenus au titre de la PDSA	-	-	31,2	8 955	-	-
Exonération des BNC ZRR (FRR)	-	-	-	-	43,4	2 168
Exonération des BNC (ZFU)	-	-	-	-	32,8	2 900
Exonération des BNC (AFR et BER)	-	-	-	-	6,0	377
Total	65,5		31,2		82,2	

Nota : CESP (contrat d'engagement de service public), PDSA (permanence des soins ambulatoires), BNC ZRR (bénéfices non commerciaux en zone de revitalisation rurale), BNC ZFU (bénéfices non commerciaux en zone franche urbaine), AFR (aides à finalité régionale), BER (bassins d'emploi à redynamiser) ; le nombre de médecins bénéficiaires d'aides ne peut pas être totalisé puisqu'un médecin peut bénéficier de plusieurs aides en même temps.

Source : Cour des comptes, d'après les données Cnam, DGFIP-DLF

Pour analyser les aides sur le plan territorial, il est nécessaire de ne pas tenir compte des aides aux étudiants (CESP pour 32,9 M€) car elles ne sont pas encore affectées à des zones d'installation. Par convention, dans cette approche, les aides CESP pour 2023 sont intégrées en estimant le montant des aides qui ont été versées aux médecins qui se sont installés en 2023 après avoir perçu le CESP lorsqu'ils étaient étudiants (le montant estimé est de 12,4 M€). Par ailleurs, les données sur les aides de faible montant (telles que le CDE, par exemple) n'ont pas pu être réparties territorialement. Le montant des aides territorialisées atteint environ 180 M€.

L'ensemble des aides fiscales pour les médecins atteint 113,4 M€, montant nettement supérieur aux 65,5 M€ des aides démographiques de la Cnam et du CESP (les aides fiscales représentent 64 % de l'ensemble) ; 14 500 médecins sont concernés par les aides fiscales (soit 74 %) et un peu moins de 5 000 par les aides sanitaires de la Cnam et du CESP (soit 26 %).

Toutefois, en termes d'aides à l'installation en zone sanitaire ou en zone « économique », la répartition est différente. En effet, les exonérations sur les revenus perçus au titre de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) sont accordées en raison d'une installation en zone d'intervention prioritaire (Zip). En incluant ce dispositif, les aides versées aux médecins du fait de leur installation en zone sanitaire atteignent 96,7 M€ (soit 54 %), contre 82,2 M€ pour les aides fiscales en zones « économiques » (46 %). Par ailleurs, la répartition des médecins bénéficiaires s'inverse avec plus de 13 900 médecins aidés au titre des zones sanitaires (72 %) contre seulement 5 400 médecins aidés (28 %) au titre des zones de soutien économique.

Le tableau n° 4 montre que les aides fiscales induites par l'exonération des revenus au titre de la permanence des soins (PDSA) sont, en moyenne, inférieures aux aides fiscales qui résultent des exonérations sur les bénéfices non commerciaux des médecins dans les autres zones « économiques » (ZFU, ZRR, etc.).

Tableau n° 4 : aide fiscale moyenne par médecin selon l'objectif des zonages (zones sanitaires ou zones « économiques ») en 2023 (France entière)

	Zones sanitaires	Zones « économiques »		
	PDSA	ZRR	ZFU	AFR et BER
Nombre de médecins bénéficiaires	8 955	2 168	2 900	376
Montant des réductions d'impôt pour les médecins (M€)	31,2	43,4	32,8	6,0
Réduction d'impôt moyenne par médecin (€)	3 487	20 026	11 329	15 371

Nota : le nombre de médecins bénéficiaires des aides fiscales ne correspond pas à la somme des dénombrements de médecins pour chaque dispositif, puisqu'un médecin peut bénéficier de plusieurs aides en même temps (essentiellement s'il cumule une aide PDSA avec une aide au titre de son installation dans une zone de soutien économique).

Source : Cour des comptes, d'après les données de la DLF

L'exonération des revenus au titre de la PDSA est un dispositif fiscal assimilable à celui portant sur les heures supplémentaires pour les salariés. Cet avantage est plafonné en nombre de jours annuels pour la PDSA, comme il l'est, en montant, pour les heures supplémentaires (cf. annexe n° 2).

En revanche, l'exonération au titre de l'impôt sur le revenu du bénéfice non commercial des médecins libéraux dans les zones économiques (FRR ex-ZRR, ZFU, BER et AFR) est particulièrement favorable, à deux titres (cf. annexe n° 2) :

- aucune condition n'est opposable aux médecins dans la prise en compte des ressources constituant leur bénéfice non commercial ; un médecin en zone FRR (ex-ZRR) comme en ZFU est éligible, qu'il soit ou non conventionné avec l'assurance maladie, qu'il respecte ou non les plafonds d'honoraires de secteur 1 ou de secteur à honoraires maîtrisés (Optam) pour ses consultations ;
- dans les zones FRR, comme dans les ZFU, les bénéfices non commerciaux sont exonérés pendant huit ans, intégralement les cinq premières années puis selon une quotité dégressive les trois années suivantes (exonération de 75 %, puis de 50 %, et enfin de 25 % du bénéfice dans le cas des zones FRR, quotité de 60 %, de 40 % puis de 20 % en ZFU) ; toutefois, le plafonnement des exonérations de bénéfice est plus fort en ZFU qu'en ZRR (pour ces dernières, ne s'applique que la règle européenne relative aux aides d'État dite du « *de minimis* » : pas plus de 300 000 € d'exonération sur trois ans glissants, alors qu'en ZFU, la limite est de 50 000 € d'exonération pour 12 mois glissants).

À titre d'illustration, pour un médecin installé en zone FRR dont le BNC atteindrait 80 000 € par an chaque année et dont le taux moyen d'imposition serait de 20 %, l'aide fiscale cumulée au terme des huit ans s'élèverait à 104 000 €³⁸ ; pour un médecin en ZFU avec les mêmes paramètres, l'aide fiscale au bout de huit ans se limiterait à 64 000 €.

Les aides démographiques de la Cnam bénéficient à 78 % aux médecins généralistes et à 22 % aux médecins des autres spécialités. Les autres spécialistes ont toutefois une plus forte propension à signer un contrat d'aide à l'installation d'un médecin (27 % de l'ensemble de l'aide accordée au titre du Caim) qu'à s'engager sur un contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Coscom : 18 % de l'ensemble de l'aide).

La répartition est en revanche assez différente pour les baisses d'impôts : l'exonération au titre de la permanence des soins ambulatoires concerne essentiellement des généralistes, alors que la part des autres aides fiscales bénéficiant aux généralistes n'est que de 62 %.

La part des aides dont bénéficient les spécialistes (en nombre de médecins comme en montant de réduction d'impôt) est singulièrement plus forte dans les zones franches urbaines, qui sont des zones spécifiques au sein d'une ville. Cette singularité n'est pas imputable à une situation spécifique de ces zones sur le plan médical qui nécessiterait une présence massive de spécialistes. Elle traduit plus certainement des comportements opportunistes de localisation de cabinets médicaux en vue de bénéficier d'un dispositif fiscal particulièrement favorable³⁹.

Tableau n° 5 : part des médecins non généralistes dans le montant des aides versées (aides directes de la Cnam et aides fiscales) et dans l'effectif moyen des médecins bénéficiaires en 2023

	Part des non généralistes dans le montant des aides	Part des non généralistes dans l'effectif de médecins bénéficiaires
Aides directes de la Cnam	24,0 %	22,4 %
Aides fiscales sur la PDSA	1,7 %	1,6 %

³⁸ 16 000 € pendant cinq ans, puis 12 000 € la 6^e année, 8 000 € la 7^e année et 4 000 € la 8^e et dernière année.

³⁹ Les principaux spécialistes concernés sont les psychiatres, les cardiologues, les gynécologues.

	Part des non généralistes dans le montant des aides	Part des non généralistes dans l'effectif de médecins bénéficiaires
Aides fiscales en ZRR	19,8 %	14,9 %
Aides fiscales en ZFU	48,0 %	47,0%

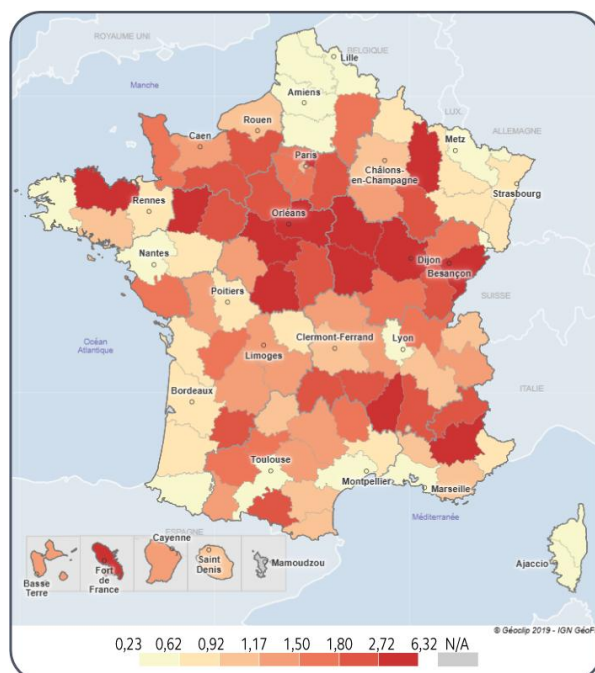
Source : Cour des comptes, d'après les données DGFIP et Cnam, appariées en nombre de médecins selon le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), un médecin pouvant cumuler plusieurs aides

Concernant les cardiologues, ophtalmologistes, pédiatres et gynécologues, un peu moins de 300 médecins étaient liés par un contrat d'aide avec la Cnam en 2023 (153 en Coscom et 145 en Caim), pour un total d'aide de 3,9 M€ (3,3 M€ au titre des Caim et 0,6 M€ au titre des Coscom). Les aides fiscales pour ces quatre catégories sont plus élevées, avec un total de 8,3 M€ (dont 4,8 M€ au titre des ZFU et de 3,3 M€ au titre des ZRR et ZFR, ce qui confirme l'appétence plus prononcée des spécialistes pour les ZFU⁴⁰).

La dualité des aides se reflète dans la cartographie départementale.

En montant par habitant, les aides sanitaires à l'installation sont les plus élevées dans les régions et départements où l'offre de médecins généralistes est la plus faible. C'est tout particulièrement le cas des départements de la région Centre-Val de Loire, d'une partie de ceux de Bourgogne-Franche-Comté, de ceux d'Auvergne-Rhône-Alpes et d'Île-de France, hors Paris (cf. carte n° 1, ci-dessous).

Carte n° 1 : intensité des aides sanitaires, des aides démographiques et de l'exonération sur les revenus de PDSA selon les départements, en montant par habitant, en 2023

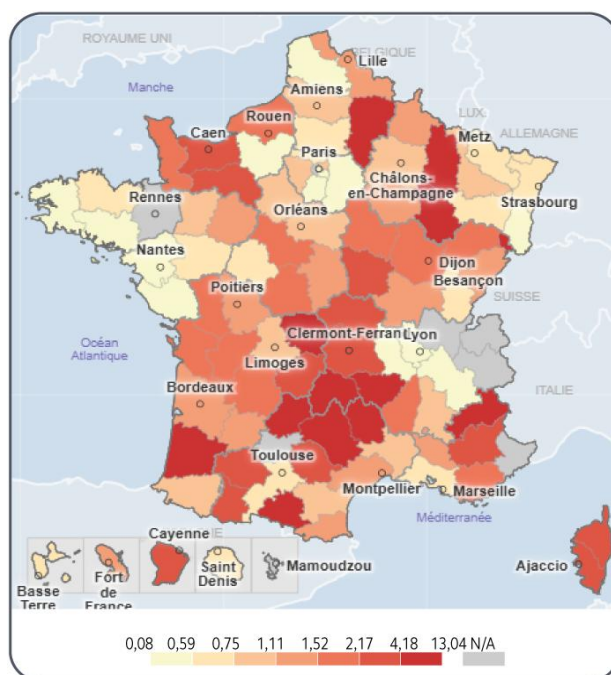


Source : Cour des comptes, à partir des données de la Cnam, du CNG et des ARS et de l'Insee

⁴⁰ Dans le détail : 302 cardiologues, 140 ophtalmologistes, 212 gynécologues-obstétriciens et 156 pédiatres spécialisés ayant bénéficié d'aides à hauteur, respectivement, de 3,6 M€, de 1,9 M€, de 1,8 M€ et de 1,0 M€.

Globalement, la comparaison des deux cartes montre que les aides sanitaires et les aides fiscales ZRR et ZFU concordent dans peu de départements : Meuse, Haute-Marne, Côte d'Or, Doubs, Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence, Ariège⁴¹. Les zonages se concurrencent plutôt, même si la maille départementale est un peu trop large pour rendre compte des éventuelles concurrences d'attractivité entre zones d'aides sanitaires et zones d'aide économique ; ces dernières sont plus apparentes dans une approche infra-départementale (cf. *infra*).

**Carte n° 2 : intensité des aides accordées dans les ZRR et les ZFU
selon les départements, en montant par habitant, en 2023**



Sources : Cour des comptes, à partir des données de la Cnam, du CNG et des ARS et de l'Insee

⁴¹ Une bonne partie de ces départements sont peu, voire très peu, peuplés, de sorte qu'il suffit d'un montant modéré d'aides pour que le ratio par habitant ressorte à un assez haut niveau relativement à la moyenne nationale.

B - Des zonages multipliant les effets de frontière et la concurrence entre territoires

Les Zip⁴² et les Zac⁴³ peuvent, si elles atteignent le pourcentage national maximal accordé par arrêté (*cf. supra*), couvrir presque les trois quarts de la population, traduisant un manque de ciblage et un éparpillement. Toutefois, les Zip seules reçoivent la plus forte partie des aides à l'installation et au maintien des médecins (53 M€ d'aides de la Cnam et 31 M€ d'aide fiscale au titre de la PDSA), alors qu'elles ne représentent que 30 % de la population. Les moyens dévolus aux Zac sont donc faibles en contrepartie (une part du contrat d'engagement de service public - CESP - et les aides directes de l'État), ce qui atténue la dispersion. Toutefois, ce risque reste présent car les collectivités territoriales sont autorisées à aider les médecins installés en Zac. Ces aides des collectivités, mal connues des ARS, sont susceptibles de concurrencer les efforts financiers réalisés sur les Zip les moins bien dotées en offre de soins.

En parallèle, l'installation des médecins est fiscalement aidée dans des zones qui regroupent aussi une part importante de la population (9,6 millions de personnes résidaient en 2023 en ZRR et 1,7 million en ZFU). Dans les prochaines années, la population vivant dans ces zones pourrait être amenée à s'accroître, pour deux raisons :

- la transformation des zones de revitalisation rurale (ZRR) en zones France ruralités revitalisation (FRR) n'a pas, dans son principe, accru le nombre de communes couvertes, le nombre de communes entrantes équivalant à peu près à celui des communes sortantes⁴⁴ ; toutefois, une prolongation des droits liés aux ZRR a été accordée aux communes sortantes jusqu'à la fin de 2027 (sous le nom de « ZRR maintenues ») ; le nombre de communes en zone FRR et en ZRR « maintenues » s'élève de ce fait à 19 850, contre environ 17 700 communes en ZRR précédemment ;
- comme indiqué *supra*, si les avantages fiscaux liés aux ZFU n'étaient pas reconduits mais venaient à être attribués aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), en relation avec les dispositions proposées dans le PLF pour 2026, la population couverte augmenterait sensiblement, passant de 1,7 million d'habitants dans les ZFU à environ 5,5 millions d'habitants, et la dépense fiscale pourrait s'accroître fortement ; en outre, même si cette mesure n'était que temporaire, le fait que les médecins s'installant en QPV en 2026 en bénéficieraient pour huit ans aurait un effet pluriannuel sur les dépenses fiscales.

À ce constat d'une couverture des besoins sanitaires insuffisamment sélective s'ajoute celui de nombreuses superpositions de dispositifs.

Au 1^{er} janvier 2023, parmi les 13 561 communes classées en Zip, 8 334 (soit 61 %), étaient aussi classées en ZRR, pour une population totale représentant environ 7 % de la population nationale⁴⁵.

⁴² Les zones d'intervention prioritaire correspondent aux territoires avec une densité médicale faible, en rapport avec la population à soigner, structure d'âge prise en compte.

⁴³ Les zones d'action complémentaire (Zac) couvrent les territoires où l'offre de soins est insuffisante, mais dans une moindre mesure que dans les Zip.

⁴⁴ 2 169 communes entrantes pour 2 158 sortantes.

⁴⁵ Il faut également compter la potentielle présence, parmi les 39 % de communes restantes, de quartiers en zone franche urbaine (ZFU) donnant droit, eux aussi, à des aides fiscales aux médecins.

Or, ces recouvrements multiplient les possibilités d'aides à l'installation et au maintien pour les médecins, ce qui peut entraîner une accumulation des aides possibles (cf. *supra*) et des difficultés accentuées de concurrence entre communes, selon qu'elles ne sont pas bénéficiaires d'aides, partiellement bénéficiaires ou en position de cumul d'aides. Or, les critères d'affectation en zones sanitaires ou en zones économiques étant disjoints, il en résulte un émiettement des zones d'aides, y compris à des échelles géographiques fines, malgré des surfaces communes importantes. À titre d'exemple, le tableau n° 6 ci-dessous retrace les croisements entre les communes zonées sanitaires ou non avec celles qui sont, ou qui ne sont pas, classées zones de revitalisation rurale.

Tableau n° 6 : croisement des zonages, en nombre de communes en 2023

	Nombre de communes	Nombre de communes hors ZRR	Nombre de communes en ZRR
Non zonées sanitaires	4 555	3 644	911
Zonées en Zip	13 561	5 227	8 334
Zonées en Zac	16 732	8 309	8 423
Total	34 848	17 180	17 668

Source : Cour des comptes, d'après les données de la DGCL – Observatoire des territoires

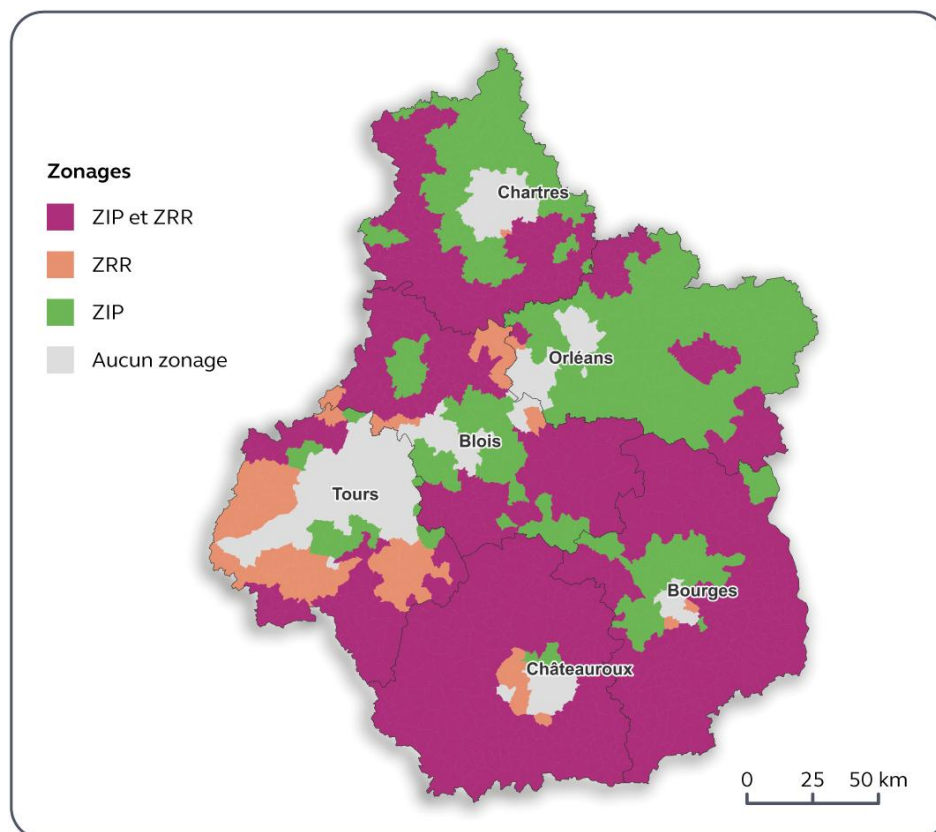
Plus de 30 000 communes sont classées en Zip et en Zac (soit 87 % des communes), et 17 668 sont en ZRR (soit la moitié), marques d'un maillage territorial trop dispersé et d'une absence de ciblage des aides associées. Ces superpositions de zonage multiplient les effets de frontière. Par exemple, parmi les 13 561 communes en Zip, un peu plus de 5 200 ne sont pas en ZRR et un peu plus de 8 300 le sont. De même, parmi les 4 555 communes non aidées sanitaires, 20 % sont en ZRR.

Dans cette situation de cumuls possibles d'aides et de fractionnement des territoires, les avantages financiers sont sensiblement différents selon les communes et sans relation directe avec la densité médicale, réelle ou souhaitable. Ainsi, en ne retenant que les zones d'intervention prioritaire et les ZRR, principal zonage économique tant par sa superficie que par les montants en jeu⁴⁶, une commune peut se trouver dans l'une des quatre configurations suivantes : uniquement en zonage sanitaire, uniquement en zone de revitalisation rurale, dans les deux zonages à la fois ou dans aucun des deux.

Or, comme l'illustre la carte n° 3 présentant la classification des communes de la région Centre -Val de Loire, l'ensemble des configurations possibles se retrouve parfois dans un rayon d'à peine une dizaine de kilomètres, engendrant de nombreuses zones frontières et d'importants effets de bord.

⁴⁶ Les ZFU, définies comme des quartiers intra-communaux, ne peuvent pas être cartographiées à l'échelle régionale.

Carte n° 3 : interactions entre les zones d'intervention prioritaires et les zones de revitalisation rurales (ZRR) en Centre-Val de Loire en 2023



Sources : Cour des comptes, d'après les données de la Drees et de l'ANCT

À titre d'exemple, un médecin envisageant de s'implanter près de Bourges et au fait de l'ensemble de ces dispositifs, se trouve confronté à des choix d'installation complexes au regard des seules considérations financières.

S'il choisit de s'installer dans la commune d'Osmoy, classée à la fois en Zip et en ZRR, il pourra cumuler des aides de contrats Cnam et des avantages fiscaux pour un montant pouvant atteindre 184 000 € bruts sur huit ans, ou 168 000 € nets des impôts acquittés sur les aides de la Cnam⁴⁷. En revanche, s'il opte pour la commune adjacente de Saint-Germain-du-Puy, classée uniquement en zone d'intervention prioritaire, ses aides se limiteront aux contrats Cnam, c'est-à-dire à 80 000 € bruts sur huit ans, ou à 64 000 € nets des impôts acquittés sur le Caim et le

⁴⁷ La somme de 184 000 € se décompose en 50 000 € de Caim sur les deux premières années, 30 000 € de Coscom sur les six années suivantes (5 000 € par an) et une réduction d'impôt de 104 000 € sur huit ans (correspondant, comme dans l'exemple donné plus haut, à un médecin dégagant un bénéfice non commercial annuel moyen de 80 000 € et dont le taux moyen d'imposition est de 20 %). Toutefois, les aides versées au titre des Caim et Coscom étant imposables, l'avantage final est réduit de 16 000 € (toujours avec un taux moyen de 20 %). *In fine*, l'avantage net est de 168 000 €. À noter qu'une éventuelle réduction d'impôt au titre de la PDSA n'est pas prise en considération pour simplifier les comparaisons.

Coscom⁴⁸. Un autre choix, sur le plan financier, pourrait alors être la commune voisine de Soye-en-Septaine, également en ZRR, où il bénéficierait d'économies fiscales à hauteur de 104 000 € sur huit ans⁴⁹. Enfin, une ultime possibilité, mais la plus défavorable, serait de s'installer dans la commune de Trouy, elle aussi limitrophe, qui n'ouvre droit à aucun avantage. Ainsi, la commune de Soye-en-Septaine, non classée en zone sanitaire mais appartenant à une zone de développement économique, offre des aides à l'installation supérieures à une commune en Zip.

Le même médecin peut accroître ses possibilités de choix s'il souhaite s'installer à Bourges et intègre dans son raisonnement le fait que le dispositif économique ZFU bénéficie à certains quartiers de cette ville. Il aurait à s'interroger sur son installation, puisque les quartiers Chancellerie, Gibjoncs, Turly et Barbottes, en zones franches urbaines, sont fiscalement aidés (même si les aides fiscales y sont un peu moindres qu'en ZRR, du fait du plafonnement annuel de l'exonération). Bourges n'étant pas classé en Zip mais en Zac, choisir de s'installer du côté impair de l'avenue de la Libération, c'est-à-dire dans la délimitation de la ZFU, peut donner droit à 62 000 € d'aides sur huit ans⁵⁰, contre des aides de faible ampleur au titre du statut sanitaire Zac s'il s'installe de l'autre côté de la voie.

C - Une concentration des aides à des niveaux inefficients

Hors contrat d'engagement de service public au titre duquel une aide est versée pendant les études de médecine⁵¹, la distribution, dans la population des médecins, des deux principales aides, en raison de leur installation dans les zones sanitaires et les zones économiques (aides démographiques de la Cnam et aides fiscales) est hétérogène. Les données de la Cnam, d'une part, et celles de la direction de la législation fiscale (DLF), d'autre part, permettent d'estimer les aides fiscales consenties par médecin installé⁵².

⁴⁸ Soit 50 000 € de Caim sur les deux premières années, 30 000 € de Coscom sur les six années suivantes (5 000 € par an). À nouveau, les aides versées au titre des Caim et Coscom étant imposables, l'avantage final est diminué de 16 000 €, de sorte que l'aide nette ne serait plus que de 64 000 €. Comme précédemment, on n'intègre pas d'éventuelle réduction d'impôt au titre de la PDSA pour simplifier les comparaisons.

⁴⁹ Même calcul de réduction d'impôt que dans le premier cas.

⁵⁰ En reprenant l'exemple d'un médecin dégageant un BNC moyen annuel de l'ordre de 80 000 € et un taux moyen d'imposition de 20 %. Les taux d'exonération en ZFU sont de 100 % sur cinq ans (comme en ZRR) et la dégressivité est un peu moindre qu'en ZRR, de 60 %, 40 % et 20 % pour les trois dernières années. Toutefois, la différence avec la ZRR tient surtout au plafond annuel d'exonération, de 50 000 € pour 12 mois consécutifs, qui s'applique dans les ZFU.

⁵¹ Même si comme vu plus haut, on peut les affecter à une année donnée en estimant l'aide qui a été versée précédemment aux étudiants qui s'installent lors de cette année donnée.

⁵² Les exonérations fiscales sur les revenus et les bénéfices sont extraites des liasses fiscales par le département des études et des statistiques fiscales (Desf) de la DGFIP ; il s'agit donc d'une donnée issue des déclarations. La réduction d'impôt qui en est déduite, donc l'aide fiscale, est en revanche une estimation, fondée sur le taux moyen d'imposition constaté par profession et par dispositif d'exonération. Elle n'est pas réalisée au niveau individuel. En effet, la DLF a pour mission de chiffrer le coût total des dépenses fiscales (dans le tome 2 des Voies et moyens, document annexé aux projets de loi de finance) en ne calculant qu'un taux moyen. Dès lors, le rapport porte sur les exonérations de bénéfices ou de revenus et d'estimation de la réduction d'impôt associée. L'estimation de la réduction d'impôt (ou aide fiscale) fondée sur un taux moyen est cohérente avec les exonérations dès lors qu'elle est pratiquée sur un nombre suffisant de médecins. En revanche, elle manquerait de sens au niveau individuel puisque le taux d'imposition de chaque médecin diffère, par exemple, en raison de son quotient familial ou du niveau de ses revenus et, donc, de son taux marginal d'imposition (cf. annexe n° 2).

En 2023, 15 000 médecins ont bénéficié, soit des aides de la Cnam, soit des exonérations fiscales en zones sanitaires et surtout en zones « économiques », soit des deux, pour un total d'aides de 149,5 M€ (49,6 M€ d'aides démographiques de la Cnam et presque 100 M€ d'aides fiscales)⁵³. Sur ce total, 12 500 généralistes ont reçu 114,5 M€ d'aides, dont 38,3 M€ d'aides démographiques de la Cnam et 76,2 M€ d'aides fiscales ; un peu plus de 2 500 spécialistes ont bénéficié de 35 M€ d'aides dont 11,3 M€ de la Cnam et 23,8 M€ de baisses d'impôts.

Ce nombre de médecins aidés est à rapporter aux 102 000 médecins généralistes actifs installés, libéraux et salariés (chiffres de l'Ordre des médecins), et aux 237 000 médecins en activité au 1^{er} janvier 2025 (selon les données de la Drees)⁵⁴.

Parmi l'ensemble des médecins percevant des aides, 83 % sont des généralistes qui ont reçu 77 % de l'ensemble des aides. Cette proportion des aides reçues est la même pour les aides démographiques de la Cnam (77 %) et pour les aides fiscales (76 %).

À l'opposé, les autres spécialistes représentent 17 % des médecins aidés et ont perçu 23 % des aides. Les aides perçues par les autres spécialistes sont donc supérieures à celles des généralistes⁵⁵.

Cette supériorité s'explique, pour les aides démographiques, par le fait que les autres spécialistes ont une plus forte propension à souscrire à un contrat d'aide à l'installation des médecins (Caim) que les généralistes. Pour les aides fiscales, le différentiel s'explique notamment par le fait que l'exonération des revenus de la permanence de soins ambulatoire, de loin la plus modeste en moyenne, intéresse essentiellement les généralistes.

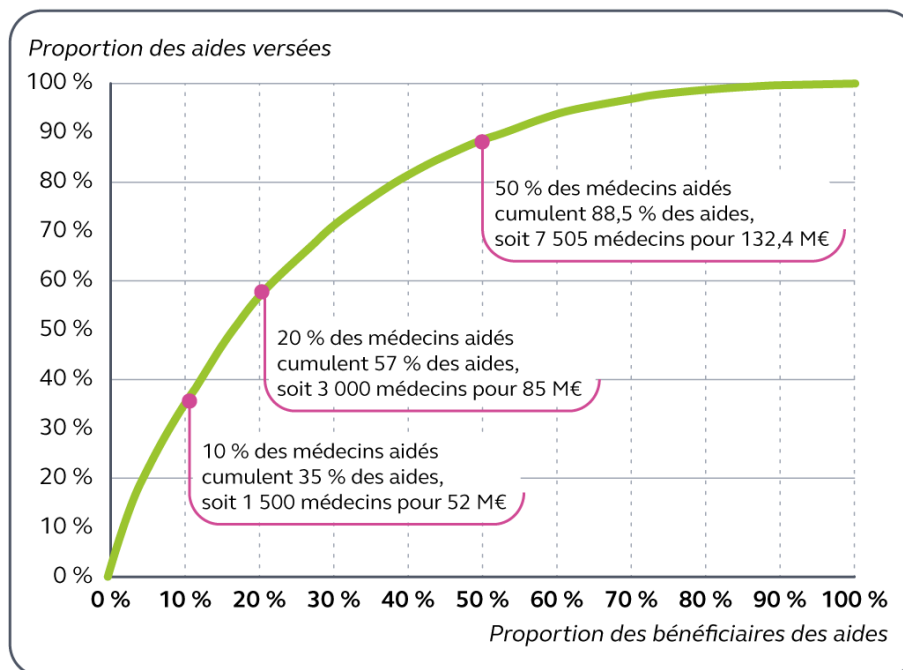
Au-delà de cette répartition entre grandes catégories de spécialités, les aides sont caractérisées par leur forte concentration sur un nombre réduit de médecins. Ainsi, plus d'un tiers de l'ensemble des aides de la Cnam et des aides fiscales bénéficie à 10 % des médecins aidés (soit 1 500 médecins), 57 % des aides à 20 % d'entre eux (soit 3 000 médecins), et près de 90 % des aides à la moitié des 15 000 médecins bénéficiaires d'une aide.

⁵³ Ce total est un peu inférieur aux données évoquées *supra* sur les aides fiscales et de la Cnam. En effet, l'appariement des données de la Cnam et de celles de la DLF ne permet de récupérer ni l'ensemble des aides directes des Cnam (49,6 M€ sur 53,1 M€) ni la somme totale des réductions d'impôts sur les bénéfices non commerciaux (100 M€ sur 113,5 M€).

⁵⁴ Données Drees sur la démographie des professionnels de santé.

⁵⁵ Cette supériorité se mesure sur le volume de dépense fiscale, en valeur absolue. Il est possible qu'en proportion de leurs revenus, l'aide obtenue par les autres spécialistes ne soit pas supérieure à celle des généralistes car en moyenne, les revenus des autres spécialistes sont supérieurs à ceux des généralistes. Mais la disparité interne chaque spécialité est élevée.

**Graphique n° 1 : concentration des aides par médecin aidé en 2023
(cumul des aides démographiques Cnam et des réductions d'impôts)**



Source : Cour des comptes, d'après les données de la DLF et de la Cnam

La concentration des aides sur les 10 %, comme sur les 20 %, des médecins les plus aidés s'explique par deux facteurs principaux.

D'une part, parmi les médecins aidés, seule une minorité perçoit le Caim (environ 10 %) alors qu'il s'agit d'une aide dont le montant est élevé (aide de 50 000 € versée en deux ans, soit 25 000 € par an). Le tableau suivant montre ainsi que, sur les 85 M€ perçus par les 20 % des médecins les plus aidés, près de 33 M€ sont imputables au Caim. Cette situation, constatée en 2023, s'estompera à compter de 2026 avec la nouvelle convention qui réduit fortement le montant de cette aide à l'installation.

D'autre part, et surtout, la concentration traduit le rôle des exonérations des bénéfices non commerciaux et des aides fiscales qui en découlent en ZRR et, dans une moindre mesure, en ZFU, et donc la grande générosité des exonérations fiscales pour les personnes installées dans ces zones, sans rapport direct avec une installation dans une zone médicalement sous-dense. En effet, les aides fiscales représentent près de 60 % (50 M€) des 85 M€ d'aides que perçoivent les 20 % de médecins les plus aidés.

**Tableau n° 7 : cumul des aides pour les 10 % et les 20 %
des médecins les plus aidés en 2023**

(en M€)	10 % des médecin les plus aidés	20 % des médecins les plus aidés
Total des aides Cnam et réductions d'impôt	52,0	85,0
Montant des aides versées par la Cnam	21,1	34,9
dont Caim	20,2	32,8
dont Coscom	0,5	1,0
Montants des aides fiscales	30,9	50,1
dont en zones ZRR	20,8	28,9
dont en zones ZFU	4,4	11,7
dont en zones Zip pour PDSA	2,9	5,6

Source : Cour des comptes, d'après les données DGFIP et Cnam, appariées en médecins et non en aide par médecin, un même médecin pouvant cumuler plusieurs aides

En termes de spécialités, sur les 3 000 médecins qui bénéficient de près de 60 % de l'ensemble des aides Cnam et des aides fiscales, environ 76 % d'entre eux sont des généralistes et 24 % des titulaires d'une autre spécialité. Ce ratio ne diffère pas de celui de l'ensemble des médecins aidés, tendant à montrer que la concentration des aides se manifeste aussi bien pour les généralistes que pour les autres spécialistes. Cependant, comme évoqué *supra*, la part des aides des autres spécialistes en ZFU est bien plus que proportionnelle à leur nombre quand, au contraire, la réduction d'impôt au titre de la permanence des soins ambulatoire concerne quasi exclusivement des généralistes (cf. tableau n° 9 ci-dessous).

**Tableau n° 8 : cumul des aides des 20 % des médecins les plus aidés
(partage entre généralistes et autres spécialistes) en 2023**

	Généralistes	Spécialistes	Généralistes (% du total)	Spécialistes (% du total)
Nombre de médecins	2 278	724	75,9 %	24,1 %
Total aides Cnam et réductions impôts	63,4 M€	21,7 M€	74,5 %	25,5 %
Aides Cnam	26,2 M€	8,7 M€	75,0%	25,0 %
dont Caim	24,7 M€	8,1 M€	75,3 %	24,7 %
Aides fiscales	37,2 M€	12,9 M€	74,2 %	25,8 %
dont en zones ZRR	22,3 M€	6,7 M€	76,9 %	23,1 %
dont en zones ZFU	6,9 M€	4,8 M€	59,0 %	41,0 %
dont en zones Zip pour PDSA	5,2 M€	0,4 M€	92,6 %	7,4 %

Source : Cour des comptes, à partir des données DGFIP et Cnam, appariées en médecins et non en aide par médecin, un même médecin pouvant cumuler plusieurs aides

Enfin, le rôle des aides fiscales est particulièrement marqué pour les 100 médecins ayant bénéficié des aides les plus importantes en 2023 : pour 7 M€ d'aides reçues par ces 100 médecins, les baisses d'impôts sont prédominantes (estimées à 5,8 M€ pour 24 M€ d'exonération de bénéfices non commerciaux et de revenus) et majoritairement liées aux ZRR (18 M€ d'exonération de bénéfices non commerciaux et une estimation de baisse d'impôt associée de 4,4 M€). En regard, les aides de la Cnam ne concernent que les Caim pour un montant de 1,1 M€.

Alors que plusieurs rapports ont successivement conclu à une efficacité modeste⁵⁶ des dispositifs zonés du type des ZRR et des ZFU, il est dispendieux et inefficace, au vu des avantages financiers importants qu'ils peuvent procurer sans contrepartie sanitaire, à l'exception de la PDSA, et du fait de la concurrence qu'ils exercent sur les Zip, voire sur les Zac, de proroger l'ouverture des exonérations fiscales de ce type aux médecins qui souhaiteraient s'y installer.

III - Un dispositif mal renseigné, inutilement complexe et insuffisamment contrôlé

Dans son rapport sur l'organisation territoriale des soins de premier recours de mai 2024, la Cour⁵⁷ a déjà déploré une « *trop grande dispersion des mesures successivement engagées, peu intégrées et pilotées* » ainsi qu'un « *ciblage des aides trop peu lié aux enjeux sociaux et territoriaux de l'accès aux soins*. »

Les deux principaux griefs adressés à l'ensemble des dispositifs de lutte contre l'insuffisance et la mauvaise répartition de l'offre de soins, tels qu'ils ressortent de toutes les consultations et réponses aux questionnaires des instances représentatives des professionnels concernées et des élus, sont, en effet :

- la juxtaposition de dispositifs verticaux fondés sur une situation professionnelle particulière, non intégrés dans un cadre prédéfini et une stratégie globale ;
- une inadéquation de cet ensemble, sophistiqué et d'une complexité inintelligible, aux besoins réels de la population et aux spécificités locales.

La pertinence du décompte statistique des professionnels de santé et celle de la construction géographique des zonages sanitaires sont souvent remises en cause par les autorités locales et les représentants professionnels, comme par les usagers. Placés au plus près de la population, ces acteurs estiment que leur connaissance des besoins et de la réalité effective de l'offre de soins n'est pas valorisée ni prise en compte dans les travaux réalisés pour la conception des bases de données nationales.

⁵⁶ Par exemple, le rapport inter-inspections de l'inspection générale des finances (IGF), du conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD), de l'inspection générale de l'administration (IGA), et de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) *Les dispositifs zonés de soutien du développement économique et de l'emploi dans les territoires* de juillet 2020, indique dès le début de sa synthèse que « *les exonérations fiscales et sociales n'ont pas démontré leur efficacité en matière de création d'entreprises et d'emploi, en particulier en ZRR* ».

⁵⁷ Cour des comptes, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, rapport public thématique, mai 2024.

A - Des indicateurs nationaux qui surestiment l'offre médicale et fondent des zonages inadéquats

La notion de « médecin généraliste » est considérée comme univoque alors qu'elle recouvre des pratiques médicales de natures diverses. Elle est censée correspondre à la pratique d'une « *médecine globale, exercée à la fois dans le champ de la prévention (prévention primaire, dépistage, éducation thérapeutique du patient, prévention quaternaire) et dans le champ du soin (diagnostic, traitement, suivi, réhabilitation) en tenant compte aussi bien des aspects biomédicaux que psycho-relationnels ou socio-environnementaux.* »⁵⁸. Or, elle peut correspondre à un exercice qui ne répond pas à cette définition, comme le montrent quatre chercheurs dans un article récemment publié par le Journal de gestion et d'économie de la santé⁵⁹.

Les auteurs ont travaillé sur les données issues du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) leur permettant, grâce à des variables identifiant la pratique effective comme médecin généraliste, de décrire l'offre réelle de soins de premier recours sur un territoire déterminé. Ils ont filtré l'effectif statistique, trop théorique, de « médecins généralistes » pour en retirer tous les praticiens n'exerçant que très peu (voire pas du tout) la médecine générale. Tel est le cas des urgentistes, des « *médecins à exercice particulier* » (MEP : médecins exerçant une surspécialisation différente de celle de leur diplôme originel de médecine générale, comme l'ostéopathie, l'angiologie, l'échographie, etc.), des praticiens de SOS Médecins, de ceux exerçant dans des cliniques privées, etc. Toutefois, afin d'approcher au plus près l'offre de soins réelle, des praticiens ont été réintégrés dans leur évaluation sur la base du chiffre de leur activité, en équivalent de pratique effective de médecine générale.

Cette analyse fine des données du Sniiram conduit les auteurs de l'étude à conclure que, sur 1 731 médecins recensés comme omnipraticiens en Centre-Val de Loire, seuls 1 531 délivrent réellement, en qualité de médecins généralistes, des soins de premier recours avec un suivi global de leur patientèle. De ce fait et au regard des statistiques publiques, cela correspond à une surestimation de 8,8 % de l'offre estimée dans l'une des régions les plus carencées en France.

⁵⁸ Définition du métier de médecine générale du DES de médecine générale par le Collège national des généralistes enseignants. La prévention primaire consiste à éviter ou à supprimer la cause d'un problème de santé avant qu'il ne survienne, la prévention secondaire consiste à détecter un problème de santé à un stade précoce pour en réduire les effets de long terme, la prévention tertiaire consiste à réduire les effets chroniques d'un problème de santé ou à éviter ses complications, la prévention quaternaire consiste à identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation et à le protéger d'interventions médicales invasives.

⁵⁹ Katsiaryna Kananovich, Charlotte de Fontgalland, Frédérique Ménoret et Jean-Marc Macé, *Identification du seuil d'activité du médecin généraliste au sein de la base de données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie*, Journal de gestion et d'économie de la santé 2025, vol. 43, n° 1, 3-22.

**Tableau n° 9 : densité médicale effective par département
de la région Centre-Val de Loire, en 2022**

Départements	Population totale (2020)	Médecins généralistes (SNIRAM)	Densités brutes pour 10 000 habitants	Médecins généralistes (après filtrage)	Force active des médecins généralistes retenus	Densités effectives pour 10 000 habitants
Cher	300 924	160	5,32	136	152	4,52
Eure-et-Loir	431 422	231	5,35	217	241	5,03
Indre	218 700	134	6,13	122	130	5,58
Indre-et-Loire	612 086	587	9,59	514	497	8,4
Loir-et-Cher	329 339	213	6,47	191	195	5,8
Loiret	682 241	406	5,95	351	362	5,14
Centre-Val de Loire	2 574 712	1 731	6,72	1 531	1 577	5,95

Nota : la colonne « Force active des MG retenus » recense les médecins qui exercent effectivement une pratique de médecine générale, après traitement des données.

Source : Katsiaryna Kananovich, Charlotte de Fontgalland, Frédérique Ménoret, Jean-Marc Macé, « Identification du médecin spécialiste en médecine générale parmi les omnipraticiens du SNIIRAM », Journal de Gestion et d'Économie de la Santé, 2025, vol. 43, n° 1, 3-22

Ce travail permet de comprendre comment l'accessibilité potentielle localisée (APL)⁶⁰, dont l'utilité n'est pas contestée pour présenter un panorama national homogène statistiquement, doit être analysée et ajustée au niveau local afin de rendre compte, à une échelle géographique plus fine, de l'adéquation entre les besoins de santé et l'offre de soins de premier recours. En tant qu'indicateur national, l'APL donne donc un premier aperçu de l'inégale répartition de l'offre de soins de premier recours mais elle ne permet pas d'approcher l'activité réelle et la disponibilité des médecins généralistes recensés.

Sur 102 065 médecins généralistes actifs installés dénombrés par le Cnom au 1^{er} janvier 2025⁶¹, seuls 56 793 pratiquaient la médecine générale en libéral, dont la majorité en exercice libéral exclusif (50 747), les autres pratiquant en mixte, avec un temps partiel salarié (6 046).

La question de l'âge moyen des médecins dans un territoire donné est aussi un biais d'appréhension de l'offre effective. Ce critère a servi à pondérer les données du Sniiram dans l'étude susmentionnée.

Pour toutes ces raisons, les zonages sanitaires font l'objet de critiques assez unanimes, notamment de la part des élus et des professionnels concernés. L'Association des maires de France (AMF), l'Association des maires ruraux de France (AMRF) mais aussi l'Intersyndicale nationale des internes (Isni) dénoncent un « système de zonage » qui « présente des limites claires » et « ne permet pas une analyse fine du maillage territorial. »⁶². Elles insistent aussi

⁶⁰ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) mesure l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville. Il tient compte de la structure d'âge de la population, de la disponibilité et de la proximité des professionnels de santé.

⁶¹ Données du Cnom au 1^{er} janvier 2025.

⁶² Intersyndicale nationale des internes, Contribution, *Accès aux soins : une réponse pour les territoires par les territoires*, janvier 2025.

sur le fait que l'approche par territoire de vie-santé, ou intercommunale comme dans le récent « *pacte pour les déserts médicaux* » du gouvernement (cf. *infra*), ne correspond pas toujours aux réalités de l'exercice médical et aux bassins de vie des patients. L'Association des maires de France (AMF) formule ainsi le reproche d'une « *inadéquation entre les zonages administratifs et les besoins réels* » et évoque l'idée de « *territorialiser davantage les ARS trop éloignées des communes* » en préconisant une approche par « *grappe de communes* » plutôt que par intercommunalités⁶³.

Les conséquences de l'ensemble de ces biais sur les mesures prises au niveau national pour améliorer la répartition de l'offre de soins de ville sur le territoire peuvent être formulées comme il suit :

- une surestimation de l'offre disponible pour les patients ;
- une inadéquation des zonages aux besoins à satisfaire et à l'offre nécessaire ;
- un défaut d'efficacité des mesures de soutien de l'offre de soins.

B - De nombreuses initiatives locales non coordonnées

Les initiatives locales se multiplient à toutes les échelles de collectivités, pour attirer et fidéliser des médecins généralistes libéraux et, au-delà, installer durablement un dispositif satisfaisant d'offre de soins de premier recours.

Selon Départements de France, le nombre de départements engagés, financièrement ou en affectation de membres du personnel, dans cette action est passé de trois, il y a cinq ans, à 60 aujourd'hui. Les régions s'engagent aussi, comme la région Île-de-France qui alloue un budget d'environ 10 M€ par an, dont 1 M€ pour l'octroi d'aides à l'installation de médecins libéraux, cette aide pouvant atteindre 15 000 € par médecin (cumulable avec les aides conventionnées et les éventuelles exonérations fiscales), ou prendre la forme de subventions d'investissement allant jusqu'à 250 000 € à des structures d'exercice collectif. C'est aussi le cas de la région Occitanie qui a réservé des crédits du fonds européen de développement régional (Feder), notamment au soutien de l'ouverture de 25 centres de santé (CDS) depuis 2021.

Pour l'intervention des départements, une enquête réalisée par la Cour, en partenariat avec Départements de France, apporte des points de repères sur leur niveau d'engagement financier, sans pouvoir prétendre à l'exhaustivité :

- 63 % des départements déclarent consacrer un budget moyen de 260 000 € (montant médian de 380 000 €) au soutien de l'offre médicale ;
- ces dépenses portent principalement sur l'immobilier (construction de locaux professionnels dans 47 % des cas, soutien à la recherche de logements, mise à disposition de logements à titre gracieux ou avec une prise en charge partielle) ;
- il s'agit d'aides financières directes dans 31 % des cas ;
- il s'agit d'actions conduites en partenariat avec l'ARS dans 90 % des cas mais, aussi, avec des communes ou intercommunalités dans 73 % des cas, ainsi qu'avec d'autres partenaires

⁶³ Association des Maires de France (département action sociale, éducative, sportive et culturelle), *Contribution : Accès aux soins*, – N/Réf : SR/NJ – Note n° 56 ter, 29 avril 2025.

dans plus de la moitié des cas (conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM), facultés de médecine, régions, etc.).

C'est à l'échelle communale ou intercommunale que les initiatives sont les plus nombreuses et constituent le complément le plus important des aides versées, bien que non consolidé et finalement méconnu. Ces initiatives locales, quelle qu'en soit l'échelle, sont principalement de trois types :

- subventions à l'investissement ou participation aux charges d'exploitation, pour la création ou le maintien de maisons de santé pluriprofessionnelles ou de centres de santé, selon que les praticiens y exercent en tant que salariés ou en tant que libéraux ;
- aides financières directes aux professionnels, le plus souvent sous la forme de primes à l'installation, parfois sous la forme de majorations de contrats conventionnés, voire de garanties de revenu ;
- aides à la formation, sous la forme de contrats avec des étudiants le plus souvent mais pouvant être d'une autre nature comme la prise en charge des coûts de formation des maîtres de stages, voire le soutien de la création d'une « option santé » au lycée, par exemple, pour inciter des jeunes de milieu rural ou éloignés des facultés de médecine à choisir de s'engager dans un cycle d'études de médecine.

D'autres soutiens indirects sont mis en œuvre : recherche et mise à disposition de logements, recherche d'une place en crèche pour les enfants, soutien du conjoint dans sa recherche d'emploi. Les communes, comme les départements et les régions, allouent aussi du temps de leurs collaborateurs pour la qualité d'accueil des étudiants, des internes et des jeunes médecins, pour favoriser une insertion sociale rapide et de qualité dans leurs territoires, notamment avec leurs confrères. Les enjeux du logement et des transports sont relevés comme prioritaires par les représentants de l'Isni (Intersyndicale nationale des internes), compte tenu de leur mobilité géographique souvent interrégionale pour leurs semestres de formation. Les indemnités ou les aides versées par les ARS, en compensation des frais de transports ou d'hébergement, sont jugées modiques. Elles sont complétées par les collectivités, qui sont les plus efficaces pour offrir aux étudiants, internes et jeunes médecins des expériences de stages et de remplacements les plus concluantes pour leur découverte du territoire, de nature à les fidéliser ensuite.

Or, ces initiatives ne sont pas recensées et ne s'inscrivent pas dans une stratégie globale. Il n'existe à ce jour aucune base de données permettant de connaître, ne serait-ce que de façon approximative, le nombre de ces dispositifs, ni quels montants d'aides ou d'investissements ils représentent. Cette absence de connaissance des dispositifs d'aide locaux et des montants engagés peut conduire à des effets contreproductifs tels que des concurrences coûteuses entre collectivités, au point de susciter des « chartes de non-concurrence » comme pour les métropoles d'Orléans ou de Chartres. L'AMF, quant à elle, évoque « *le constat de l'efficacité limitée des mesures incitatives qui accroissent la concurrence entre les communes* » et en appelle à « *l'obligation collective et partagée entre l'ensemble des acteurs de santé [...] pour organiser un accès aux soins de proximité sur l'ensemble du territoire.* »⁶⁴.

⁶⁴ Association des Maires de France (département action sociale, éducative, sportive et culturelle), *Contribution : Accès aux soins*, – N/Réf : SR/NJ – Note n° 56 ter, 29 avril 2025.

Une organisation unifiée pour l'accès aux aides ou, à tout le moins, une concertation entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, est nécessaire. Elle suppose une connaissance partagée des aides des collectivités territoriales, *a minima* des aides financières directes, en facilitant leur identification dans leur comptabilité. L'annexe fonctionnelle des dépenses des collectivités territoriales (M57)⁶⁵ comporte d'ores et déjà plusieurs « *sous-sous fonctions* » détaillées (protection maternelle et infantile et planning familial (90-411) ; prévention et éducation pour la santé (90-412) ; sécurité alimentaire (90-413) ; dispensaires et établissements de santé (90-414). Il est donc possible d'insérer une catégorie complémentaire intitulée « aides à l'installation des professionnels de santé » (90-415), sans perturber la structuration comptable et les organisations de travail existantes. Cette modalité permettrait de suivre tout autant les dépenses d'investissement⁶⁶ que les dépenses de fonctionnement⁶⁷, sans engendrer de charge de travail spécifique, plutôt que de conserver l'imputation indifférenciée actuelle dans la M57, au titre des « *autres actions* » (90-418).

C - Un contrôle défaillant et un coût d'administration et de gestion inconnu

Les dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien de médecins libéraux, de même que les initiatives des collectivités, font l'objet d'un contrôle globalement défaillant et représentent un coût de gestion et d'administration probablement important mais qui n'est ni connu ni, *a fortiori*, suivi.

Le cas le plus emblématique est celui du contrat d'engagement de service public (CESP). Comme exposé *supra*, ce contrat prévoit qu'en contrepartie d'une aide financière accordée pour sa formation et sur une durée définie, le bénéficiaire doit exercer en zone sous-dense pendant la même durée. Or, après qu'il a été vérifié que ledit bénéficiaire s'installait dans une telle zone et une fois qu'il a perçu la totalité de l'aide, aucune administration (CNG, ARS, Cnam) ne vérifie combien de temps il exerce son activité dans une zone sous-dense. Dans les faits, le bénéficiaire d'un CESP peut donc s'installer en zone sous-dense mais la quitter pour une zone dense avant d'avoir honoré ses engagements. Il revient à l'Agence de services et de paiement de l'État (ASP), désormais chargée des CESP, à la suite du CNG, de structurer son contrôle jusqu'au terme du contrat qui s'entend comme le terme de l'engagement d'exercice en zone sous-dense par le bénéficiaire, et non comme celui de la fin du versement de l'aide. À défaut de respect de cet engagement, le remboursement, total ou partiel, de l'aide versée pendant les études doit être exigé du bénéficiaire.

Le cas du contrat d'aide à l'installation d'un médecin (Caim) pose le même type de difficulté, quoique sur une durée généralement plus courte. S'agissant d'une prime allouée au moment de l'installation en contrepartie d'un engagement à exercer cinq ans en zone sous-dense, le contrôle suppose de suivre les éventuels déplacements au cours de ces cinq années d'une zone sous-dense vers une autre, le cas échéant d'un département vers un autre. Or, un tel suivi nécessite que les services de l'assurance maladie au niveau départemental disposent de

⁶⁵ Instruction budgétaire et comptable M57, applicable aux collectivités territoriales uniques, aux métropoles et à leurs établissements publics administratifs.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ibid.

systèmes d'information qui communiquent facilement entre eux. Tel n'est pas le cas aujourd'hui : le système d'information géré par la Cnam ne permet pas à une CPAM de savoir si un médecin qui vient s'installer est tenu par un engagement au titre du Caim ou si un médecin qui a bénéficié d'une aide et qui déplace son cabinet hors du département continue à respecter l'engagement de servir en zone sous-dense. Un contrôle effectif exige une communication entre les CPAM de départ et d'arrivée des praticiens, ce qui est consommateur de temps, comme la Cour l'a constaté avec la CPAM du Loiret, puisque des prises de contact avec les autres CPAM sont nécessaires, au cas par cas. Par ailleurs, la gestion manuelle sur un tableur, aussi bien construit soit-il, comporte un risque non nul d'erreur.

L'absence de système d'information partagé se traduit par une fragmentation des dispositifs qui empêche :

- le croisement des données pour identifier les bénéficiaires potentiellement multiples ;
- le suivi des parcours professionnels et des déplacements d'activité, sachant que la mobilité des médecins s'accroît (cf. *infra*) ;
- la détection des manquements aux engagements pris.

Les délibérations des collectivités créant des aides financières peuvent faire l'objet d'un contrôle de légalité préfectoral qui n'est que rarement effectué et dont les ressorts en droit sont sujets à interprétation, au point d'exposer les élus à l'insécurité juridique.

Un jugement du tribunal administratif de Strasbourg⁶⁸ de 2021 illustre la complexité des dispositions en vigueur. Par ce jugement, le tribunal administratif a rejeté le déferé du préfet du Haut-Rhin demandant l'annulation d'une délibération municipale au motif que la commune n'aurait pas été compétente : il s'agissait de l'octroi d'une aide à l'installation d'un médecin généraliste et, pour le préfet, elle constituait une aide économique, relevant de la compétence de la communauté de communes. Or, le tribunal a considéré que l'objet même de l'aide n'était pas le développement économique et que, de ce fait, il ne s'agissait pas d'une aide économique.

Le cas de la condamnation du maire de Grand-Fort-Philippe⁶⁹ est une autre illustration de ces incertitudes : anticipant le départ à la retraite de plusieurs médecins et soucieuse de maintenir l'offre de soins, la commune a créé une maison médicale et financé les postes de deux secrétaires médicales mises à disposition des médecins, alors qu'elle n'était pas – encore – classée en zone sous-dense. L'ARS a intégré depuis ladite maison de santé dans le zonage requis mais le maire a été condamné pour détournement de fonds publics. Dans cette affaire introduite par l'association Anticor, l'action contre la commune a été motivée par l'argument selon lequel la diminution du nombre de médecins suscitait « *une forme de concurrence entre collectivités territoriales pour l'apport en professionnels de santé.* »⁷⁰.

L'AMF⁷¹ prend appui notamment sur cet exemple pour réclamer de « *sécuriser les initiatives locales* » par « *l'actualisation du guide des élus locaux relatif à l'accès aux soins* » datant de 2019, les édiles étant « *nombreux à développer des initiatives* » mais pouvant être « *mis en cause devant les tribunaux.* »

⁶⁸ TA de Strasbourg, jugement du 12 février 2021, n° 2001541.

⁶⁹ Association des Maires de France (département action sociale, éducative, sportive et culturelle), *Contribution : Accès aux soins*, – N/Réf : SR/NJ – Note n° 56 ter, 29 avril 2025.

⁷⁰ www.anticor.org/affaires-anticor/affaire-grand-fort-philippe.

⁷¹ Cf. note n° 59.

D'autres préoccupations peuvent peser sur les élus locaux comme l'inquiétude de consentir des efforts financiers importants pour la construction d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), avec le risque que les locaux restent vides ou surdimensionnés. Cette crainte est citée par 41 % des répondants à l'enquête réalisée par la Cour, en partenariat avec Départements de France, auprès des départements. Le rapport d'information du Sénat relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins avait déjà souligné cette crainte⁷².

Une meilleure adéquation entre les indicateurs nationaux et le suivi au plus près du terrain est d'autant plus nécessaire que les comportements et les pratiques évoluent vite, comme en témoignent les stratégies d'ingénierie juridique et financière de certains médecins libéraux permettant, par exemple, d'éviter une large part de l'impôt et des cotisations sociales. Une même personne physique, selon qu'elle se verse des revenus professionnels ou des dividendes, dans le cadre d'une architecture juridique à deux niveaux et « en râteau » (une société d'exercice libéral - SEL - et une société civile immobilière - SCI - détenues par une société de participation financière des professions libérales - SPFPL), peut permettre à ses professionnels et propriétaires de connaître des niveaux de prélèvements obligatoires différents⁷³. Or, les données de la direction générale des finances publiques montrent une forte progression des montages juridiques dans lesquels les SEL de médecins sont elles-mêmes la propriété d'autres personnes morales. C'est la première étape juridique du phénomène désormais connu comme « la financiarisation des professionnels de santé », ouvrant la voie à une plus large présence d'investisseurs non professionnels.

Le coût global d'administration et de gestion des dispositifs d'aides n'est pas chiffré et ne fait l'objet d'aucun suivi. Le nombre cumulé de postes consacrés au suivi des installations et au contrôle des contrats, dans les neuf ARS qui ont répondu (sur 13 agences au niveau national)⁷⁴ à cette question spécifique du questionnaire que leur a adressé la Cour, dépasse 10 équivalents-temps plein (ETP). À partir de l'hypothèse d'un coût d'environ 65 000 € par ETP et de 15 à 16 ETP pour 13 ARS, on peut estimer le coût au niveau national au moins à 1 M€. Plusieurs des ARS ayant répondu ont en effet précisé n'avoir mentionné que l'affectation de postes au niveau de leur siège, sans avoir mesuré le temps consacré à ces tâches dans les délégations départementales.

Les aides démographiques relèvent quant à elles des prérogatives de la Cnam mais le cloisonnement du système d'information évoqué plus haut peut engendrer des surcoûts de gestion significatifs, faute d'un dispositif national intégré : une CPAM peut avoir été conduite à construire son propre dispositif de suivi et de contrôle sur un tableur, sans possibilité de partage d'informations avec les CPAM voisines autre que des échanges téléphoniques ou par courriel, et consacrer du temps à sa mise à jour quotidienne, pour tracer les déplacements et les changements de situation des professionnels sous contrat conventionné.

Une intégration plus lisible et intelligible des dispositifs d'aide existants, conçus comme un système d'aides cohérent, engendrerait des économies administratives substantielles et

⁷² Philippe Mouiller et Patricia Schillinger, *Les initiatives des territoires en matière d'accès aux soins*, rapport d'information n°63 fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif aux 14 octobre 2021, page 24.

⁷³ Le niveau de prélèvements obligatoires varie du simple au double, voire au triple, notamment si la SPFPL s'installe à l'étranger (Luxembourg, Espagne). Les prélèvements obligatoires sont presque annihilés lorsque les dividendes ne sont pas distribués, afin de préparer au mieux une fin d'activité.

⁷⁴ Une autre enquête à paraître de la Cour portera spécifiquement sur l'accès aux soins, dans les départements et régions d'outre-mer.

dégagerait des ressources pour le contrôle, à la hauteur des fonds publics engagés et des objectifs de santé publique poursuivis.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les aides à l'installation des médecins libéraux comprennent huit dispositifs différents liés au zonage sanitaire et sept dispositifs fiscaux liés à des zonages économiques, l'objectif de ces derniers n'étant pas de lutter spécifiquement contre la désertification médicale. S'ajoute une gamme étendue d'initiatives locales, dont il n'existe aucun inventaire. Le dispositif d'ensemble manque de cohérence globale car il résulte d'initiatives peu coordonnées qui peuvent se concurrencer. Leur complexité nuit à leur appréhension par les jeunes médecins souhaitant s'installer dans les territoires sous-denses. En outre, cet ensemble de dépenses dépasse les frontières des territoires auxquels il est supposé être réservé.

La superposition des deux types de zonage, sanitaire et économique, engendre des effets indésirables à leurs frontières. Elle aboutit à un brouillage ou même à une neutralisation des incitations, qui conduisent à accorder, dans les zones France ruralités revitalisation ou les zones franches urbaines, des aides fiscales d'un montant significatif à un nombre limité de médecins, sans contrepartie organisée en termes de services rendus à la population.

Le zonage sanitaire lui-même repose sur des indicateurs nationaux qui reflètent mal la réalité locale de l'offre de soins ainsi que la nature des besoins de la population. Toutes ces aides ne sont pas à écarter mais elles doivent être repensées, comme le contrat d'engagement de service public (CESP), exagérément généreux dans certains cas. Par ailleurs, la mise en œuvre de la nouvelle convention de la Cnam au 1^{er} janvier 2026, qui organise un redéploiement des aides, appelle à ne pas reconduire des aides d'État existantes dont l'audience est restée confidentielle. Un tel recentrage du dispositif est d'autant plus nécessaire que le contrôle de l'exécution des engagements contractuels par les médecins bénéficiaires et de la légalité des décisions prises par les collectivités, ainsi que l'évaluation du rapport coût/bénéfice des mesures appliquées, sont globalement défailants.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. supprimer, à partir du 1^{er} janvier 2026, l'avantage de l'exonération fiscale des bénéfices non commerciaux pour les médecins libéraux s'installant dans les zones France ruralités revitalisation, les zones franches urbaines et les zones d'aides à finalité régionale, en respectant la clause de non rétroactivité pour les mesures fiscales pluriannuelles, et ne pas accorder cette exonération aux médecins libéraux s'installant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, ministre de l'action et des comptes publics, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation) ;*
- 2. supprimer, à partir du 1^{er} janvier 2026, les deux dispositifs issus de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : contrats de début d'exercice et exonérations sociales (ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées) ;*
- 3. limiter, à partir du 1^{er} janvier 2026, à dix ans la durée de perception de l'aide versée au titre du contrat d'engagement de service public (CESP) et contrôler le respect de l'engagement d'exercice et de sa durée en zone sous-dense des médecins ayant bénéficié*

de cette aide pendant leurs études (ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées) ;

- 4. identifier, d'ici à la fin de 2026, dans la nomenclature fonctionnelle des dépenses des collectivités territoriales, les aides financières directes aux professionnels de santé (ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle, énergétique et numérique, ministre de l'action et des comptes publics, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation).*
-

Chapitre II

Repenser le cadre d'attribution des aides financières pour une meilleure efficacité

Face à la complexité, à l'incohérence et à la faible efficacité du dispositif d'aides en vigueur, trois pistes d'amélioration peuvent être examinées :

- concentrer les aides sur les facteurs d'installation ayant fait la preuve de leur efficacité ;
- réorganiser les aides en fonction des services rendus aux patients ;
- établir une stratégie coordonnée des autorités publiques et des collectivités territoriales dans l'attribution des aides.

En effet, les zonages actuels n'organisent pas, en eux-mêmes, une convergence efficace des initiatives.

I - Concentrer les aides sur les facteurs d'implantation des médecins

De nombreuses études françaises et une importante revue de littérature internationale⁷⁵ ont déjà souligné l'effet limité des aides financières sur les choix d'installation des médecins, au regard du poids prédominant des préférences personnelles. Quelques études permettent en complément d'objectiver les meilleurs facteurs de soutien des zones sous-denses en médecins.

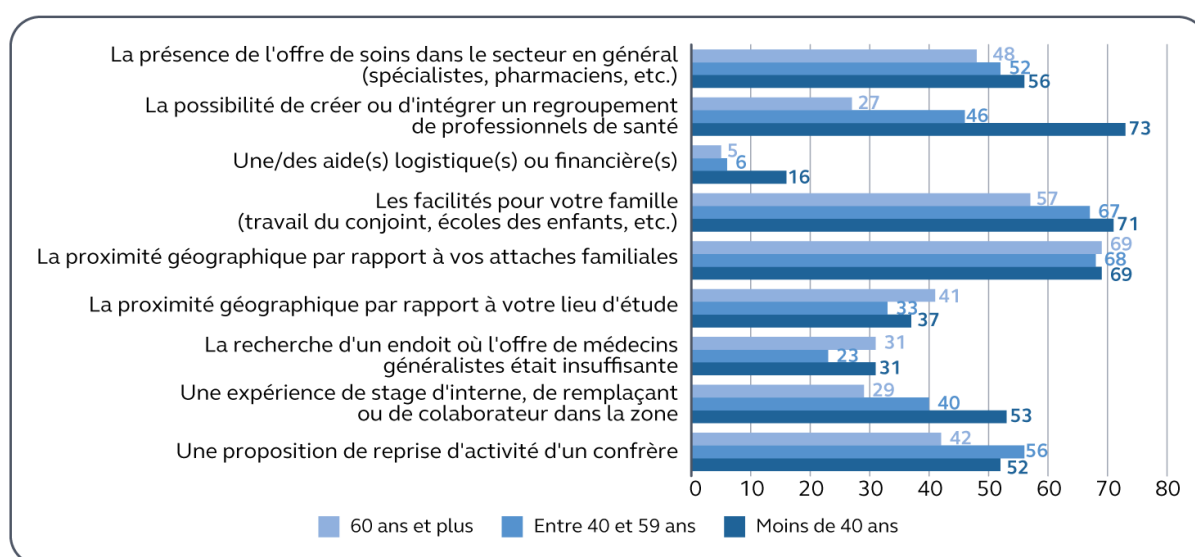
A - Intégrer les facteurs personnels entrant dans les choix d'implantation

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé a réalisé une enquête sur les motivations d'installation, à partir d'un échantillon de 3 300 médecins généralistes, constitué après en avoir sollicité 12 000. Deux déterminants conditionnent le choix du lieu d'installation des médecins généralistes : un déterminant professionnel (la qualité et la quantité de travail que peut espérer un médecin sur

⁷⁵ Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela et alii, *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, les leçons de la littérature internationale*, Les dossiers de la Drees, n° 89, décembre 2021.

un territoire) et un déterminant personnel (proximité familiale, facilités pour le conjoint)⁷⁶. La proximité avec les attaches familiales est mise en avant par 69 % des médecins, quelle que soit la tranche d'âge. La possibilité de créer ou d'intégrer un groupement de professionnels est citée par 73 % des médecins de moins de 40 ans mais seulement par 27 % des médecins de plus de 60 ans. Une première expérience sur le territoire, en tant qu'interne ou en tant que remplaçant, est soulignée par 53 % des médecins de moins de 40 ans, contre seulement 29 % des plus de 60 ans. Dans ce contexte, « *Si les aides financières et logistiques ne constituent pas un motif d'installation très important pour les médecins généralistes, il est mentionné près de trois fois plus par les moins de 40 ans que pour [par] les autres. Il n'est, par ailleurs, pas plus mis en avant par les médecins exerçant en zones sous-denses que [par] les autres* ».

Graphique n° 2 : les motifs d'installation des médecins généralistes



Source : Drees

D'autres publications convergent avec les constats de la Drees. L'Insee a publié une étude montrant que « 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 43 km de leur université d'internat. Après une période de quelques années pendant laquelle les changements de commune d'exercice sont nombreux, leur lieu d'exercice se stabilise : la douzième année après l'internat, environ 96 % exercent dans la même commune que l'année précédente »⁷⁷.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a interrogé plus de 15 000 médecins (internes, remplaçants ou installés) sur les raisons qui motiveront ou ont motivé leur choix de lieu d'exercice en 2019. L'étude montre que le soutien financier à l'installation est considéré seulement comme « un peu ou partiellement déterminant » par 48 % des internes et par 47 % des remplaçants ; il l'est encore moins chez les médecins déjà installés qui déclarent, à 69 %,

⁷⁶ Hélène Chaput et alii, *Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale*, Drees, *Études et résultats* n° 1140, janvier 2020, page 2.

⁷⁷ Julien Silhol, *Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat*, Insee Première, n° 2024, novembre 2024.

que ces aides ont été sans influence sur leur installation⁷⁸. Les facteurs les plus déterminants sont, notamment, la qualité professionnelle du cadre d'exercice liée à la présence d'autres professionnels de santé et les facteurs personnels comme les services publics, l'équilibre avec le projet professionnel du conjoint et la qualité du cadre de vie.

Les représentants du Collège de la médecine générale font observer l'intérêt des programmes de requalification en médecine générale pour ceux d'entre eux ayant quitté la pratique soignante et souhaitant s'y réinvestir. C'est une obligation dès lors que la pratique clinique a été interrompue plus de trois ans, pour actualiser leurs connaissances. Le contraste est en effet élevé entre le nombre théorique de médecins généralistes, proche de 100 000, et une réalité deux fois moindre en activité régulière. Pour faciliter les projets de retour à la pratique professionnelle en médecine générale, des programmes d'actualisation des connaissances existent, comme à la faculté d'Angers⁷⁹. Cependant, le temps (842 heures à la faculté d'Angers) comme le coût de la formation (8 500 €) peuvent constituer un obstacle financier, compte-tenu de l'absence possible de revenu professionnel pendant cette période. Il serait judicieux de soutenir ces projets, dès lors qu'ils ont pour contrepartie une installation en zone sous-dense (cf. *infra*).

B - Favoriser un enracinement médical précoce dans les territoires sous-denses

Des travaux de recherche ont été réalisés sur les choix de spécialité et de localisation des étudiants en médecine⁸⁰, à partir d'une enquête en ligne auprès des étudiants en 6^{ème} année de médecine, avant les épreuves classantes nationales (ECN⁸¹). Elle a bénéficié d'un taux de réponse élevé, au-delà de 40 %. Par ailleurs, des données administratives ont été mobilisées : rang de classement à l'internat, poste d'interne choisi (spécialité et subdivision académique), appariement au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS)⁸² pour le suivi des étudiants dans la durée. L'objectif est d'apprécier la part de chacun des déterminants suivants : origine géographique, origine sociale, sexe, statut matrimonial, préférences personnelles.

Elle souligne que ces choix résultent d'une trajectoire en plusieurs étapes successives et bifurcations potentielles du parcours médical :

- l'inscription initiale dans les études de médecine, ce qui lui permet d'analyser le paramètre de l'origine rurale et sociale dans les choix d'exercice ultérieur ;
- le choix de la spécialité ;
- la mobilité choisie ou subie dans le cadre de l'internat ;
- le choix du mode d'exercice, en salariat ou en libéral, de même qu'en secteur 1 ou en secteur 2.

⁷⁸ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Étude sur l'installation des jeunes médecins*, Cnom data, 2019.

⁷⁹ Exemple de la faculté de médecine d'Angers : https://formations.univ-angers.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-DUC/sciences-technologies-sante-STS/diu-pour-la-qualification-a-l-exercice-de-la-medecine-generale-MDURPG_1.html.

⁸⁰ Magali Dumontet, *Résultats du projet MEDSPE et travaux futurs*, Agence nationale de la recherche et Centre national de la recherche scientifique, Economix, université de Paris-Nanterre, 2022-2024, juillet 2025.

⁸¹ Puis épreuves dématérialisées nationales (EDN).

⁸² <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>.

L'analyse montre notamment que les étudiants originaires d'une zone rurale choisissent davantage la médecine générale (+ 4 %) que leurs collègues issus des grandes villes. En sens inverse, ces derniers privilégient largement les spécialités hospitalières (+ 30 %), par rapport à leurs collègues d'origine rurale. Lorsqu'ils choisissent la médecine générale, les étudiants issus des zones rurales préfèrent exercer dans celles-ci (+ 20 %). Ainsi, en augmentant de 5 % la proportion d'étudiants provenant des zones rurales, on augmenterait d'environ 13 % la proportion des internes en médecine générale souhaitant y exercer⁸³.

Ces résultats viennent à l'appui de la dynamique actuelle de création d'une première année de médecine dans des départements dépourvus de faculté, ainsi que du développement de lycées avec une option « santé » pour soutenir le travail de préparation⁸⁴. Ils sont corroborés par les données de comparaisons internationales (Allemagne, Australie, Québec) sur l'intérêt des enseignements universitaires décentralisés pour éveiller et soutenir la motivation des jeunes élèves pour les études de médecine. Ces étudiants sont bien identifiés comme étant beaucoup plus enclins à s'installer ensuite dans des territoires sous-denses. Par ailleurs, la spécificité et l'utilité d'un enseignement de la « médecine rurale » sont présentes dans la littérature internationale, et celle-ci dispose de ses propres revues⁸⁵ et sociétés savantes⁸⁶.

L'accessibilité géographique des études supérieures est donc une condition avérée du maillage médical du territoire, comme il est présent pour les autres études sélectives (classes préparatoires aux grandes écoles, sections de technicien supérieur)⁸⁷.

D'autres phases peuvent jouer un rôle décisif comme la mobilité entre la région d'internat – choisie et parfois subie en fonction du classement – et la région de première installation. Pour les médecins généralistes, 80 % s'installent dans la région où ils réalisent leur internat⁸⁸. Les résultats sont similaires pour les autres spécialités médicales, sauf pour la pédiatrie qui est un peu moins prédéterminée par la région d'internat pour la première installation ultérieure.

Ces résultats permettent de dessiner les différentes étapes d'une stratégie à court, moyen et long terme. À court terme, seule une amélioration de l'organisation des soins de premier recours peut produire des effets positifs significatifs pour la population. À moyen terme, la réalisation de stages en zones rurales pour les étudiants et internes en médecine devrait y augmenter les installations. À long terme et de manière plus structurante, l'une des solutions consisterait à promouvoir une plus grande variété de profils, en termes d'origine sociale et

⁸³ Magali Dumontet, en collaboration avec Guillaume Chevillard (Irdes) et Olivier Palombi, *conférence donnée aux Rencontres de l'Université numérique, de la santé et du sport (UNESS) du 28 novembre 2024* ; projet MedSpe, Agence nationale de la recherche, 2022-2024.

⁸⁴ La Cour des comptes avait déjà recommandé, dans sa communication au Sénat sur l'accès aux études de santé de décembre 2024, la constitution d'une offre territoriale de formations donnant accès aux études de santé, et le développement de dispositifs d'orientation des lycéens ruraux ou issus de milieux socialement défavorisés, afin de les encourager à rejoindre les filières de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie. Cour des comptes, *L'accès aux études de santé, quatre ans après la réforme, une simplification indispensable*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

⁸⁵ Exemple de Rural and remote health; <https://www.rrh.org.au/>.

⁸⁶ Exemple en Australie : <https://www.acrrm.org.au/fellowship/discover-fellowship/ast/remote-medicine-ast>.

⁸⁷ Georgia Thebault, *Peut-on réduire les inégalités géographiques dans l'accès aux filières sélectives en France ?* Institut des politiques publiques, Note IPP n°114, Mars 2025.

⁸⁸ Magali Dumontet, en collaboration avec Guillaume Chevillard (Irdes) et Olivier Palombi, *conférence donnée aux Rencontres de l'Université numérique, de la santé et du sport (UNESS) du 28 novembre 2024* ; projet MedSpe, Agence nationale de la recherche, 2022-2024.

géographique⁸⁹. Une autre étude réalisée dans la région Bretagne conclut dans le même sens sur le rôle primordial d'avoir été éduqué, formé, ou d'avoir effectué son stage en milieu rural⁹⁰.

C'est dans cette dynamique que s'est inscrite en 2022 la création d'une faculté de médecine et d'un centre hospitalier universitaire (CHU) à Orléans, en coopération avec la faculté et le CHU de Tours, afin de contribuer à un redressement de la démographie médicale dans les départements du Cher, de l'Eure-et-Loir, de l'Indre, du Loiret et du Loir-et-Cher. La Cour a déjà souligné l'importance d'une structuration hospitalo-universitaire en réseaux⁹¹. Cette initiative des pouvoirs publics s'inscrit dans un contexte où l'existence de la faculté de médecine et d'un CHU à Tours a surtout bénéficié à la démographie médicale du département de l'Indre-et-Loire (cf. annexe n° 3). Au regard de la situation difficile des cinq autres départements, une amélioration de la situation ne pourra être que le fruit d'un effort de longue haleine. Par ailleurs, de nombreux goulets d'étranglement devront être surmontés, comme le nombre d'enseignants ou le nombre de lieux de stage qualifiants, en ville comme dans les centres hospitaliers non CHU de la région.

Avec l'exemple de cette situation régionale, il faudrait que la diversification géographique et sociale des étudiants en médecine soit une priorité nationale conjointe des ministères chargés de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé⁹². Les maquettes de formation des différentes spécialités devraient évoluer en ce sens. Cette priorité devrait aussi devenir un objectif explicite au niveau régional pour les doyens des facultés de médecine comme pour les coordonnateurs de spécialité⁹³.

Par ailleurs, il est nécessaire de structurer un suivi dans la durée des trajectoires de médecins car, si les bases de données abondent, les moyens académiques pour les apparier et les valoriser dans une analyse de cohorte à long terme restent à établir et à pérenniser, à l'image de la cohorte « *Mabel*⁹⁴ » en Australie (données SISE⁹⁵ de l'enseignement supérieur, classements aux épreuves classantes nationales, données sur le contrat d'engagement de service public, données du répertoire permanent des professionnels de santé, système national des données de santé, etc.).

⁸⁹ Dans le même sens, article à paraître dans *Rural and remote health* d'une équipe d'enseignants-chercheurs en médecine générale de la faculté de Tours. Isabelle Ettori et alii, *From prejudice to pride : How to prevent medical student relocation*.

⁹⁰ Perrine Nedelec et alii, *Les médecins généralistes ruraux ont des trajectoires personnelles et professionnelles différentes de celles de leurs collègues urbains : une étude de cas*, BMC Medical Education, 2023, 23 : 842.

⁹¹ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2018.

⁹² La Cour des comptes a déjà appelé à cette diversification dans son rapport : *L'accès aux études de santé - Quatre ans après la réforme, une simplification indispensable*, décembre 2024, recommandations n° 1 et n° 8, pages 13 et 14, et page 103.

⁹³ La circulaire interministérielle du 5 septembre 2025 sur le « Pacte de lutte contre les déserts médicaux – Accès aux études de santé dans chaque département » décrit les premiers objectifs, dont celui d'organiser au plus tard pour la rentrée universitaire 2027, la 1^{ère} année d'accès aux études de santé dans les 25 départements qui en sont dépourvus.

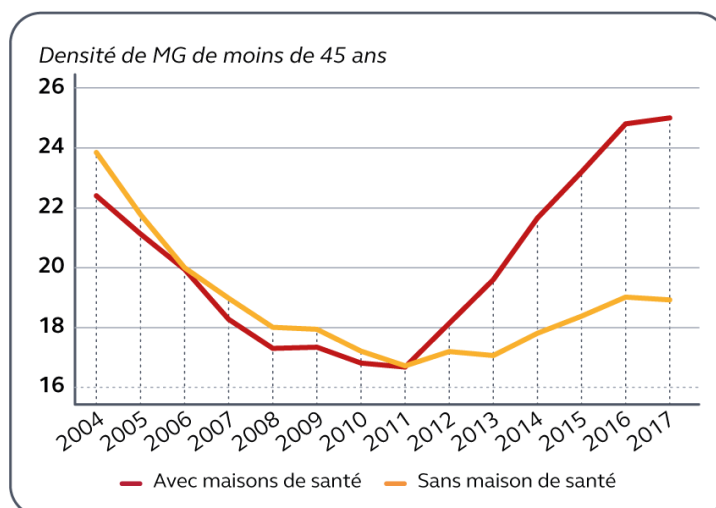
⁹⁴ *Medicine in Australia : Balancing Employment and Life (Mabel)*. *Australia's national longitudinal survey of doctors*.

⁹⁵ Système d'information sur le suivi de l'étudiant (SISE).

C - Faciliter l'exercice coordonné

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a publié une étude sur le rôle des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)⁹⁶ dans les zones sous-denses⁹⁷. Elle montre que, au 1^{er} janvier 2020, 61 % des maisons de santé sont implantées dans les deux types de territoires dans lesquels les soins de premier recours sont les moins accessibles (accessibilité potentielle localisée la plus faible) : 35,5 % des MSP sont en effet implantées dans les zones rurales et 25,8 % dans les espaces périurbains. Elles sont réparties à peu près équitablement dans les autres types d'espaces avec, cependant, une sous-représentation dans les villes et les couronnes favorisées (6,9 %). Pour l'ensemble des territoires étudiés, « l'effet causal »⁹⁸ de l'implantation d'une maison de santé sur la densité des médecins généralistes de moins de 45 ans est estimé à environ + 3,4 jeunes généralistes pour 100 000 habitants.

Graphique n° 3 : évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans, de 2004 à 2017, dans les espaces périurbains selon la présence de maisons de santé (nombre de médecins / 100 000 habitants)



Source : Irdes

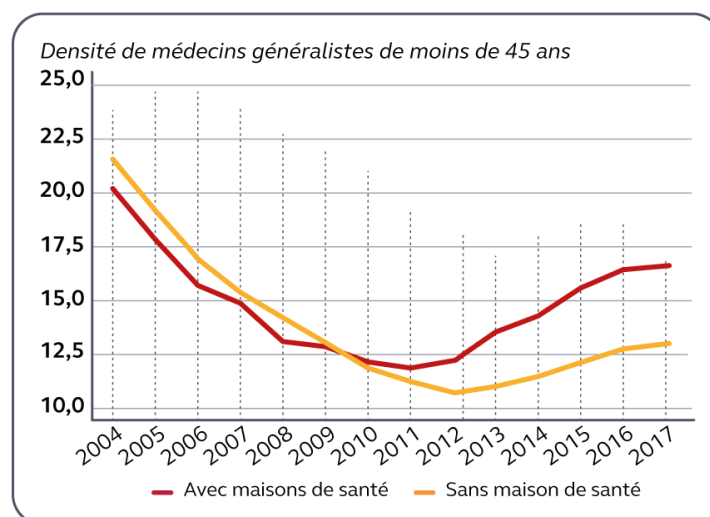
L'évolution de la densité de l'ensemble des médecins généralistes libéraux (quel que soit leur âge) est défavorable, durablement (cf. 1^{ère} partie), mais les territoires dotés d'une MSP connaissent une évolution plus positive : l'effet d'une l'implantation est estimé entre + 1,4 et + 1,7 médecin généraliste supplémentaire pour 100 000 habitants. Dans un contexte général difficile pour encore plusieurs années, et encore davantage dans la région Centre-Val de Loire, affectée par un grand nombre de départs prévisibles à la retraite, la baisse de la densité médicale sera donc moindre dans les territoires dotés d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

⁹⁶ Le sujet de l'enquête, issu de la plate-forme de participation citoyenne de la Cour, n'inclut pas la contribution des centres de santé publics et privés mais ceux-ci jouent un rôle important dans l'accès aux soins, notamment dans les secteurs où plus aucun praticien libéral ne s'installe, ce qui conduit des conseils régionaux et départementaux à mobiliser cette forme d'accès aux soins, notamment en régions Centre-Val de Loire et Occitanie, ou en Saône-et-Loire. L'offre des centres de santé est marquée par ailleurs par une histoire spécifique dans sa distribution géographique (cf. l'étude de référence : Emmanuel Vigneron, *Les centres de santé, une géographie rétro-prospective*, FEHAP, décembre 2014).

⁹⁷ Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, *Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?* Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°247, mars 2020.

⁹⁸ Mesuré en « différence de différences », en termes méthodologiques.

Graphique n° 4 : évolution de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans entre 2004 et 2017, dans les zones rurales, selon la présence de maisons de santé



Source : Irdes

Dans le graphique ci-dessus, il est possible d'observer une évolution parallèle de la densité entre les deux catégories de territoires ruraux étudiés jusqu'en 2011-2012, puis un découplage : la situation s'améliore dans les espaces avec une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), alors qu'elle évolue moins favorablement dans les zones dépourvues de MSP. Les modèles statistiques estiment l'effet favorable des MSP entre + 4 et + 4,5 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, par rapport aux territoires dépourvus de MSP.

Dans le cadre du congrès de la société savante « *Welfare and policy* » (WAP) à Bordeaux⁹⁹, une étude d'enseignants-chercheurs de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) et de l'École des hautes études de santé publique (EHESP) a analysé l'effet de la délivrance ou non d'aides financières (ZRR, AFR, Caim et Coscom de la Cnam), en comparaison avec l'existence ou l'absence de maisons de santé. La quasi-totalité des communes (34 924) a été étudiée sur la période 2005-2022, pour analyser les effets dans le temps des différentes mesures dont ont bénéficié certains territoires, par rapport à d'autres territoires présentant des caractéristiques identiques¹⁰⁰. Les résultats montrent que les aides fiscales (ZRR, AFR) n'ont eu aucun effet positif sur l'évolution de la densité de médecins généralistes de moins de 40 ans pour 100 000 habitants dans les territoires concernés, et sur l'ensemble de la période étudiée, lorsqu'elles interviennent isolément. En revanche, dans les communes ayant connu l'ouverture d'une MSP, une augmentation moyenne de 16,2 médecins généralistes de moins de 40 ans pour 100 000 habitants est constatée sur l'ensemble de la période étudiée. Pour leur part, les aides financières de la Cnam dans un territoire, au titre des Zip mais sans implantation conjointe d'au moins une MSP, ont un effet positif modeste mais

⁹⁹ Julien Mousquès, Guillaume Chevrillard et alli, *Money to come? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas*, Irdes-EHESP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025.

¹⁰⁰ Cf. annexe n° 4.

statistiquement peu significatif. La combinaison de l'implantation d'une MSP et d'aides financières améliore de 11,5 la densité médecins de moins de 40 ans pour 100 000 habitants, notamment en longue période, avec une significativité statistique constante¹⁰¹.

Dans les communes étudiées, l'effet bénéfique des MSP sans aide sur la densité médicale est supérieur à celui des MSP avec aides, ce qui est paradoxal. Pour l'interpréter, il est possible de formuler l'hypothèse que l'existence d'aides financières conduit à l'existence d'une petite frange de praticiens qui se déterminent pour cette raison et qui seraient donc moins stables, une fois les bénéfices de l'aide estompés. L'exemple cité le plus souvent est celui de praticiens qui quittent un territoire où des aides leur ont été délivrées par la Cnam pour se réinstaller dans un territoire juste voisin, dans lequel des aides fiscales sont présentes (ZRR, ZFU).

Dans son rapport charges et produits de 2025, la Cnam confirme l'effet positif des MSP dans les zones sanitaires sous-denses (Zip et Zac)¹⁰². Dans une autre publication¹⁰³, elle a montré l'intérêt, pour l'accessibilité des soins, de l'adhésion des médecins au programme de l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical. Cette collaboration améliore l'effectif des patients pris en charge ainsi que celui de la patientèle « médecin traitant ». Ces recrutements sont plus particulièrement le fait de l'exercice coordonné (MSP) ou regroupé (cabinet de groupe). Après 48 mois de recours à cette collaboration, la patientèle « médecin traitant » progresse de 19,5 % (contre + 6,6 % sans assistant médical) et le nombre de patients suivis augmente de 4,5 % (contre un fléchissement de - 5,3 % sans assistant médical). C'est dans les MSP que la progression de la file active est la plus prononcée (+ 5,1 %).

Dans une étude réalisée en juin 2024, la direction de la coordination de la gestion du risque de l'assurance maladie (DCGDR) du Centre-Val de Loire montre également que la présence des assistants médicaux, plus fréquente dans les MSP, a un effet durable et s'accroît au fil du temps : augmentation de 26,8 % de la patientèle « médecin traitant » un an après l'adhésion, en 2021, 45,6 % au 1^{er} juin 2024, avec un maximum de 47 % en Eure-et-Loir. L'effet positif est plus fort pour les assistants médicaux à plein temps que pour les postes pourvus à temps partiel. L'obstacle principal au recrutement d'assistants médicaux le plus souvent cité est l'absence de place pour les accueillir.

Au regard de ces résultats, les dispositions conventionnelles définies en 2024, applicables le 1^{er} janvier 2026, pour accentuer le niveau de soutien financier des praticiens libéraux accueillant des assistants médicaux dans les zones sous-denses sont pertinentes.

La progression du recours aux assistants médicaux démontre l'utilité de l'agrandissement des surfaces des MSP et du financement de ces extensions, car ces structures sont aussi invitées à accueillir des étudiants en médecine et des internes, voire des « *docteurs juniors* »¹⁰⁴ à partir du 1^{er} novembre 2026, pour la nouvelle quatrième année d'internat des médecins généralistes.

Cet accueil de stages suscite un intérêt pour le territoire (cf. *supra*) et fait émerger des projets d'installation, mais des questions juridiques et de financement peuvent s'opposer à l'agrandissement des MSP :

- des médecins locataires d'une collectivité publique ou d'un bailleur social – ce qui est le plus souvent le cas des MSP dans les zones sous-denses – ne peuvent prendre eux-mêmes

¹⁰¹ Cf. annexe n° 4.

¹⁰² Cnam, rapport Charges et produits de 2025, page 219.

¹⁰³ Sébastien Rivière, *Le dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux*, Cnam, Points de repère n° 55-213, août 2024.

¹⁰⁴ Internes de médecine générale dans la quatrième année de leur formation.

l'initiative de travaux d'agrandissement et s'interrogent sur les hausses de loyers qui leur seraient demandées en contrepartie, alors que l'accueil d'étudiants et d'internes relève d'une mission de l'enseignement supérieur ;

- des médecins propriétaires – directement ou par le truchement d'une société civile immobilière – s'interrogent aussi sur l'opportunité d'investir, et sur la légitimité de cette demande d'assumer cette charge financière de l'accueil de stages.

La création de MSP est d'ores et déjà fortement aidée par des subventions d'investissement de l'État¹⁰⁵ ou des collectivités territoriales, ainsi que par un accord conventionnel interprofessionnel spécifique avec la Cnam¹⁰⁶, voire avec des financements pour le recours aux assistants médicaux. Les leviers d'action sont donc multiples.

Au regard de la faible performance des aides fiscales isolées, comme cela a été démontré *supra*, il serait plus pertinent de recentrer les dépenses en direction des deux vecteurs indiscutablement utiles et efficaces que sont les MSP, d'une part, et l'accueil d'étudiants et d'internes, d'autre part, en soutenant les besoins d'élargissement des locaux. Cela peut, en outre, s'organiser sous la forme d'antennes¹⁰⁷ de MSP existantes, fonctionnant donc en réseau. Dans un document de synthèse, l'Association des maires de France met en avant l'exemple de la MSP de La Flèche (Sarthe), comportant un site principal et trois antennes organisées pour un travail en réseau associant 40 professionnels de santé¹⁰⁸.

Outre les subventions d'investissement, le soutien des collectivités territoriales pour lever ces contraintes immobilières peut prendre la forme d'une exonération de la taxe d'aménagement sur les opérations de construction ou d'agrandissement de bâtiments, ou de la taxe foncière sur les propriétés bâties et de la cotisation foncière des entreprises, sauf délibération contraire de leur part¹⁰⁹. Ces questions immobilières méritent d'être abordées de manière coordonnée dans le cadre d'un schéma départemental concerté entre les différentes autorités publiques et financeurs, avec leurs interlocuteurs professionnels (cf. *infra*). Par ailleurs, il est nécessaire de compléter la base de données relatives aux MSP¹¹⁰ avec l'indication de l'entité propriétaire de l'immobilier.

¹⁰⁵ En 2023, les quatre fonds nationaux pilotés par la DGCL - avec une instruction préfectorale - ont soutenu 192 projets pour 40,7 M€ sur le plan national, avec une subvention moyenne de 207 000 € et un maximum de 1,8 M€. Le taux de subvention moyen est de 24 %, avec un effet levier de 4,25 pour atteindre 173 M€ investis. Les chiffres sont stables dans le temps. Par ailleurs, le fonds de modernisation et l'investissement en santé (FMIS) piloté par la DGOS engage 15 M€ pendant trois ans, avec la circulaire DGOS/FIP1/AS2/2024/45 du 8 avril 2024 relative à la première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2024. Les ARS peuvent compléter ces subventions par une intervention du fonds d'intervention régional (FIR) mais la DGOS ne recense pas ces subventions.

¹⁰⁶ En 2023, les financements de l'ACI-MSP s'établissent à 153,5 M€ (source DGOS).

¹⁰⁷ Dans le même sens de l'intérêt de déployer des sites « secondaires » des praticiens, cf. Contribution de la conférence nationale des unions régionales de professionnels de santé – médecins libéraux, page 2, et la Contribution de l'Association des maires de France, page 4.

¹⁰⁸ Association des Maires de France (département action sociale, éducative, sportive et culturelle), Contribution : Accès aux soins, – N/Réf : SR/NJ – Note n° 56 ter, 29 avril 2025.

¹⁰⁹ Un grand nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles et de centres de santé sont d'ores et déjà exonérés par le seul fait qu'ils sont la propriété de communes ou d'intercommunalités ou de départements. Il s'agirait donc d'une mesure d'égalisation des conditions d'exploitation en faveur des MSP de statut privé.

¹¹⁰ Avec le même objectif pour les centres de santé ; actuellement, les professionnels de santé exerçant dans les MSP et dans les centres de santé sont connus des instances nationales mais pas les propriétaires des locaux.

Enfin, comme l'ont indiqué les représentants du Collège de la médecine générale à la Cour, le départ à la retraite ou pour une autre installation d'un médecin associé d'une MSP, dans une zone sous-dense, peut avoir pour effet de provoquer ensuite le départ ultérieur du seul médecin associé restant car il doit faire face à un niveau de charges trop élevé qui n'est plus mutualisé avec un confrère. Un soutien financier du médecin devenu isolé, en attendant l'arrivée d'un nouveau confrère serait nécessaire dans cette situation. Ce type d'intervention ne peut procéder de mesures paramétrées au niveau national et repose sur une concertation entre les autorités publiques locales et les professionnels concernés.

D - Mieux reconnaître et amplifier la contribution des médecins étrangers dans les territoires sous-denses

Une publication¹¹¹ de l'Irdes, réalisée en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins, a récemment mis en avant la plus forte mobilité des médecins généralistes libéraux et diplômés à l'étranger vers les zones sous-denses¹¹². Les auteurs constatent que *« comparés aux médecins généralistes libéraux diplômés en France, ceux nés et diplômés à l'étranger sont davantage installés dans les marges rurales que dans les autres types d'espace »*. Les médecins étrangers diplômés au sein de l'Union européenne bénéficient d'une reconnaissance automatique des diplômes et d'une liberté d'installation : ils sont principalement originaires de Roumanie (42,6 %), de Belgique (15,3 %) et d'Italie (14,6 %). Pour les titulaires d'un diplôme extra-européen, celui-ci a été obtenu principalement en Algérie (37,4 %), en Tunisie (10,4 %) ou en Syrie (9,5 %) dans le cadre, le plus souvent, de formations universitaires francophones¹¹³.

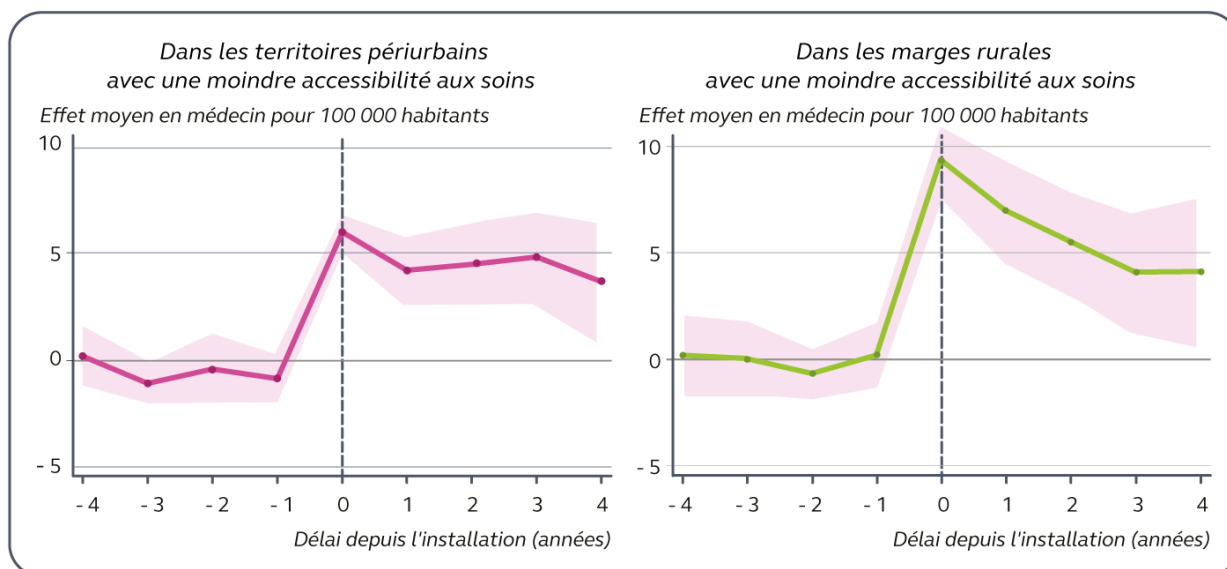
Ces médecins sont en moyenne plus âgés et plus mobiles après cinq années d'exercice en zone sous-dense mais leur contribution pour l'accès aux soins est significative (cf. graphique n° 5) : les effets sont compris entre + 9,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants en début de période et + 4 médecins quatre ans plus tard. La propension des primo-inscrits étrangers à s'installer dans les espaces périurbains et à y rester au moins cinq ans est ainsi nettement plus élevée que celle de leurs confrères formés en France.

¹¹¹ Guillaume Chevrillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, *Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées*, Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 282, , Octobre 2023.

¹¹² Les effectifs étudiés portent sur une période de 2007 à 2017, soit 58 372 médecins en 2007, dont 845 nés et diplômés à l'étranger, et 53 711 médecins en 2017, dont 1 808 nés et diplômés à l'étranger. Sur cette période, les primo-inscrits sont au nombre de 5 457, dont 856 nés et diplômés à l'étranger.

¹¹³ Source : Cnam, 2023.

Graphique n° 5 : estimation de l'effet moyen de l'installation de médecins nés et diplômés à l'étranger sur l'évolution de la densité de médecins généralistes entre 2007 et 2017



Source : Irdes

Les auteurs de l'étude concluent que, dans un contexte de raréfaction de l'offre de soins, l'apport des médecins nés et diplômés à l'étranger apparaît utile, en complément d'autres politiques publiques. Les résultats montrent, dans les localisations, une surreprésentation dans certains départements comme l'Aisne, le Cher, l'Orne, la Nièvre, le Cantal, l'Indre, le Loir-et-Cher et les Pyrénées-Orientales.

Le départ de médecins des zones rurales, après quatre années d'exercice dans celles-ci, est nettement plus marqué pour les médecins diplômés à l'étranger que pour ceux diplômés en France. L'importance de l'aide de la Cnam associée au contrat d'aide à l'installation des médecins (Caim, 50 000 € sur deux années) ou la puissance de l'aide fiscale en zone de revitalisation rurale (absence totale d'imposition sur le revenu pendant cinq années) constituent des explications possibles. L'étude note que les médecins formés à l'étranger sont proportionnellement trois fois plus nombreux dans les ZRR que leurs homologues formés en France¹¹⁴. Cependant, d'une part, la Cnam a d'ores et déjà transformé son dispositif d'aides à compter du 1^{er} janvier 2026 pour soutenir davantage l'implantation durable dans le territoire, en y renforçant le forfait médecin traitant tout en diminuant fortement le montant de l'aide lors de l'installation, de 50 000 € à 10 000 €. D'autre part, comme cette temporalité pourrait aussi correspondre à la décroissance progressive de l'aide fiscale en ZRR, cela conforterait les constats précédents sur l'inefficacité des aides fiscales pour favoriser une implantation médicale durable.

¹¹⁴ Guillaume Chevrillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, *Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées*, Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 282, , Octobre 2023.

En tout état de cause, l'implantation durable en zone rurale ou en périphérie des zones urbaines sous-dotées pourrait être intégrée dans la stratégie publique d'accueil des médecins titulaires de diplômes délivrés en dehors de l'Union européenne.

II - Réorganiser les aides en fonction des services à rendre aux patients

À la différence des aides fiscales à l'installation, l'exonération fiscale des revenus tirés de la participation des médecins à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est considérée comme utile par les agences régionales de santé. En effet, cette mesure est directement reliée à des services médicaux rendus, avec des sujétions de travail la nuit¹¹⁵ et les fins de semaine à partir du samedi midi. La PDSA répond à des besoins importants de la population et contribue à prévenir les recours non indispensables aux services d'urgences.

La valeur du service rendu par les médecins libéraux dans les zones sous-denses peut ainsi justifier des aides financières, à la condition que ce service soit effectif et satisfasse aux besoins de la population, deux exigences auxquelles les aides de la Cnam pourraient mieux répondre. Les difficultés des dix prochaines années exigent en effet de mieux cerner les besoins prioritaires des patients, ainsi que la dimension de plus en plus multi-professionnelle des soins de premier recours.

A - Mieux relier les aides de la Cnam aux services rendus aux patients

En théorie économique, l'attribution de subventions ou d'aides financières peut provoquer une diminution des services rendus par leurs bénéficiaires puisqu'ils disposent ainsi d'autres ressources que celles tirées directement de leur activité. Cette hypothèse économique du « *revenu-cible* », selon laquelle les acteurs ajustent leur activité en fonction de la globalité des revenus obtenus a été étudiée au Québec pour les médecins¹¹⁶, avec la conclusion que tel avait été le cas après une augmentation substantielle des honoraires¹¹⁷.

La Cour s'est donc attachée à analyser les liens pouvant exister entre l'attribution des aides démographiques de la Cnam et l'activité déployée au service des patients. L'étude a été réalisée sur 3 534 médecins généralistes, hors médecins à exercice particulier, bénéficiaires d'aides en 2023, pour l'essentiel au titre du contrat d'aide à l'installation de médecin (Caim, 25,77 %) et du contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Coscom, 61,07 %).

¹¹⁵ De 20h00 à 8h00.

¹¹⁶ Tous de statut libéral, y compris ceux exerçant dans des établissements hospitaliers publics.

¹¹⁷ Damien Contandriopoulos, Mélanie Perroux, *Fee increases and target income hypothesis: data from Quebec on physicians compensation and services volumes*», *Healthcare Policy*, 9 (2), novembre 2013, <https://www.longwoods.com/content/23613/citation>.

**Tableau n° 10 : activité des médecins généralistes ayant conclu un Caim en 2023
(revenus des activités de soins remboursées)**

	1 ^{er} quartile*	Médiane	Moyenne	3 ^e quartile**
Actes et consultations	1 931	3 390	3 518	4 768
Nombre de patients suivis	974	1 425	1 547	1 960
Nombre de patients « médecin traitant » ¹¹⁸	383	710	780	1 058
Revenus activités de soins (€)	55 005	93 868	99 462	131 322
Revenus incluant l'aide (€)	78 833	118 118	124 013	156 773
Part de l'aide dans le revenu d'activité (%)	41,8 %	26,9 %	25,25 %	19 %

*Lecture du premier quartile : 25 % des médecins bénéficiant d'un Caim avaient des revenus issus des activités de soins inférieurs à 55 005 €.

**Lecture du troisième quartile : 75 % des médecins bénéficiant d'un Caim avaient des revenus issus des seules activités de soins inférieurs à 131 322 €.

Source : Cour des comptes, à partir des données système national des données de santé

**Tableau n° 11 : activité des médecins généralistes ayant conclu un Coscom en 2023
(revenus des activités de soins remboursées)**

	1 ^{er} quartile	Médiane	Moyenne	3 ^e quartile
Actes et consultations	3 697	4813	5 178	6 288
Nombre de patients suivis	1 350	1 749	1 892	2 233
Nombre de patients « médecin traitant »	998	1 348	1 473	1 834
Revenus des activités de soins (€)	101 158	132 583	143 536	173 959
Revenus incluant l'aide (€)	106 631	137 658	148 637	178 782
Part de l'aide dans le revenu d'activité (%)	4,9 %	3,7 %	3,4 %	2,8 %

Source : Cour des comptes, à partir des données système national des données de santé

Les activités de soins des médecins bénéficiaires des contrats de coordination et de stabilisation des médecins (Coscom, tableau n° 11 *supra*) sont plus élevées que celles de leurs confrères récemment installés, en 2022 ou en 2023, et bénéficiaires à ce titre d'un contrat d'aide à l'installation de médecin (Caim, tableau n° 10 *supra*). Ce constat est logique car les médecins qui souscrivent un Coscom sont installés parfois de longue date.

Les revenus des médecins sont hétérogènes entre spécialités mais aussi au sein de la spécialité des généralistes. Les choix personnels de temps de travail varient, de même que la nature des activités : temps partiel hospitalier, consultations en centre de santé, cumul emploi-retraite, expertises, etc. Les données de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) confirment les ordres de grandeur et la forte variabilité des revenus : en 2023, la moyenne des revenus en secteur 1 s'établit à 88 630 € mais ils varient de 29 605 € (pour les 10 % les plus faibles) à 157 129 € (pour les 10 % les plus élevés)¹¹⁹. Les données recueillies pour la région Centre-Val de Loire présentent les mêmes contrastes (cf. annexe n° 3).

¹¹⁸ Nombre de patients déclarant un médecin traitant au 31 décembre 2023.

¹¹⁹ En secteur 2, la moyenne est de 80 461 € ; les 10 % les plus faibles sont à 10 530 € et les 10 % les plus élevés à 163 453 €.

Pour mieux apprécier l'effet des aides accordées, l'activité des médecins qui en bénéficient a été comparée¹²⁰ à celles des médecins n'en percevant pas mais présentant des caractéristiques d'activité similaires : nombre d'actes et de consultations, âge du médecin, APL des médecins de moins de 65 ans dans la commune d'exercice, part de la population de plus de 65 ans dans la commune d'exercice, classification Insee de la commune.

Les médecins généralistes ayant souscrit à un Caim¹²¹ ont en moyenne 432 patients de plus que les médecins ne recevant pas d'aide¹²². Les médecins recevant une aide réalisent en moyenne 909 consultations de plus que les médecins ne recevant pas d'aide¹²³.

Pour les généralistes ayant signé un Coscom, la différence moyenne de 114 patients¹²⁴ entre les médecins recevant une aide et ceux n'en recevant pas n'est pas significative. Il en va de même, s'agissant du nombre de consultations, la différence moyenne étant de 70¹²⁵.

Pour les autres spécialités (cardiologie, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie), trop peu d'observations ont pu être rassemblées pour être significatives statistiquement.

À la lumière de ces données, l'hypothèse selon laquelle les aides versées par la Cnam aux médecins libéraux pourraient les inciter à diminuer leur activité peut être écartée. C'est même l'inverse pour les généralistes bénéficiaires des Caim.

Un point de vigilance existe toutefois pour tenir compte de la profonde diversité des temps, des niveaux et des modalités d'activité des praticiens : il est difficile d'en tenir compte dans un juste paramétrage des mesures conventionnelles nationales. Les comportements de mobilité et leur évolution récente constituent une variable importante à prendre aussi en considération (cf. encadré *infra*). Enfin, s'agissant des généralistes bénéficiant des Coscom, l'augmentation du forfait « *médecin traitant* » en substitution de l'aide fondée sur ce contrat à compter du 1^{er} janvier 2026 pourrait conduire à une augmentation de la part de l'aide dans les revenus par rapport à celle observée en 2023.

La Cnam estime pour sa part à 33 M€ le coût de la majoration de 10 % du forfait « *médecin traitant* » pour les médecins installés en Zip, avec une majoration dégressive pour les primo-installés¹²⁶. Elle estime que cette dépense sera compensée par la diminution du coût des contrats d'aide à l'installation, de 37 M€¹²⁷ en 2023 puis de 60 M€ en 2024 et ramené à 19 M€ en 2026. En effet, le Caim évolue de 50 000 € sur deux ans à 10 000 € en un seul versement à compter du 1^{er} janvier 2026.

¹²⁰ Méthode dite « *d'optimal matching* ».

¹²¹ En cabinet principal et en activité libérale intégrale.

¹²² Avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %, soit de 360 à 504 patients supplémentaires.

¹²³ Avec un IC à 95 %, soit de 770 à 1 049 consultations supplémentaires.

¹²⁴ IC à 95 % : de 77 à 152.

¹²⁵ IC à 95 % : de - 2 à 142.

¹²⁶ Cnam, courriel du 10 septembre 2025.

¹²⁷ *Ibid.* Ce chiffre est légèrement différent (36,1 M€) des données individualisées reçues de la Cnam sur l'année 2023 et traitées par la Cour (cf. 1^{ère} partie), des différences pouvant intervenir selon la méthode de décompte : date d'engagement ou date de paiement.

La mobilité extra et intradépartementale des médecins

Le service des études et recherches statistiques du Cnom a analysé, pour contribuer aux travaux de la Cour¹²⁸, la trajectoire des médecins et leurs choix de mobilité. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte global marqué par le fait que, désormais, les médecins salariés inscrits à l'Ordre sont plus nombreux que les libéraux, toutes spécialités confondues, et que l'exercice mixte salarié-libéral se développe fortement.

« En 2010, 71,9 % des médecins diplômés dans les Bouches-du-Rhône entre 2005 et 2009 sont inscrits en activité régulière dans ce même département. En 2025, la proportion s'est réduite à 58,3 %, soit -18,5 % en 15 ans »¹²⁹. La décision d'installation initiale demeure essentielle mais « cela met en évidence une tendance à la mobilité des médecins au cours de leurs carrières »¹³⁰. Cette mobilité s'exerce à moyen et à long terme, en dépit des attaches nouées durant les années de faculté, juste après l'internat. La « rétention départementale » la plus forte se situe dans les Alpes-Maritimes (64,1 % en 2025) ; les départements de faculté les plus sujets aux départs sont la Guadeloupe et le Val-de-Marne (0 %), la Seine-Saint-Denis (16,7 %) et la Haute-Vienne (17,7 %). À Paris, le taux n'est que de 35 %.

Les hausses les plus marquées d'inscription de médecins en exercice libéral, entre 2010 et 2025, s'observent en Nouvelle-Calédonie, à Mayotte et à Paris (respectivement + 320 %, + 250 % et + 243 %). En revanche, les départements affichant les plus fortes baisses sont le Lot, les Hautes-Pyrénées et le Cantal (respectivement - 37,8 %, - 24,2 % et - 23,8 %). De nombreux étudiants suivent leurs études de médecine à Paris puis quittent cette métropole alors qu'inversement, de nombreux médecins s'installent en région parisienne après des études en province.

S'agissant de la mobilité interdépartementale, l'attrait des zones littorales et des métropoles est particulièrement net, quel que soit le département de faculté analysé par le Cnom (Bouches-du-Rhône, Gironde, Nord, Rhône, Paris).

La mobilité interdépartementale augmente aussi entre les périodes 2010-2015 et 2020-2025. En considérant globalement les généralistes, les cardiologues, les ophtalmologistes, les gynécologues et les pédiatres, environ 14 % d'entre eux ont déménagé avant l'âge de 40 ans, sur la période 2020-2025. La proportion fléchit à 7 % entre 40 et 59 ans, puis est de l'ordre de 5 % au-delà de 60 ans. Chez les généralistes, la mobilité augmente peu avant 40 ans (0,9 %), puis de 1,5 % chez les 40-59 ans. Elle recule à partir de 60 ans. La mobilité des cardiologues augmente dans toutes les tranches d'âge. Tel est le cas aussi pour les ophtalmologistes. La mobilité des gynécologues est en baisse en début et en fin d'exercice, avant 40 ans et après 60 ans, mais en hausse entre 40 et 59 ans. La mobilité des pédiatres est en baisse pour toutes les tranches d'âge.

L'efficacité de la stratégie d'aides à l'installation des médecins libéraux doit désormais tenir compte de cette mobilité croissante des médecins, à l'échelle tant extra qu'intradépartementale. Elle engage à une gestion en proximité, condition de la pertinence des attributions comme de la rigueur du contrôle des engagements pris en contrepartie (cf. *infra*).

¹²⁸ Stéphanie Rasse, *Trajectoires des médecins ayant obtenu leur diplôme d'État entre 2005 et 2009 et leurs départements d'inscription en activité régulière, et selon leur mode d'exercice, 2010, 2015, 2020 et 2025*, Cnom, Août 2025. Mouvement intra-départemental 2010-2025 pour les généralistes, cardiologues, gynécologues, pédiatres et ophtalmologistes.

¹²⁹ Cnom, op.cit.

¹³⁰ Cnom, op.cit.

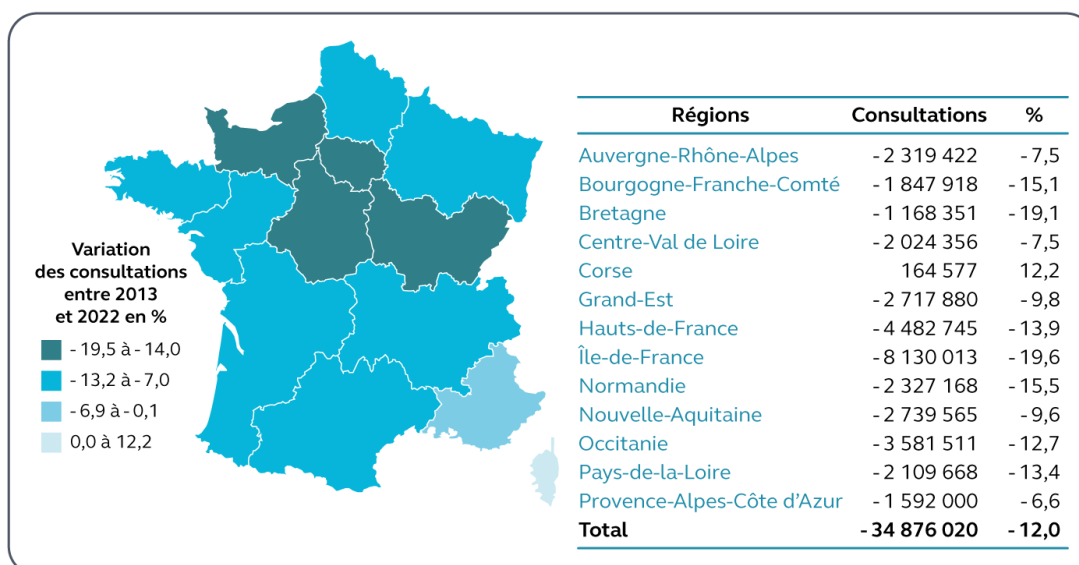
B - Intégrer les besoins de santé prioritaires et prendre en compte des indicateurs complémentaires

Compte tenu du contexte durable de pénurie médicale, de la lenteur du rétablissement de l'offre médicale de premier recours et de ses lourdes conséquences pour les patients, il est nécessaire d'identifier les besoins prioritaires de santé publique à satisfaire.

Par exemple, les séjours hospitaliers pour des amputations concernant des patients souffrant de diabète de type 2, réalisés dans les départements de la région Centre-Val de Loire, sont nettement plus élevés que la moyenne nationale. Cela s'explique par le fait que nombre d'entre eux n'ont pas bénéficié d'un suivi suffisant : les diagnostics comme la mise en place des traitements sont tardifs et les hospitalisations interviennent alors dans des contextes d'urgence, avec des situations détériorées. Le taux de séjour hospitalier pour 1 000 habitants était de 0,20 en moyenne nationale en 2023, mais il atteint 0,31 dans le Cher et le Loir-et-Cher, soit 50 % de plus que la moyenne nationale, et 0,27 dans l'Indre. Le Loiret se situe dans la moyenne nationale ; le taux est de 0,19 en Eure-et-Loir et de 0,18 en Indre-et-Loire.

Cet exemple conduit à la nécessité d'évaluer la « *dette de santé publique* » qui se constitue (retards de soins, hospitalisations tardives avec des situations compromises), qui résulte des failles de l'offre de soins de premier recours. Une étude conduite dans la région Centre-Val de Loire, associant la direction de la coordination de la gestion du risque de l'assurance maladie (DCGDR), l'union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) et des universitaires¹³¹, permet de mieux prendre la mesure de la baisse de consommation de soins en médecine générale et de ses effets.

Carte n° 4 : variations de consommation de soins de médecine générale par région, de 2013 à 2022



Source : Katsiaryna Kananovich, Charlotte de Fontgalland, Frédérique Ménoret, Jean-Marc Macé, *Disparités spatiales d'accès aux soins de médecine générale : une étude longitudinale des territoires vécus de médecine générale en région Centre-Val de Loire entre 2013 et 2022*, document de travail.

¹³¹ Katsiaryna Kananovich, Charlotte de Fontgalland, Frédérique Ménoret, Jean-Marc Macé, *Disparités spatiales d'accès aux soins de médecine générale : une étude longitudinale des territoires vécus de médecine générale en région Centre-Val de Loire entre 2013 et 2022*, document de travail.

La carte comme le tableau montrent l'importance de la baisse du nombre de consultations de médecine générale entre 2013 et 2022, et son intensité dans quatre régions. Les auteurs observent, particulièrement en région Centre-Val de Loire :

- une hausse importante de la charge de travail pesant sur les médecins (+ 26 % de la patientèle « médecin traitant » reçue) ;
- un quasi-doublement de l'activité de SOS médecins et des urgentistes ;
- une migration vers les téléconsultations¹³² ;
- une augmentation de 16 % des passages aux urgences ;
- une forte diminution des consultations hors région (- 50 %), ce qui accentue les difficultés constatées d'accès aux soins.

Les auteurs en concluent que « *les téléconsultations et les passages aux urgences ne compensent pas le déficit des consultations qui reste de 11 %*¹³³ », dans un contexte où l'indice comparatif de mortalité (ICM) augmente dans cette région par rapport à celui de la France hexagonale.

Concernant le recours aux urgences hospitalières évitables, notamment si les assurés sociaux pouvaient accéder en temps utile à un praticien de premier recours, il est possible en complément d'analyser les résumés des passages aux urgences (RPU) qui comportent une codification des degrés d'urgence¹³⁴. Les passages aux urgences cotés « CCMU 1 » correspondent aux patients reçus mais stables, sans acte diagnostique ou thérapeutique nécessaire, et qui peuvent pour partie être pris en charge en cabinet médical libéral¹³⁵. Le taux de « CCMU 1 » est le symptôme d'une compensation par l'hôpital d'une offre médicale de premier recours insuffisante.

L'observation de la proportion des passages en CCMU 1 peut être associée au niveau de l'offre médicale de premier recours disponible par territoire de vie-santé, en fonction de l'accessibilité potentielle localisée (APL). La carte a été réalisée par la Cour pour la région Centre-Val de Loire.

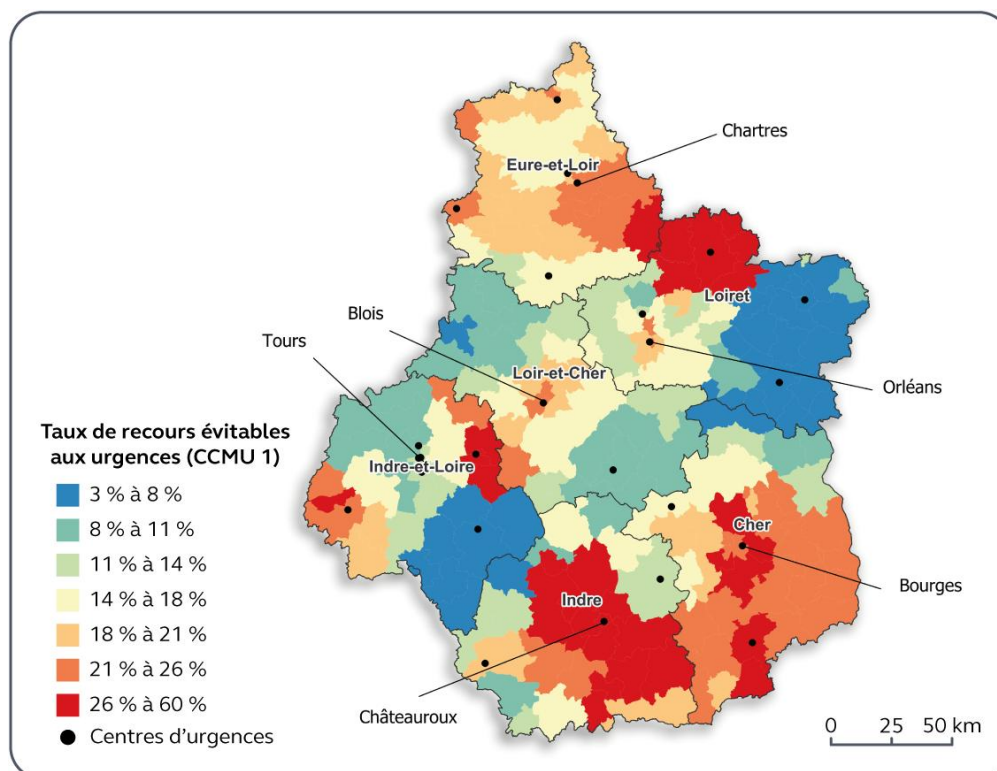
¹³² La limite économique de cette alternative est que les téléconsultations nécessitent parfois une seconde consultation, en présence du médecin.

¹³³ Si la population avait consulté en 2022 au même niveau qu'en 2013.

¹³⁴ La classification comporte cinq niveaux, complétés par deux classifications particulières :
CCMU 1 : patients stables, sans acte complémentaire nécessaire.
CCMU 2 : patients stables mais nécessitant un acte diagnostique ou thérapeutique (ex : sutures, radiographies) ;
CCMU 2 : concerne certains actes spécifiques non réalisables en ville, entraînant une majoration financière ;
CCMU 3 : patients instables avec risque d'aggravation, sans mise en jeu immédiate du pronostic vital ;
CCMU 4 : pathologie engageant le pronostic vital, sans geste de réanimation immédiat
CCMU 5 : Patients dont le pronostic vital est engagé, nécessitant une réanimation
CCMU P : Problèmes psychiatriques sans pathologie somatique instable
CCMU D : Patients décédés à l'arrivée ou rapidement après, sans réanimation.

¹³⁵ Dans le rapport d'une mission d'information sur les urgences, le Sénat a estimé sur la base d'un sondage à 20 % des patients la proportion de ceux d'entre eux qui recourent aux urgences hospitalières, faute d'une solution identifiée et accessible en ville. Source : Laurence Cohen, Catherine Génisson, René-Paul Savary, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, n° 685, déposé le 26 juillet 2017.

**Carte n° 5 : taux de recours aux services d’urgences cotés « CCMU 1 »
par territoire de vie-santé en région Centre-Val de Loire en 2023**



Nota : la moyenne française du recours coté en CCMU 1 correspond aux couleurs vert pâle et jaune de la légende ci-dessous. Les couleurs orange, orange vif, rouge, se situent au-dessus, voire très au-dessus, de la moyenne nationale.

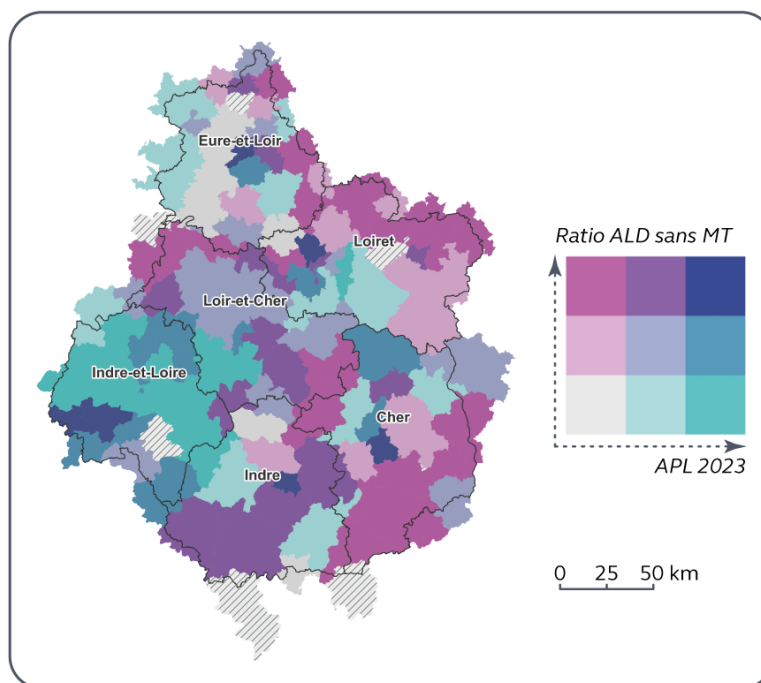
Source : Cour des comptes, d'après les données de la Drees et de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Des taux élevés peuvent être observés dans le Cher et dans l'Indre, ainsi que dans le secteur de Pithiviers. Ils correspondent aux indications de grandes difficultés que connaît dans certaines zones la démographie médicale¹³⁶. Ce constat incite aussi à une action beaucoup plus concertée entre la médecine de ville et la médecine hospitalière dans les territoires sous-denses (cf. *infra*).

Ce constat engage aussi à réorganiser l'accès aux soins de premier recours et l'attribution des aides financières, en mobilisant des indicateurs traduisant la réalité concrète des besoins de soins des patients du territoire, par exemple en intégrant aussi dans l'analyse les patients atteints d'affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant. En effet, les zonages sanitaires actuels, Zip et Zac, reposent sur une appréciation simplifiée de la demande en fonction de l'âge de la population et de l'offre médicale. Il est ainsi possible d'analyser conjointement la proportion des patients sous ALD et sans médecin traitant avec les données de l'APL. Les situations tendues de l'Indre, du sud du Cher, de l'est du Loiret, du nord et de l'est de l'Eure-et-Loir, et enfin du Loir-et-Cher, apparaissent clairement selon une typologie de couleurs conjuguant les deux paramètres.

¹³⁶ Un constat similaire a été établi pour le département des Ardennes, dans le rapport public thématique de la Cour des comptes sur *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, mai 2024, page 43.

Carte n° 6 : Accessibilité potentielle localisée des médecins et proportion des patients sous affection de longue durée, par territoire de vie-santé (TVS) en 2023



Lecture : la couleur violette exprime la situation associant l'APL la plus faible et une proportion élevée de patients sous ALD sans médecin traitant ; la couleur verte exprime une APL plus élevée avec une faible proportion de patients sous ALD sans médecin traitant ; la couleur bleue exprime une discordance : en dépit d'une APL plus élevée, un fort taux de patients sous ALD et sans médecin traitant apparaît.

Nota : MSA

Source : Cour des comptes, d'après les données de la Drees et de la DCRGDR

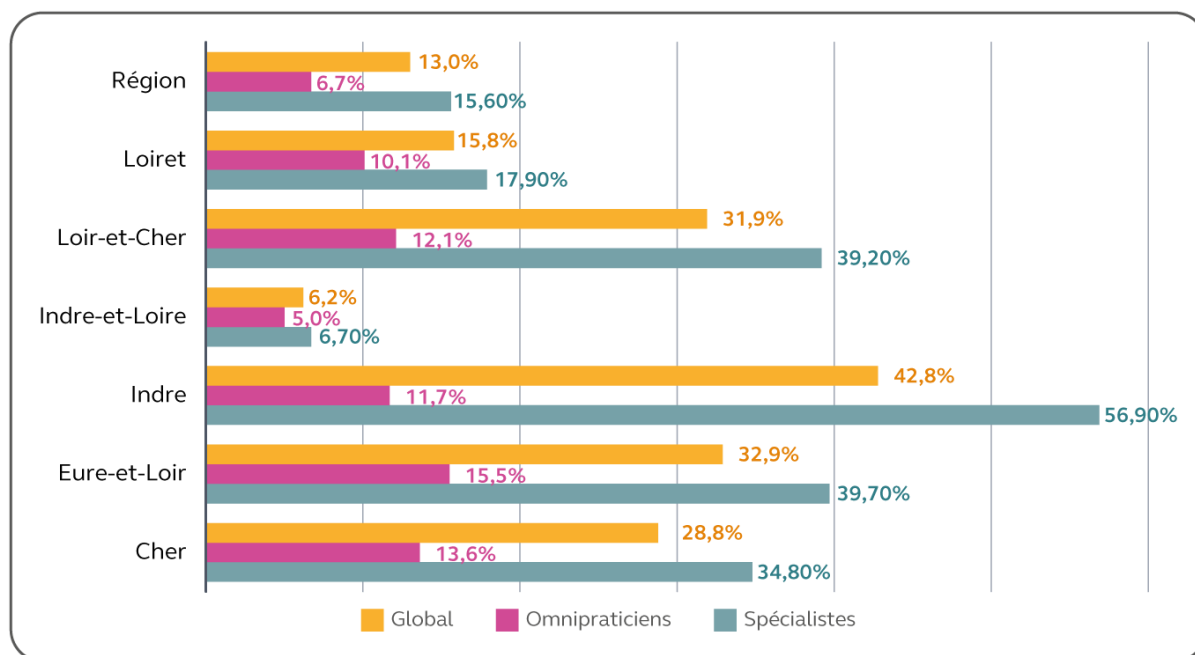
La carte des patients sous ALD sans médecin traitant présente l'intérêt de confronter les objectifs de la politique publique avec les besoins réels des patients, plutôt qu'avec des besoins théoriques d'une « *population statistique* », en tenant compte de l'intensité de leur besoin de suivi médical. Ce diagnostic territorial est beaucoup plus éloquent vis-à-vis des professionnels de santé, des administrations déconcentrées et des élus locaux que l'APL, dont les qualités sont différentes. Dans cette perspective, la carte ci-dessus devrait être complétée par les données issues de la Mutualité sociale agricole (MSA)¹³⁷.

Classique dans le secteur hospitalier depuis 20 ans, le « *taux de fuite* » des patients, qui traduit le nombre d'actes pour lesquels ces patients sont tenus de se déplacer hors de leur département, voire de leur région de domiciliation, pour autant qu'ils soient en mesure de le faire, apporte un autre éclairage utile. La cellule de coordination régionale de la gestion du risque de Centre-Val de Loire a mesuré ces taux de fuite pour 2024 : elle a constaté une dépense de soins de 81,9 M€ de la part des patients de la région ayant sollicité les services de médecins libéraux situés hors de la région, soit 13 % du total des dépenses. Dans 85 % des cas, ces

¹³⁷ Ce que la Cour n'a pu réaliser, faute de données et de temps.

déplacements ont pour motif la consultation d'un médecin spécialiste (non généraliste), pour l'essentiel installé en Île-de-France.

Graphique n° 6 : taux de fuite pour des consultations et actes libéraux, par département, en région Centre-Val de Loire, en 2024



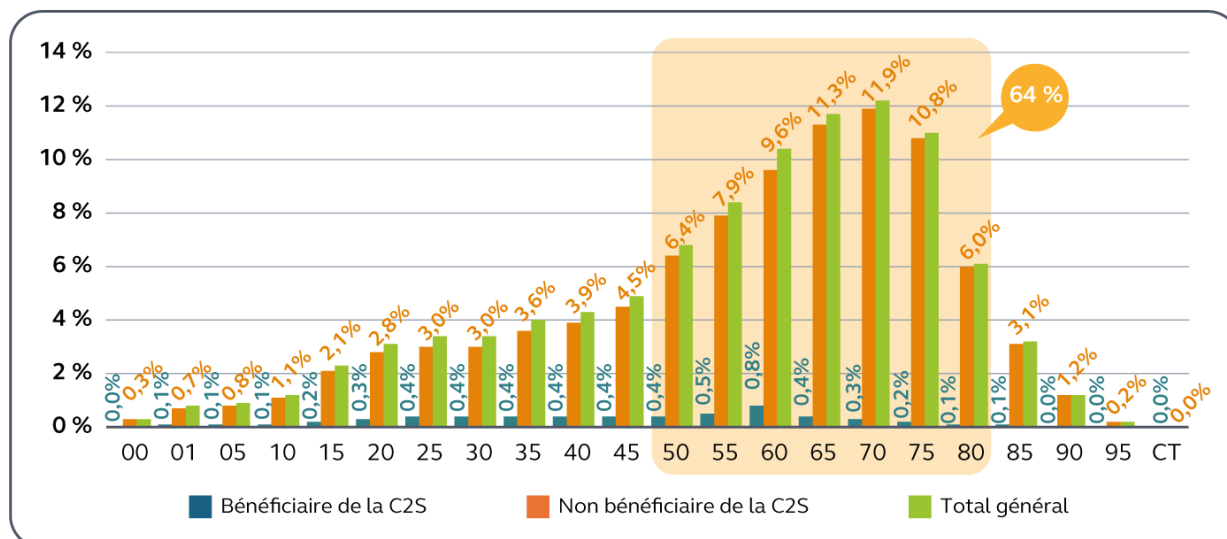
Source : DCRGDR du Centre-Val de Loire

L'étude met en évidence la part importante des secteurs du radiodiagnostic, de l'imagerie médicale et de l'oncologie radiothérapeutique dans les taux de fuite. Cette réalité confirme le caractère judicieux de la disposition dérogatoire figurant dans le droit des autorisations des activités radiothérapeutiques, qui permet aux directeurs généraux d'agence régionale de santé d'alléger les conditions techniques de leur fonctionnement, afin d'éviter des temps de trajet ou des délais d'attente excessifs, selon les configurations territoriales¹³⁸. L'observation des taux de fuite en premier recours selon les territoires, et de leurs raisons, est une manière complémentaire d'objectiver les insuffisances les plus préoccupantes de l'offre de soins, en se plaçant du point de vue des patients et des besoins de santé. Cette analyse des taux de fuite en médecine de ville réalisée en région Centre-Val de Loire mériterait d'être élargie à l'échelle nationale par l'un des organismes nationaux compétents (Cnam, Drees, Insee, Irdes), qui ont accès aux données nécessaires.

Cette étude, présentée à la communauté médicale de la région Centre-Val de Loire, permet d'observer aussi que les patients en situation socio-économique précaire et bénéficiant de l'assurance complémentaire de santé solidaire (CSS) sont peu représentés dans les taux de fuite, parmi les patients consultant à l'extérieur du département (cf. graphique *infra*).

¹³⁸ Article R. 6123-93-2 du code de la santé publique (décret n°2022-689 du 26 avril 2022).

Graphique n° 7 : part de fuite par tranche d'âge vers les spécialistes et les plateaux techniques, selon l'affiliation à l'assurance complémentaire de santé solidaire (CSS¹³⁹), en 2024



Note de lecture : pour résumer les enseignements du graphique, le patient qui est en mesure de rechercher du soin et d'y accéder hors région est non bénéficiaire de la C2S et a entre 50 et 80 ans.

Source : DCRGDR du Centre-Val de Loire

Pour les patients bénéficiant de la CSS, le graphique corrobore les échanges avec la Cour des représentants de l'association « Médecins solidaires »¹⁴⁰ sur « les oubliés » du système de santé, qui ne disposent pas du ressort social pour aller rechercher ailleurs les soins dont ils ont besoin. Pour ces assurés sociaux, le manque de médecins se traduit par un effet « d'impasse territoriale » avec une privation d'accès aux soins.

Un rapport remis en juin 2024¹⁴¹ souligne la possibilité d'objectiver statistiquement les principaux besoins grâce à l'analyse statistique des données de santé, sur la base desquelles peuvent être définis des « objectifs de couverture opérationnelle de la santé dans le département », à partir d'un « panier de soins » territorialisé, établi en fonction des changements démographiques, des tendances de santé et des progrès médicaux. Une étude réalisée dans la région Centre-Val de Loire¹⁴² corrobore le caractère réalisable de cette proposition, à partir d'une observation détaillée des consultations et des actes de premier et de second recours réalisés ou manquants dans toutes les spécialités : ces résultats sont traduits de manière opérationnelle par territoire de communauté professionnelle territoriale de santé

¹³⁹ Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont ici pris en compte sur l'option gratuite et payante.

¹⁴⁰ Cf. annexe n° 3 et site internet : <https://medecins-solidaires.fr/qui-sommes-nous/lassociation/#single/0> ; Libération, Centres de santé en zone rurale : le pari utopique du départ fonctionne, 9 décembre 2024, page 16 ; Le Monde, Contre les déserts médicaux : médecins solidaires, l'association qui entend soigner les territoires ruraux, 26 juin 2025 ; Podcast du journal Le Monde du 23 août 2025, <https://podcasts.lemonde.fr/le-monde-festival-international-de-journalisme-les-rencontre/202508230400-pourquoi-la-france-fait-face-aux-deserts-medicaux>.

¹⁴¹ Santé et territoires : la place et le rôle de Départements de France, sous la supervision technique du Pr Samir Henni, médecin et directeur général des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, praticien hospitalier et professeur des universités (faculté d'Angers), Départements de France, juin 2024.

¹⁴² Charlotte de Fontgalland et alii, Accès aux actes et consultations de second recours en région Centre-Val de Loire, Santé publique, 2023/3 (vol. 35), pages 235 à 250.

(CPTS), ainsi qu'en effectif de professionnels manquant. Au-delà de l'imagerie médicale précitée, les spécialités les plus concernées par les manques sont la pédiatrie, avec une équivalence à l'activité de 28 spécialistes, la pathologie cardio-vasculaire (21), la gynécologie (20)¹⁴³, la dermatologie (17), la gastro-entérologie et hépatologie (16). Cette approche leur a permis également d'estimer les besoins de formation des internes.

Face au risque d'une vision statistique nationale simplificatrice, éloignée des réalités territoriales, et au risque inverse de multiplication des approches locales non éprouvées sur le plan méthodologique ni comparables entre elles, il convient d'organiser un dispositif harmonisé qui permette de conjuguer la robustesse des méthodes nationales avec le niveau de détail et de pragmatisme que permet l'approche locale.

La production de données statistiques au niveau national peut alimenter la connaissance locale, en particulier sur le plan méthodologique et grâce à la comparaison avec des moyennes, mais elle ne peut pas se substituer à la connaissance fine et partagée des parties prenantes d'un territoire (CPTS, CPAM, Ordre des médecins, délégation départementale de l'ARS, élus des communes, des EPCI et du département, effecteurs du service d'aide médicale urgente (Samu) et du service d'accès aux soins (SAS), coordonnateurs des spécialités). Cette approche partenariale a déjà fait l'objet des recommandations n° 8 et n° 12 du rapport d'information du Sénat, de 2021¹⁴⁴.

C'est la conjugaison des données sur l'offre de santé, sur la patientèle effective et la plus précarisée (patients sous ALD sans médecin traitant, bénéficiaires de la C2S, etc.), ainsi que sur les familles de pathologies pressantes et les besoins de soins mesurés à l'échelle territoriale, qui constituera le socle partagé le plus fructueux pour l'élaboration d'une stratégie concertée en matière d'aides financières. Les travaux conduits dans la région Centre-Val de Loire par la direction de la coordination de la gestion du risque, l'union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux (URPS-ML) et des universitaires, en relation étroite avec l'Ordre des médecins et les élus locaux, sont un exemple utile pour les études statistiques des experts nationaux, lesquels pourraient associer ces auteurs à leurs réflexions.

Chaque maille géographique comporte ses mérites et ses limites, selon les usages recherchés. Une maille géographique large, comme celle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), lisse parfois de forts contrastes internes et peut masquer les besoins particuliers qui ne sont perceptibles qu'à des échelles plus fines : tel est le cas, par exemple, de la communauté d'agglomération du Pays basque qui regroupe 158 communes situées, pour une part, dans une zone littorale dense en offre de soins (de Hendaye, au sud, à Tarnos, au nord) et, pour l'autre, dans un arrière-pays en situation de pénurie sensible (de Guiche et Bardos au nord, à Banca et Aidudes au sud, à Lanne en Barétous à l'est). Les territoires de vie-santé (TVS) n'échappent pas à ce risque : dans sa plate-forme de propositions, l'Intersyndicale nationale des internes (Isni) souligne que la ville de Nice – ville de plus de 350 000 habitants – constitue aujourd'hui un seul TVS, inapproprié à la compréhension des contrastes qui la traversent¹⁴⁵. Cette diversité peut devenir un atout si elle est partagée et

¹⁴³ En dépit de son grand intérêt, la limite de cette approche est qu'elle ne prend pas en compte les différentes manières d'accès aux soins et au suivi gynécologiques : sages-femmes, secteur hospitalier (cf. *infra*).

¹⁴⁴ Philippe Mouiller et Patricia Schillinger, Les initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, rapport d'information n°63 fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif au 14 octobre 2021, page 24.

¹⁴⁵ Intersyndicale nationale des Internes, Contribution, *Accès aux soins : une réponse pour les territoires par les territoires*, janvier 2025.

proposée à la réflexion conjointe, pour une concertation documentée sur les besoins prioritaires à satisfaire (cf. *infra*).

L'efficacité des initiatives et des moyens engagés par les différents financeurs, ne peut pas être obtenue sur la seule base de l'application indifférenciée de découpages géographiques, et de mesures nationales, d'autant qu'elles demeurent encore largement de conception monoprofessionnelle¹⁴⁶.

III - Coordonner les aides grâce à un schéma départemental d'initiatives concertées

Le manque d'efficacité des aides financières à l'installation des médecins libéraux tient à plusieurs facteurs qui ne peuvent s'appréhender qu'à proximité des territoires concernés : ces aides demeurent organisées sur un mode mono-professionnel alors que la réalité des services rendus évolue rapidement vers une dimension multiprofessionnelle. Par ailleurs, le diagnostic de zones durablement carencées en soins primaires ne suffit pas à établir une stratégie efficace et durable d'implantation des médecins et des autres professionnels de santé. Face à ces réalités, les interventions publiques ne sont pas suffisamment articulées entre l'échelon national et l'intervention des collectivités territoriales, ce qui appelle la conception d'un schéma départemental d'initiatives concertées.

A - Mieux valoriser le potentiel pluriprofessionnel mobilisable

L'approche par les besoins de soins évoquée *supra* présente l'intérêt de s'extraire d'analyses établies isolément pour chacune des professions de santé qui ne prennent en compte ni la réalité des attentes des jeunes médecins pour s'installer (disposer d'un environnement soignant suffisant pour une pratique de qualité) ni les relais possibles entre professionnels et établissements de santé. Les graves difficultés de la démographie médicale, notamment dans des régions comme le Centre-Val de Loire, imposent de mobiliser le potentiel pluriprofessionnel de l'offre de soins.

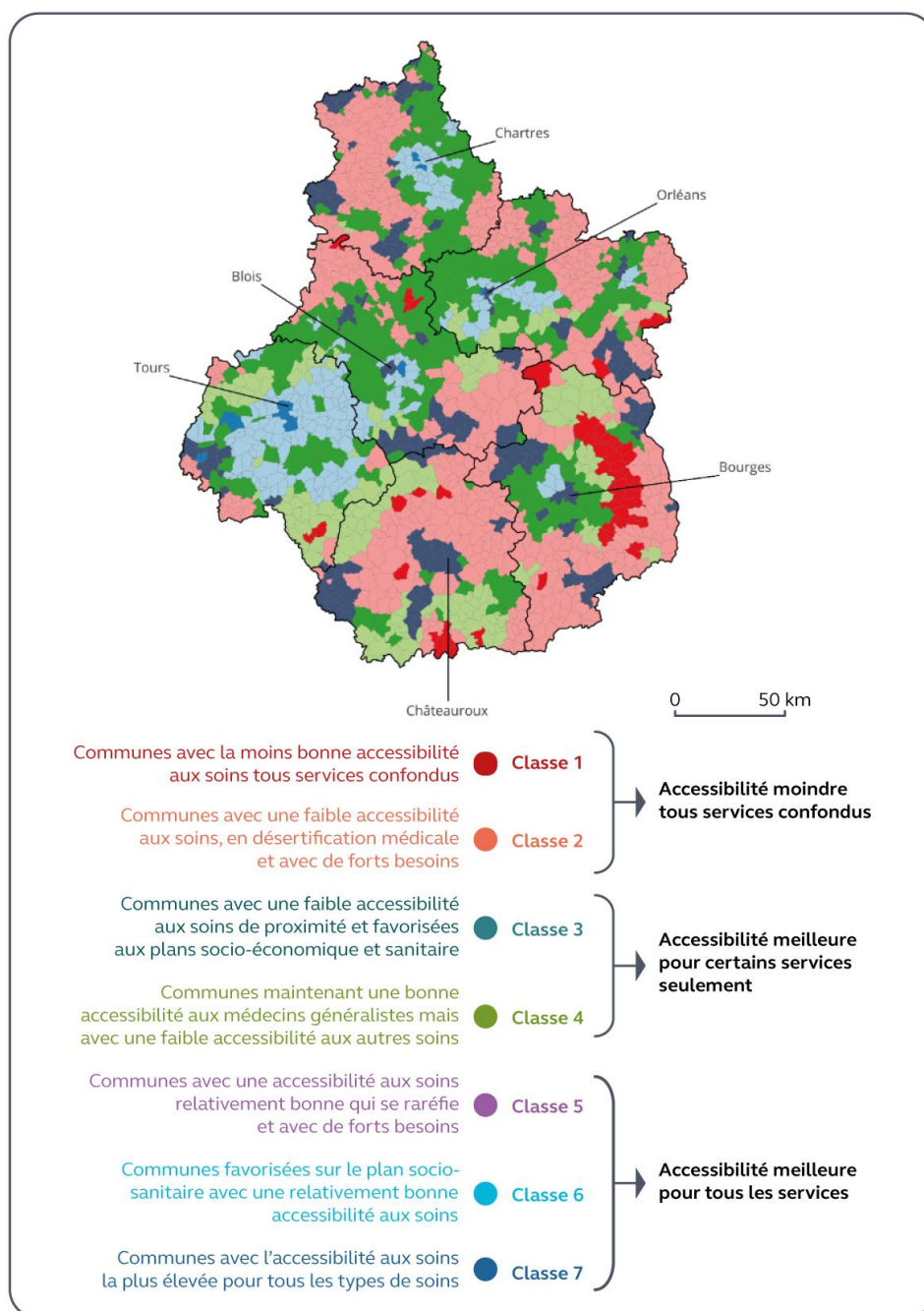
L'Irdes a réalisé une étude sur l'accessibilité des soins de santé¹⁴⁷ tenant compte du caractère pluriprofessionnel des soins de première ligne, en associant l'APL des médecins généralistes, l'APL des infirmiers libéraux, l'APL des masseurs-kinésithérapeutes, la distance de la pharmacie la plus proche, la distance du laboratoire de biologie médicale le plus proche, la distance du radiologue le plus proche, la distance du service d'urgence le plus proche. La dynamique de l'offre est intégrée par la variation annuelle de l'APL des médecins généralistes et par la proportion des généralistes âgés de plus de 60 ans. Pour articuler ces variables avec les besoins en matière de soins de santé, le taux de mortalité standardisé, le taux standardisé de mortalité prématurée et le revenu médian par unité de consommation sont intégrés.

¹⁴⁶ La mesure de l'accessibilité potentielle localisée (APL) n'a été établie que pour les médecins généralistes, mais pas pour toutes les autres spécialités médicales.

¹⁴⁷ Marie Bonal, Cindy Padilla, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, *Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses*, Irdes, document de travail n° 93, mars 2025.

Sur ce socle de données, une typologie territoriale a été construite, permettant de distinguer sept classes communales d'accès aux soins primaires.

Carte n° 7 : accessibilité des soins primaires en région Centre-Val de Loire¹⁴⁸



Source : Irdes

¹⁴⁸ La carte à l'échelle globale (territoire hexagonal et ultra-marin) figure en page 14 de la même publication mais la finesse d'analyse rend sa lecture malaisée.

Cette carte rend visible l'ampleur des distorsions dans la facilité d'accès aux soins que rencontrent les habitants de cette région, avec l'étendue des zones rouges et roses signalant les difficultés les plus marquées, y compris en tenant compte des ressources pluriprofessionnelles de santé. Elle offre aussi une profondeur d'analyse pluriprofessionnelle novatrice qui permet de substituer à la notion simplificatrice de « *déserts médicaux* » ou de « *zones sous-denses en médecins* », celle de « *communes prioritaires pour l'amélioration de l'accès aux soins primaires* », clarificatrice pour engager des plans d'action.

L'intérêt de cette approche pluriprofessionnelle peut être approfondi, par exemple avec la double complémentarité entre gynécologues et sage-femmes pour le suivi gynécologique, d'une part, et l'offre de ville et l'offre hospitalière d'autre part¹⁴⁹.

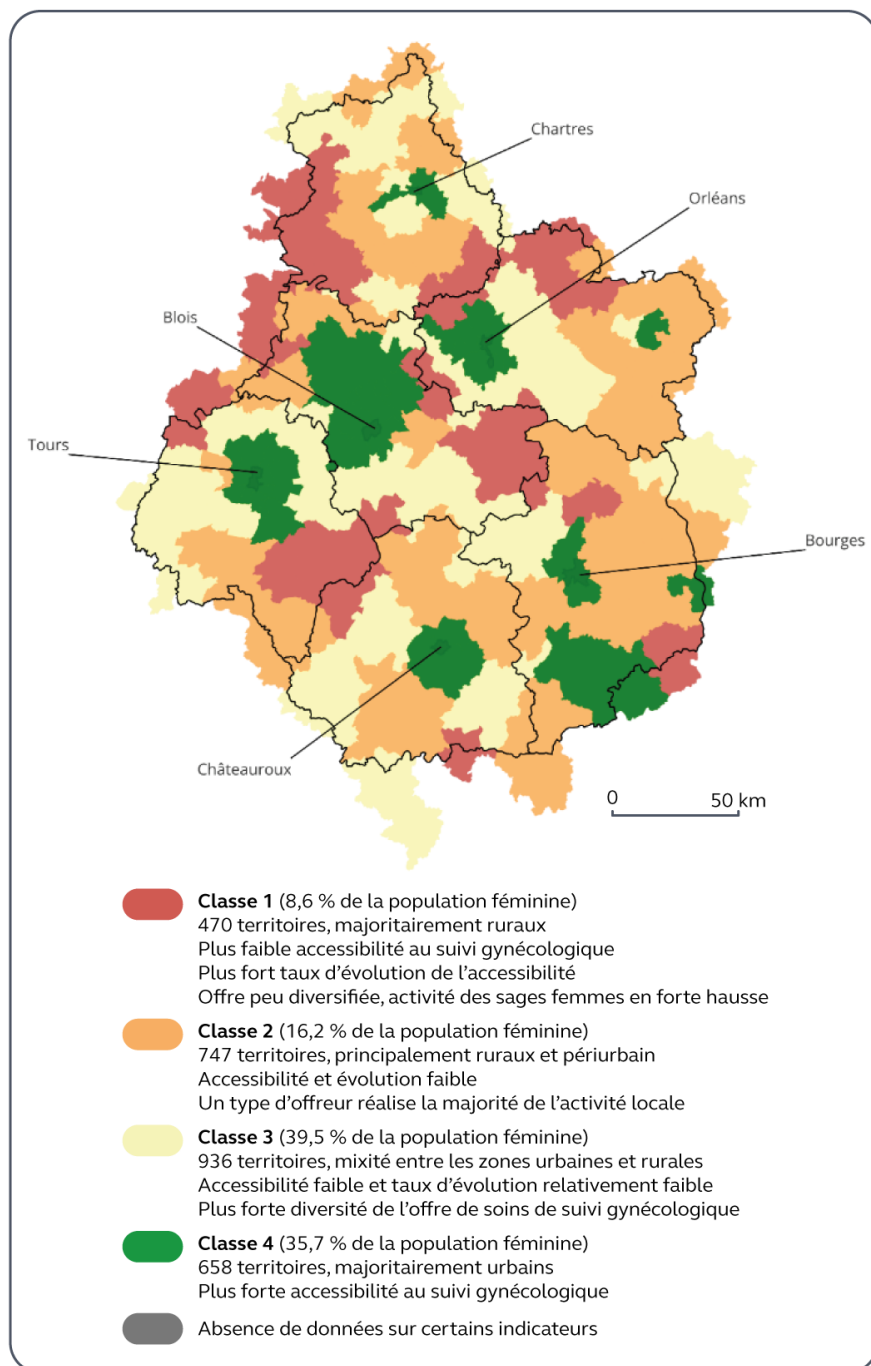
Une étude a été publiée sur les dynamiques territoriales observées depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes en 2016¹⁵⁰. Quatre dimensions de la santé sexuelle ont été abordées : le suivi gynécologique, la contraception, les dépistages du cancer de l'utérus et les infections sexuellement transmissibles. « *Les sages-femmes constituent de fait une nouvelle offre de soins pour les femmes, en complément des gynécologues et des généralistes* »¹⁵¹. Leur installation est régulée depuis 2019 : à moins d'un départ elles ne peuvent pas s'installer dans un territoire considéré comme surdoté, et elles reçoivent des incitations financières à l'installation. L'étude montre, sur le plan national, une nette réduction des inégalités territoriales de 2016 à 2022 et une réduction des temps de parcours des patientes. Elle montre aussi une forte dynamique d'inclusion des femmes résidant dans des structures médico-sociales, dont les difficultés d'accès aux soins gynécologiques sont souvent signalées.

¹⁴⁹ Dans sa contribution du 6 juin 2025, l'Association des maires de France souligne l'importance de mobiliser tous les professionnels de santé pour répondre aux besoins des territoires sous-denses, au-delà des seuls médecins. Source : Association des Maires de France, département action sociale, éducative, sportive et culturelle, *Lutte contre les déserts médicaux et accès aux soins*, N/Réf :SR/NJ– Note n° 74, page 5.

¹⁵⁰ Thomas Karnycheff, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès Guillaume Chevillard, *Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sage-femmes ?* *Revue francophone sur la santé et les territoires*, 23 février 2025, page 11.

¹⁵¹ *Ibid.*, page 3. La carte à l'échelle globale (territoire hexagonal et ultra-marin) figure en page 14 de la même publication mais la finesse d'analyse rend sa lecture malaisée.

Carte n° 8 : dynamique d'évolution de l'accès au suivi gynécologique en région Centre-Val de Loire, en quatre classes d'accessibilité des professionnels qui y contribuent



Source : Thomas Karnycheff, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès Guillaume Chevillard, Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sage-femmes ? revue francophone sur la santé et les territoires, 23 février 2025, page 11

La couleur orange permet de repérer les situations les plus critiques : accessibilité faible, lente évolution, offre restant monoprofessionnelle et, donc, plus encore à la merci d'un départ. La couleur verte est plus favorable. Le contexte est typiquement propice à l'élaboration de solutions mobiles, avec l'appui des professionnels des zones vertes. Le département du Cher s'est déjà engagé dans cette voie, ainsi que d'autres départements dans d'autres régions, sur des sujets voisins comme le dépistage des cancers du sein avec un « *Mammobile* », dans le département du Calvados, qui obtient de bons résultats en taux de dépistage (taux de participation du cancer du sein de 54 %, à comparer au taux de 46,5 % au plan national) ¹⁵².

L'étude indique que demeurent des zones de recours aux soins gynécologiques particulièrement difficiles, notamment en temps d'accès. Elle souligne aussi l'importance d'une approche fine au niveau communal, pour une compréhension de certains contrastes invisibles dans une maille géographique de taille supérieure, notamment en Île-de-France. L'étude présente enfin l'intérêt d'intégrer, dans son analyse, l'offre de soins primaires apportée par les établissements de santé, notamment sous la forme d'actes et de consultations externes (ACE), souvent ignorés dans les travaux statistiques sur les soins de première ligne¹⁵³. Ce point a déjà fait l'objet d'une recommandation de la Cour¹⁵⁴.

L'intégration du secteur hospitalier dans ce périmètre de réflexion est particulièrement pertinente lorsque le sujet est étendu aux besoins de périnatalité et d'obstétrique, mettant en jeu la permanence des soins dans un territoire sous-dense ou le devenir d'une maternité. En effet, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes qui quittent l'exercice hospitalier pour exercer la gynécologie médicale en ville peuvent bénéficier d'aides à l'installation substantielles, de la Cnam comme fiscales. Cette mutation peut menacer les activités territoriales de périnatalité et d'obstétrique, le tour de garde devenant insoutenable pour les praticiens hospitaliers restants.

L'analyse territoriale doit donc être élargie aux effets potentiels induits par des dispositifs d'aide, non seulement entre les professions de santé, mais aussi entre les secteurs de la ville et des établissements de santé : cette analyse ne peut se concevoir hors d'un dialogue de proximité entre les autorités publiques et les représentants des professionnels.

B - Établir une stratégie collective d'implantation des médecins et des autres professions de santé

La mise en cohérence des diverses aides financières à l'installation des médecins conditionne leur efficacité. Face à la pénurie de médecin, les collectivités territoriales ont multiplié les initiatives qui ont pu s'avérer concurrentes entre elles et inefficaces, dans une

¹⁵² Ouest-France, *Le mammobile, cabinet de radiologie mobile, sillonne le Calvados*, 3 octobre 2022. ARS de Normandie, communiqué du 21 octobre 2024.

¹⁵³ Dans sa contribution du 6 juin 2025, l'Association des maires de France souligne l'intérêt de l'exercice médical mixte reliant médecine de ville et médecine hospitalière. Source : Association des Maires de France, département action sociale, éducative, sportive et culturelle, *Lutte contre les déserts médicaux et accès aux soins*, N/Réf : SR/NJ- Note n° 74, page 5.

¹⁵⁴ Cour des comptes, *Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins*, Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019, recommandation n° 28, page 311, octobre 2019.

approche qui ne tient pas compte des déterminants réels d'installation, et insuffisamment des services prioritaires à rendre aux patients selon les territoires. L'approche demeure trop monoprofessionnelle¹⁵⁵ et cloisonnée entre la ville et l'hôpital, entre l'exercice libéral et salarié, soit un large potentiel d'amélioration pour les assurés sociaux sans solutions.

Des initiatives reposant sur le volontariat de médecins se sont déployées dans certains territoires, comme au sein de l'association « médecins solidaires », avec l'appui d'élus locaux et des ARS.

Les initiatives de l'association « médecins solidaires »¹⁵⁶

Médecins solidaires est une association à but non lucratif qui a pris l'initiative de créer des centres de santé reposant sur le volontariat de médecins installés ailleurs mais acceptant de venir y consulter pendant une semaine, moyennant un salaire de 1 000 € avec le logement et le transport pris en charge. Elle résulte de l'initiative de huit médecins. Son principe est ainsi formulé vis à vis de leurs confrères : « *Au lieu de demander beaucoup à peu, on peut essayer de demander peu à beaucoup* ».

La continuité de fonctionnement et la coordination entre les médecins volontaires est assurée par deux coordinatrices qui gèrent l'agenda, la gestion des ouvertures de droits et les honoraires. Les communes d'installation mettent à disposition gratuitement les locaux de consultation et assument les charges de l'immobilier¹⁵⁷. Les volontaires sont, pour un tiers, des remplaçants, pour un tiers des médecins installés et pour un tiers des médecins retraités dont la fin d'exercice actif date de moins de trois ans. Le vivier national est de 780 médecins volontaires, dont 350 ont déjà servi une semaine ou plus. Le principe est également l'absence d'engagement dans la durée pour le médecin qui se déclare volontaire.

¹⁵⁵ L'accessibilité potentielle localisée (APL) ne concerne aujourd'hui que les médecins généralistes et non toutes les autres spécialités, dont l'exercice s'inscrit dans des aires territoriales différentes.

¹⁵⁶ Médecins solidaires, *rapport d'activité 2024*, page 6. Site internet : <https://medecins-solidaires.fr/qui-sommes-nous/lassociation/#single/0>. Podcast du journal Le Monde du 23 août 2025, <https://podcasts.lemonde.fr/le-monde-festival-international-de-journalisme-les-rencontre/202508230400-pourquoi-la-france-fait-face-aux-deserts-medicaux>.

¹⁵⁷ L'association a une équipe nationale de 14 salariés, soit une dépense de 800 000 € et elle a indiqué à la Cour que, dans l'attente de l'atteinte de la taille critique de 21 centres permettant un fonctionnement sans subventions, une contribution de 160 000 € est demandée aux communes accueillant un centre de santé, soit 1/5^{ème} de la dépense de fonctionnement au plan national.

Le premier centre a été mis en service dans la Creuse, en octobre 2022, dans la suite d'échanges avec la déléguée départementale de l'ARS, puis un second dans ce même département en octobre 2023. Un troisième centre a été installé dans le Cher, à Charenton-du-Cher. De prochaines ouvertures sont prévues en Eure-et-Loir, dans l'Indre, le Loiret, en Haute-Vienne, dans les Deux-Sèvres, la Nièvre, et le Lot-et-Garonne, zones carencées. Tous les centres de santé existants sont installés dans des Zip mais aucun des centres créés ne se situe dans les territoires prioritaires définis par le gouvernement, à partir des cartes établies par la Drees dans le cadre du récent « pacte contre les déserts médicaux ». Le choix effectué des EPCI pour le pacte ne correspond pas à la granularité particulière des services médicaux et la seule présence d'un service d'urgences et de quelques jeunes médecins suffit à ce qu'il ne soit plus considéré comme un territoire prioritaire *en dépit d'une APL faible (1,68)* : tel est le cas du centre de santé du Cher, situé à 10 minutes des urgences de Saint-Amand-Montrond, ville de 9 000 habitants avec un seul généraliste. Le ministère chargé de la santé a soutenu le développement de l'association en intégrant ce type de contribution territoriale dans la liste des contrats à durée déterminée (CDD), dits d'usage, pour rendre cette organisation conforme aux dispositions du code du travail.

Cependant, d'autres leviers juridiques et financiers doivent être mobilisés, au-delà des initiatives volontaires, aussi utiles soient-elles. Aujourd'hui, le cadre juridique des aides financières pour les médecins libéraux entre les collectivités territoriales et l'État, ainsi qu'avec la Cnam, repose sur un renvoi juridique entre le code général des collectivités territoriales (CGCT) et le code de la santé publique (CSP). Depuis 2005, l'article L. 1511-8 du CGCT dispose que « *les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies* » comme présentant un déficit en matière d'offre de soins, c'est-à-dire, actuellement, dans les zones établies « *en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique* ». S'agissant d'aides économiques à des personnes privées, la légalité des aides des collectivités territoriales est donc subordonnée par le CGCT à des priorités géographiques définies dans le cadre du code de la santé publique, au titre de la pénurie de médecins.

Ces aides à destination directe des professionnels de santé sont définies à l'article R. 1511-44 du CGCT comme pouvant consister en « *la prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins* » ; « *la mise à disposition de locaux destinés à cette activité* » ; « *la mise à disposition d'un logement* » ; « *le versement d'une prime d'installation* » ; ou encore « *le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire* ». L'article R. 1511-45 du même code détaille le contenu des conventions mentionnées dans l'article L. 1511-8 entre le professionnel de santé, bénéficiaire des aides, et les collectivités ou groupements de collectivités qui attribuent les aides.

Compte-tenu des exigences de conformité avec les priorités géographiques définies dans le cadre du code de la santé publique, ces conventions d'attribution des aides doivent être obligatoirement transmises pour information aux ARS, aux organismes locaux d'assurance maladie, et au préfet, pour l'exercice du contrôle de légalité. Ces conventions doivent préciser, d'une part, « *les engagements pris par le bénéficiaire en contrepartie des aides accordées, qui incluent obligatoirement l'engagement d'exercice effectif* » dans une zone définie, « *pour une période minimale de trois ans* » et, d'autre part, « *les conditions dans lesquelles les aides prennent fin* » ainsi que « *les conditions dans lesquelles l'intéressé s'oblige, en cas de non-respect de ses engagements, à restituer, en tout ou en partie, les aides perçues* ».

Pour la définition des priorités géographiques, le 1° de l'article L. 1434-4 du CSP auquel renvoie le CGCT est ainsi rédigé : « 1° *Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale* »¹⁵⁸.

Cette architecture présente aujourd'hui trois faiblesses.

En premier lieu, la règle de l'exclusivité des aides financières des collectivités territoriales dans les seules zones sanitaires (Zip et Zac) n'est pas respectée, comme l'indique un rapport établi pour la DGOS¹⁵⁹. Les délibérations non conformes ne sont que rarement déferées au contrôle de légalité par les préfets¹⁶⁰ : une seule jurisprudence a été identifiée par la Cour.

En deuxième lieu, le constat statistique d'une zone sous-dense en médecins libéraux, quand bien même la règle des Zip et des Zac serait toujours respectée par les collectivités, ne suffit pas à définir une stratégie collective et concertée pour des installations efficaces et durables.

En troisième lieu, l'identification de zones sinistrées et l'ouverture de la possibilité d'aides financières, voire immobilières, ne s'accompagnent pas d'une recherche active de candidats. Pour une meilleure efficacité, les financeurs pourraient convenir d'une approche plus proactive, sous la forme d'appels à manifestation d'intérêt (AMI), pour faire largement connaître les besoins prioritaires et les installations qui seraient conjointement et fortement soutenues. Les relations établies entre financeurs et candidats seraient alors plus équilibrées.

L'étude de l'Irdes sur l'approche multiprofessionnelle (cf. *supra*), souligne « *l'importance des petites centralités dans l'accessibilité [des] aux services de proximité* »¹⁶¹, pour contrebalancer l'attraction des grandes villes et du littoral qui s'exerce sur les médecins comme sur d'autres professions et activités. Une étude de l'Observatoire régional de la santé (ORS) en Île-de-France¹⁶² établit les mêmes constats sur le fondement d'une typologie territoriale qui souligne aussi le rôle de certaines « *petites villes ou bourgs-centres* », qui sont de « *véritables pôles urbains* » sur lesquels une programmation départementale des AMI pourrait s'appuyer.

L'important est alors de pouvoir organiser un diagnostic partagé pour des initiatives concertées pour attirer de nouvelles installations. En effet, une installation efficace, donc durable, de médecins libéraux, en relation avec d'autres professions de santé, doit tenir compte de l'évolution du territoire, des axes de circulation et des transports en commun existants ou à

¹⁵⁸ Les zones sanitaires sont définies par un arrêté du directeur -général de l'ARS.

¹⁵⁹ Sophie Augros, *Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins*, délégation nationale à l'offre de soins, septembre 2019.

¹⁶⁰ TA de Strasbourg, 12 février 2021, Préfet du Haut-Rhin, n° 2001541, conclusions de la rapporteure publique : « *Nous n'avons trouvé sur ce point aucun précédent jurisprudentiel, circonstance qui nous paraît pouvoir s'expliquer par le fait qu'on peine à identifier des requérants ayant un intérêt à contester la mise en œuvre d'une telle aide, laquelle répond a priori à un besoin essentiel de la population locale* ».

¹⁶¹ Marie Bonal, Cindy Padilla, Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli, Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses, Irdes, document de travail n° 93, mars 2025.

¹⁶² Catherine Mangeney, *Où s'installent les médecins libéraux en Île-de-France ?* Observatoire régional de santé Île-de-France, Focus santé en Île-de-France, 2024.

venir, des lotissements de logements qui se construisent, des implantations ou des départs d'activités agro-alimentaires, industrielles ou de services, des solutions de scolarité pour les enfants, ainsi que des autres activités de santé (cf. *supra*). La manière la plus efficace d'intégrer ces réalités territoriales aux réflexions et d'éviter une concurrence stérile entre collectivités, dans laquelle chacune pourrait souhaiter construire et soutenir financièrement sa propre MSP (ou son propre centre de santé comme alternative salariée), est de structurer une concertation permettant de définir un schéma départemental¹⁶³ d'initiatives concertées (SDIC) dans le domaine des soins de premier recours et des aides mises en place, à partir duquel seront lancés les AMI, d'un commun accord. L'échelon départemental permet en effet de rassembler dans la concertation les principaux financeurs : les services de l'État (préfet, ARS), les élus locaux des régions, départements, communes et intercommunalités, ainsi que les caisses primaires d'assurance maladie.

Le rapport d'information du Sénat de 2021¹⁶⁴ avait déjà fait de l'élaboration d'une vision stratégique avec les élus, la première de cinq recommandations adressées à l'État, et de la nécessité de projets construits de manière partenariale, la première des sept recommandations adressées aux élus¹⁶⁵. Les comparaisons internationales réalisées montrent que la gestion des soins de premier recours dans les pays voisins est nettement plus déconcentrée ou décentralisée, avec un pilotage plus structuré prenant en compte les liens entre les échelons nationaux ou fédéraux.

L'intérêt de l'échelon départemental pour l'organisation de l'accès aux soins primaires

L'intérêt de cet échelon a déjà été souligné par la Cour dans le rapport sur « *L'organisation territoriale des soins de premier recours* », en mai 2024¹⁶⁶.

Le niveau départemental est nettement mis en avant par la proposition de loi « *pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires* », adoptée par le Sénat le 13 mai 2025. Par ailleurs, les résultats de l'enquête menée avec Départements de France montrent que l'engagement de ces collectivités est conçu dans un cadre majoritairement partenarial : 90 % des interventions sont réalisées en partenariat, avec toutes les parties prenantes pertinentes, l'ARS et sa délégation départementale étant la plus souvent citée (90 %) ; 80 % des répondants indiquent souhaiter une action concertée de l'État et des collectivités pour être plus efficaces ; 20 % indiquent l'intérêt d'un schéma partagé avec l'ARS, 20 % citent plutôt le CDOM, 14 % la CPAM¹⁶⁷.

¹⁶³ L'intérêt de l'échelon départemental a déjà été souligné par la Cour. Source : Cour des comptes, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, rapport public thématique, mai 2024.

¹⁶⁴ Philippe Mouiller et Patricia Schillinger, Les initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, Rapport d'information n°63 fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif au 14 octobre 2021, page 24.

¹⁶⁵ Op.cit.

¹⁶⁶ Cour des comptes, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, rapport public thématique, mai 2024.

¹⁶⁷ Dans sa contribution, la conférence nationale des unions régionales des professionnels de santé – médecins libéraux, souligne l'intérêt de la maille départementale pour déployer des aides efficacement, pages 4 et 5.

Un exemple peut être tiré du secours aux personnes, pour lequel le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) fédère les parties prenantes et leurs engagements opérationnels en fonction de l'analyse des caractéristiques du département. Les compétences médico-sociales des départements, partagées avec l'ARS, en font des partenaires quotidiens et leurs compétences sociales étendues (protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance) comportent des interactions nombreuses avec les missions des ARS sur l'offre de soins. En outre, la loi dite 3DS¹⁶⁸ a récemment élargi les capacités d'action des départements dans le domaine de la santé, notamment pour la création de centres de santé.

Enfin, c'est au niveau du département que peut être le mieux appréciée l'organisation de l'accès aux soins. Le département représente une maille territoriale intermédiaire entre des régions vastes pour nombre d'entre elles, d'une part, et les communes et intercommunalités, d'autre part. Par ailleurs, les ARS doivent assurer une articulation globale avec les conseils départementaux, dans la mesure où l'article L. 1432-1 du code de la santé publique dispose que « *chaque année, le directeur départemental présente au président du conseil départemental le bilan de l'action de l'agence dans le département.* ».

Cette concertation pourrait alors associer :

- l'ARS avec ses délégations départementales, qui détient la compétence juridique de définition des zones prioritaires et peut attribuer des aides dans le cadre du fonds d'intervention régional, et dispose d'une responsabilité globale sur l'offre de soins multiprofessionnelle, y compris l'offre hospitalière (cf. *supra*) ;
- le département qui est la collectivité qui assume de nombreuses compétences conjointement avec l'ARS et sa délégation départementale ;
- le préfet de département qui est en relation permanente avec tous les échelons territoriaux, qui peut mobiliser les crédits d'intervention à l'appui des investissements des collectivités territoriales, mais aussi déclencher un contrôle de légalité sur des délibérations discutables ;
- l'association des maires du département, composante de l'Association des maires de France (AMF), en complémentarité avec l'Association des maires ruraux de France (ARMF),
- la région, à laquelle le code général des collectivités territoriales (CGCT art. L. 4221-1) donne compétence pour « promouvoir le développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région et l'aménagement de son territoire » et « l'aménagement de son territoire », et qui exerce des responsabilités importantes dans le domaine des formations sanitaires et sociales, notamment paramédicales (code de la santé publique, articles L. 4383-2 et suivants) ;
- le conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) qui dispose de l'information la plus actualisée sur les installations et départs de médecins, hors de portée des statistiques nationales ;
- la caisse primaire d'assurance maladie qui a accès aux informations les plus précises sur l'accès aux soins des assurés sociaux, sur les patients sous ALD sans médecin traitant, sur les bénéficiaires de l'assurance complémentaire de santé solidaire, sur l'activité des médecins libéraux, sur le fonctionnement des aides de la Cnam dans le département ;

¹⁶⁸ Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), structures professionnelles collégiales pouvant fédérer une approche pluriprofessionnelle de la réponse aux besoins de santé, et engager des actions concrètes en direction des zones ou des patients prioritaires (patients en ALD sans médecin traitant) ;
- les représentants des usagers désignés par les conseils territoriaux de santé (CTS).

Une concertation pour un schéma départemental d'initiatives concertées (SDIC) permettrait la planification des AMI pour des implantations prioritaires justifiant d'aides financières, ainsi que la définition d'une stratégie commune pour soutenir les lieux d'accueil de stages d'étudiants et d'internes en zone sous-dense¹⁶⁹. Le SDIC pourrait prendre la forme d'une liste de communes d'implantations prioritaires et faire l'objet d'un arrêté du directeur général de l'ARS, puisque la santé relève de la compétence de l'État¹⁷⁰, et que la légalité des aides économiques aux personnes privées est subordonnée aux zones géographiques définies dans le cadre du code de la santé publique. Cet arrêté serait obligatoirement pris après concertation avec le préfet et les différentes parties prenantes (cf. *infra*). Ce schéma n'organiserait pas la subordination d'une collectivité à une autre ou à l'État – chacune demeurant libre de participer ou non aux initiatives concertées – mais les différentes initiatives et aides publiques pourraient ainsi être mieux coordonnées. Leurs travaux seraient éclairés par les supports statistiques rassemblés par les organismes nationaux (cf. *supra*). Dans ce contexte, la légalité des aides financières des collectivités territoriales serait subordonnée à la compatibilité avec le SDIC, dans le cadre d'une évolution de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique qui pourrait ajouter au 1° une phrase ainsi rédigée : « *La légalité des aides des collectivités territoriales pour des subventions d'investissement ou la contribution à des charges d'exploitation ou l'attribution de primes à des médecins libéraux ou à leurs groupements est subordonnée à leur compatibilité avec la liste des communes identifiées comme des priorités partagées, après avis du comité départemental de concertation pour l'accès aux soins de premier recours. La composition de ce comité est établie par un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des collectivités territoriales* ».

Sur ce fondement plus précis et d'un schéma départemental concerté, le préfet pourrait déclencher de manière étayée le contrôle de légalité sur des délibérations contraires voire concurrentes de collectivités territoriales¹⁷¹.

La cohérence des options entre collectivités territoriales est d'autant plus importante que la loi dite 3DS¹⁷² a conforté les possibilités d'intervention des régions et des départements dans la gestion de centres de santé, et il est essentiel que l'exercice coordonné en libéral ou en salariat en centres de santé ne soient pas pénalisés par une concurrence négative, alors que les ressources

¹⁶⁹ Dans le même sens d'une cohérence du soutien des installations organisée au niveau départemental, la contribution de la conférence nationale des unions régionales de professionnels de santé – médecins libéraux, pages 4 et 5.

¹⁷⁰ Dans sa contribution du 6 juin 2025, département Action sociale, éducative, sportive et culturelle, N/Réf:SR/NJ– Note n°74 « Lutte contre les déserts médicaux et accès aux soins », l'Association des maires de France insiste sur le fait que la santé est de la responsabilité de l'État, page 3.

¹⁷¹ Cf. note 123.

¹⁷² Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

médicales sont rares¹⁷³. Dans le même esprit, la connaissance conjointe par l'ARS, par les élus, par le conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM), par les collectivités territoriales, des forces et faiblesses de leur offre hospitalière doit être mobilisée pour établir des coopérations. Certains besoins prioritaires de la population peuvent aussi être satisfaits sous la forme d'actes et consultations externes des établissements de santé.

La connaissance du territoire par les membres de ce comité de concertation conditionne sa qualité de fonctionnement. Certaines séances de travail pourraient avec profit inviter le doyen de la Faculté de médecine et les coordonnateurs de spécialité, notamment de médecine générale, pour la promotion des stages en zones sous-dense et le soutien des maîtres de stage. Tel pourrait également être le cas du rectorat, pour aborder les enjeux partagés d'attractivité des métiers de la santé et de l'autonomie, dans le cadre de l'enseignement secondaire.

Une concertation départementale dynamique : l'exemple précurseur des Pyrénées-Atlantiques

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASP), le département des Pyrénées-Atlantiques et l'ARS ont mis en place depuis 2017, avec l'appui de la préfecture, un copilotage sur la thématique de la santé et de l'accès aux soins de premier recours. Après une expérimentation sur deux territoires du département en 2017-2018, le concept d'« accueil unique personnalisé » des médecins généralistes et des internes souhaitant s'installer a été mis en place en 2019.

Le guichet unique intitulé « *Présence médicale 64*¹⁷⁴ » est copiloté par le département et l'ARS. Sa gouvernance inclut aussi un comité de pilotage déterminant collectivement les orientations stratégiques : elle regroupe d'autres institutions (caisse primaire d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole, région Nouvelle-Aquitaine), des organismes de formation (université de médecine de Bordeaux, conseil des généralistes enseignants d'Aquitaine), des professions médicales et leurs représentants (conseil départemental de l'Ordre des médecins notamment) et les territoires mobilisés et associés à la décision.

« *Présence médicale 64* » réalise des études pour les territoires sur les besoins en médecins, mais aussi pour les médecins généralistes souhaitant s'installer. Il a par exemple publié en 2024 un atlas de la démographie médicale des médecins généralistes libéraux installés dans les Pyrénées-Atlantiques et exerçant en cabinet, par territoire. Il soutient les médecins dans leur installation, sur le plan professionnel (facilitation des démarches administratives, mobilisation des aides financières) comme personnel (recherche d'hébergement, scolarisation et garde des enfants, aide pour l'emploi du conjoint). D'autres départements ont mis en œuvre des programmes similaires, notamment en Centre-Val de Loire.

Source : Documents transmis par « *Présence médicale 64* » et <https://www.presencemedicale64.fr/>

¹⁷³ Dans sa contribution du 6 juin 2025, l'Association des maires de France pose « *le constat de l'efficacité limitée des mesures d'incitation qui accroissent la concurrence entre les communes* ». Source : Association des Maires de France (département action sociale, éducative, sportive et culturelle), *Contribution : Accès aux soins*, – N/Réf : SR/NJ – Note n° 56 ter, 29 avril 2025. page 4.

¹⁷⁴ <https://www.presencemedicale64.fr/>

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La délivrance de signaux cohérents vis-à-vis des médecins libéraux et l'organisation de la convergence des aides financières à l'installation conditionnent l'efficacité de celles-ci pour mieux prendre en compte les besoins de santé de la population. Les aides financières ne tiennent pas assez compte, aujourd'hui, des facteurs démontrés d'efficacité dans la réussite durable des installations, d'une part ; elles sont trop éloignées de l'enjeu immédiat de l'amélioration des services rendus aux patients face aux retards de prise en charge et aux pathologies les plus pressantes, d'autre part.

Par ailleurs, l'approche demeure trop monoprofessionnelle et cloisonnée entre l'exercice libéral et l'exercice salarié de la médecine, de même qu'entre la médecine de ville et l'hôpital. La rareté des ressources et l'urgence à apporter des solutions aux patients appellent à la coopération territoriale, donc au décloisonnement, tandis que la valorisation des données de santé existantes doit permettre d'établir beaucoup plus précisément les priorités à suivre dans les installations des médecins et des autres professionnels de santé.

Cette définition ne peut procéder seulement d'une analyse statistique nationale car les contrastes entre territoires et la finesse d'analyse nécessaire supposent une meilleure connaissance des situations. Il est cependant possible d'associer les outils statistiques nationaux aux observations des parties prenantes locales, dans un partage des données et des méthodes aux différentes mailles géographiques pertinentes (communes, établissements de coopération intercommunale, territoire de vie-santé, département). Aucune de ces strates n'est parfaite et ne peut prétendre uniformément à la pertinence, quel que soit le territoire analysé.

Ce diagnostic partagé pourrait servir à l'élaboration d'un schéma départemental d'initiatives concertées (Sdic), identifiant les priorités d'installation de médecins, arrêté par le directeur général de l'ARS en concertation avec le préfet, les élus locaux, des représentants professionnels et des représentants d'usagers. Ce schéma servirait de cadre pour convenir des interventions les plus pertinentes et de la répartition des rôles entre financeurs :

- le financement de la création de MSP ou l'élargissement des locaux de celles existantes pour pouvoir accueillir les étudiants, les internes et les assistants médicaux, voire la création d'antennes pour améliorer le maillage territorial ;*
- la prise en compte des besoins particuliers d'un « quartier prioritaire de la politique de la ville » (QPV) ;*
- le soutien financier et matériel des nouvelles installations de médecins, dans les territoires les plus en difficulté au regard des besoins de la population (patients sous ALD sans médecin traitant, etc.) ;*
- le soutien financier et matériel des stages dans les zones rurales des étudiants en médecine et des internes, ainsi que celui des maîtres de stages ;*
- le soutien d'un médecin associé dans une MSP et devenant isolé, du fait du départ de ses associés qui fragilise la couverture des charges communes, afin d'éviter son propre départ.*

Il conviendrait également d'intégrer les contributions possibles des centres de santé et des établissements de santé, ainsi que des autres professionnels de santé.

Dans le cadre concerté du SDIC, il serait alors possible de lancer des appels à manifestation d'intérêts (AMI) en direction des médecins susceptibles de vouloir venir s'installer. Ceux-ci pourraient être d'autant plus intéressés que les principaux paramètres de nature à orienter leurs choix seraient pris en considération. Cette méthode simplifierait la connaissance, par les médecins, des aides dont ils peuvent bénéficier et permettrait de mieux coordonner les soutiens apportés par l'État, par les collectivités territoriales et par l'assurance maladie.

La Cour formule les recommandations suivantes :

5. *d'ici à la fin de 2026, établir un schéma départemental d'initiatives concertées pour les aides à l'installation des médecins, afin d'organiser la cohérence des interventions financières de l'État, de l'assurance maladie et de l'ensemble des collectivités territoriales, en fonction des besoins de santé de la population du territoire (ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation) ;*
6. *à partir de 2027, attribuer les aides financières aux médecins dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt pour la mise en œuvre du schéma départemental d'initiatives concertées (ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, caisse nationale d'assurance maladie) ;*
7. *d'ici la fin de 2026, pour soutenir la concertation locale dans l'élaboration du schéma départemental d'initiatives concertées, mettre à la disposition des partenaires locaux une base de données commune sur les besoins et sur l'offre de soins primaires, territorialisées par département, par territoire de vie-santé, par établissement public de coopération intercommunale, par territoire de communauté professionnelle territoriale de santé et par commune (ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance maladie, conseil national de l'Ordre des médecins, Institut national de la statistique et des études économiques) ;*
8. *concevoir, d'ici à la fin de 2026, une aide financière pour réduire le coût du temps de formation obligatoire au bénéfice des médecins souhaitant revenir à la pratique de la médecine générale, après avoir arrêté cette activité pendant plus de trois ans, sous condition d'installation en zone sous-dense (ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, caisse nationale d'assurance maladie).*

Liste des abréviations

ACI.....	Accord conventionnel interprofessionnel
ACI-MSP.....	Accord conventionnel interprofessionnel spécifique aux maisons de santé pluriprofessionnelles
ADF.....	Départements de France
AJPP.....	Allocation journalière de présence parentale
AMF	Association des maires de France
AMI.....	Appel à manifestation d'intérêt
AMRF	Association des maires ruraux de France
ANMF	Association nationale des étudiants en médecine de France
Anap	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé
Anru	Agence nationale de rénovation urbaine
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARF.....	Régions de France
ARS.....	Agence régionale de santé – pilote régional de la politique de santé
ASP	Agence des services de paiement de l'État
ASV.....	Atelier santé ville
Caim/CAI.....	Contrat d'aide à l'installation des médecins (aide démographique de la Cnam – convention de 2016)
CDE.....	Contrat de début d'exercice (contrat État pour l'aide à l'installation ou au remplacement de médecins – crée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020)
CDS.....	Centre de santé
CESP	Contrat d'engagement de service public (contrat de « bourse étudiant » liée à un engagement à servir en zones sous-denses pour médecins et odontologistes)
CET	Contrat d'engagement territorial
CMG.....	Collège de médecine générale
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNG	Centre national de gestion
CNP.....	Conseil national professionnel
Cnom.....	Conseil national de l'Ordre des médecins (équivalents pour pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinés)
Coscom.....	Contrat de coordination
Coscom.....	Contrat de stabilisation et de coordination des médecins (aide démographique de la Cnam – convention de 2016) ;
Cotram.....	contrat de transition médecin (aide démographique de la Cnam – convention de 2016)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français

CSTM.....	Contrat de solidarité territoriale médecins (aide démographique de la Cnam – convention de 2016) ;
DCGDR.....	Direction de la coordination de la gestion du risque
DGS.....	Direction générale de la santé
DGOS.....	Direction générale de l’offre de soins
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DLF	Direction de la législation fiscale
Drees	Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques
Dreets	Directions régionales de l’économie, de l’emploi, du travail et des solidarités
EHESP.....	École des hautes études en santé publique
ESP.....	Équipe de soins primaires
ETP.....	Équivalent temps plein
Feder.....	Fonds européen de développement régional
FMF.....	Fédération des médecins de France
FMT	Forfait médecin traitant
HAS.....	Haute Autorité de santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES.....	Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (absorbé par SPF)
Irdes.....	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISNI.....	Intersyndicale nationale des Internes
MEP	Médecin en exercice particulier
MG France	Syndicat des médecins généralistes
MSP (structure)	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSP (ministère)	Ministère de la Santé et de la Prévention
MT.....	Médecin traitant
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PRS.....	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
QPV.....	Quartiers prioritaires de la politique de la ville : zonage fiscal – impôts locaux uniquement (y compris pour professionnels de santé)
SNDS	Système national des données de santé
Samu.....	Service d’aide médicale urgente
Sisa	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
Smur	Service mobile d’urgence et de réanimation
Sniiram	Système national d’information inter-régimes de l’assurance maladie
SPF	Santé publique France (Agence nationale de santé publique)
TVS	Territoire de vie-santé. Maille infra-départementale utilisée pour mesurer l’accessibilité aux soins de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, etc.)
UNCAM.....	Union nationale des caisses d’assurance maladie
URPS.....	Union régionale des professionnels de santé
Urssaf	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales

Zac.....	Zone d'action complémentaire – zones fragiles éligibles à certains aides à l'installation.
ZAFR	Zone d'aide à finalité régionale (territoires européens en retard de développement) – avantages fiscaux pour l'installation, y compris de médecins (exonération BNC)
Zip	Zone d'intervention prioritaire – zones les plus en tension en offre de soins, ouvrant droit aux aides financières les plus importantes.
ZRR.....	Zone de revitalisation rurale – avantages fiscaux pour installation (exonération BNC et impôts locaux) (y compris pour médecins), dans des communes de milieu rural.
ZFU-TE	Zone franche urbaine-Territoires d'entreprises – avantages fiscaux pour installation (exonération BNC et impôts locaux y compris pour médecins) dans certains quartiers pour renforcer l'emploi et l'activité économique.

Annexes

Annexe n° 1 : les aides de l'État pour l'installation des médecins, hors contrat d'engagement de service public (CESP).....	90
Annexe n° 2 : les aides fiscales dont peuvent bénéficier les médecins dans les zones sanitaires et non sanitaires.....	94
Annexe n° 3 : cahier territorial - Les aides à l'installation versées aux médecins libéraux dans la région Centre-Val de Loire	104
Annexe n° 4 : l'efficacité comparée des aides à l'installation selon une étude Irdes-EHESP en économie de la santé.....	135

Annexe n° 1 : les aides de l'État pour l'installation des médecins, hors contrat d'engagement de service public (CESP)

Une succession de dispositifs dits « État », complexes et peu utilisés, qui ne complètent que marginalement les aides démographiques

En parallèle des contrats démographiques de la Cnam, le fonds d'intervention régional (FIR) finance un certain nombre de contrats de complément. Ces derniers sont ouverts aux Zac comme aux Zip, là où les contrats démographiques de la Cnam sont centrés sur les seules Zip. Pour autant, ils sont loin de rencontrer leur public, problème déjà existant pour les aides démographiques de la Cnam, mais bien plus prégnant pour ces aides FIR.

Plusieurs facteurs concourent à cet état de fait :

- un ciblage assez complexe des anciens contrats de praticien qui n'a pas toujours atteint son cœur de cible initial ;
- des impacts financiers somme toute assez modestes pour les jeunes médecins (notamment en regard des aides conventionnelles) ;
- un manque de stabilité des contrats (certains ayant été créés en 2017 pour être supprimés en 2020).

En 2023, les contrats « État » pour les jeunes médecins mobilisent des sommes faibles (7 M€ dans une acception large, moins de 4 M€ dans une acception plus conforme au champ de cette enquête – cf. *infra* tableau n° 12 -). Seul le contrat d'engagement de service public (CESP) dirigé vers les étudiants (même s'il ne rencontre pas tout son public potentiel), est assez stable pour poursuivre une montée en charge qui reste, certes, insuffisante au regard des besoins mais qui est tout de même régulière.

Les anciens contrats de praticiens : une faible utilisation

Successivement, quatre contrats de praticiens ont été créés, avec une couverture territoriale plus large que celle des contrats démographiques de la Cnam puisqu'en général, ils pouvaient être signés en Zip comme en Zac, voire au-delà dans certains cas.

- *Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)*

Ce contrat était réservé aux médecins généralistes, dès lors qu'ils souhaitaient s'installer ou étaient installés depuis moins d'un an en cabinet libéral dans une Zip, comme dans une Zac. Ce contrat d'un an renouvelable une fois (donc deux ans maximum), ouvrait droit à une « garantie de revenus » via un complément de rémunération, si l'activité du médecin ne lui permettait pas d'atteindre un plancher de rémunération. Les données issues d'un rapport de 2019¹⁷⁵, montrent que de 2013 à 2018, en moyenne, environ 200 médecins auraient signé un PTMG chaque année.

¹⁷⁵ *Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins*, rapport du Dr Sophie Augros, déléguée nationale à l'accès aux soins, septembre 2019.

- *Les autres contrats*

Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) a été opérationnel en 2015 : l'engagement d'exercer en zone sous-dense était de 36 à 72 mois (soit 3 à 6 ans), en contrepartie d'une rémunération forfaitaire accordée lorsque le médecin interrompait son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. En mai 2019 ; seuls 71 contrats ont été signés dans 10 régions¹⁷⁶.

Le contrat de praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR), opérationnel en 2017. Son objectif, à l'instar du contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) dans les contrats démographiques de la Cnam, était de favoriser la pratique du remplacement dans les zones sous-denses et, donc, d'y renforcer ponctuellement l'offre. *In fine*, ce contrat a rencontré un faible public, avec 19 contrats signés¹⁷⁷.

Enfin, le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS), opérationnel en 2015, avait pour objectif de répondre aux difficultés spécifiques de l'exercice dans les zones de montagne à afflux touristique. Ce contrat est resté marginal avec seulement neuf contrats signés¹⁷⁸.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 : contrat de début d'exercice (CDE) et exonération additionnelle de cotisations

Crée par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, le CDE fusionne les 4 contrats de praticiens précédents et reprend les logiques du PTMG (et PTMA) d'une part et du PTMR d'autre part. Il est en effet décliné en deux formats : le CDE installé et le CDE remplaçant.

Il n'a pas été aisé de recenser le nombre de médecins utilisant le CDE en 2023 à partir des données des administrations centrales. Toutefois, selon les réponses des ARS de l'hexagone et de Corse, environ 350 médecins auraient un contrat CDE en cours en 2023. Selon les rapports d'activité du FIR, les dépenses se seraient élevées à 2,7 M€, en 2023 (cf. tableau *infra*).

- *Le contrat de début d'exercice dit « installé » : un dispositif resté temporaire*

Ce contrat vise les médecins généralistes ou spécialistes ayant un projet d'installation ou installés en Zip ou en Zac et inscrits depuis moins d'un an au conseil de l'Ordre des médecins. L'installation dans une zone limitrophe d'une Zip ou d'une Zac, à moins de 10 km des limites des zones considérées, est admise (et sous la réserve que cette installation contribue à améliorer l'accès aux soins de la zone voisine).

Le médecin doit exercer en secteur 1 ou en secteur à dépassements maîtrisés (option pratique tarifaire maîtrisée (Optam), anciennement contrat d'accès aux soins) et doit s'engager sur un minimum d'offre (*a minima* cinq demi-journées par semaine) dans la zone de l'installation. Par ailleurs, dans les deux ans, le médecin doit s'engager dans un mode d'exercice coordonné.

¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid.

Dans une logique qui rappelle celle qui prévalait pour le PTMG, ce contrat donne droit à une garantie de versement de complément de rémunération, reliée à un montant minimal d'honoraires perçus pour y accéder, et ce, uniquement la 1^{ère} année, dans une logique d'aide initiale au démarrage de l'activité. S'y ajoutent des garanties de versement en cas d'arrêt maladie, à partir du 8^e jour d'arrêt, comparables à celles qui prévalaient avec le PTMA.

Le contrat CDE installation était cumulable avec le contrat d'aide à l'installation de la Cnam (le Caim, qui apporte pour sa part une aide forfaitaire de 50 000 € versée en deux ans).

Le CDE « installé » a été supprimé le 1^{er} janvier 2024, date à compter de laquelle ne peuvent plus prétendre au CDE que les seuls médecins remplaçants.

- *Le contrat de début d'exercice dit « remplaçant »*

Il vise les médecins remplaçants inscrits à l'Ordre depuis moins d'un an et les étudiants pouvant fournir une licence de remplacement. Ce contrat tend à favoriser l'exercice de remplacements dans les territoires en Zip et en Zac. Le contrat est de trois ans, non renouvelable. Le remplaçant doit réaliser au moins 80 % des remplacements dans une zone éligible (Zip et Zac) avec, comme dans le cas du CDE « installation », une possible extension jusqu'à 10 km au-delà des limites des Zip et des Zac.

L'aide apportée suit la même logique que celle du CDE « installation », avec une garantie de versement de complément de rémunération reliée à un montant minimal d'honoraires perçus pour y avoir droit, et ce, uniquement la 1^{ère} année (mais versée chaque trimestre). Comme dans le cas du CDE « installation », s'ajoute une garantie de versement forfaitaire en cas de congé pour maladie. En outre, ce contrat ouvre droit à une couverture forfaitaire en cas de congé de maternité, de paternité ou d'adoption qui, elle, couvre la totalité des trois ans du contrat.

- *L'exonération de cotisations pour les médecins s'installant en zone sous-dense*

L'article 51 de loi de financement de la sécurité sociale a aussi créé une exonération de cotisations sociales pour les médecins s'installant en zone sous-dense, dont les montants restent anecdotiques.

Cette aide « sociale » est calculée à partir du montant des cotisations aux régimes de base d'assurance maladie, maternité, vieillesse ainsi qu'aux régimes de prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et décès et d'allocations familiales dont les médecins sont redevables au titre des revenus tirés des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité.

Cette mesure « s'applique sur les montants de cotisations sociales restant aujourd'hui à la charge des professionnels de santé (donc sur les cotisations sociales non prises en charge dans le cadre de la participation à la prise en charge des cotisations sociales intervenant d'ores et déjà pour les médecins de secteur 1- article L. 162-14-1 5° du code de la sécurité sociale »¹⁷⁹). Ce caractère additionnel à un régime de prise en charge des cotisations sociales déjà assez large peut expliquer le faible retentissement de cette mesure. En effet, selon la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), les montants en cause se situeraient entre 0,6 M€ et 0,8 M€.

¹⁷⁹ Cf. circulaire CIR-11/2020 de l'assurance maladie.

Il est à noter que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, dans son analyse de ces aides¹⁸⁰, indique que, d'une part, seuls 349 praticiens ont bénéficié de cette prise en charge et, d'autre part, que le montant des dépenses sur cinq ans (2020 à 2024) s'est élevé à 4,2 M€ (ce qui est cohérent avec l'estimation de 0,6 à 0,8 M€ par an indiquée *supra*).

Tableau n° 12 : dépenses de l'État pour les aides à l'installation en 2023

Coûts en 2013	PTMG reliquat	CDE	Exonérations de charges sociales (article 51)	Dispositif « 400 médecins »	Total
Coût (M€)	0,5	2,7	0,8	2,8	6,8

Sources : Cour des comptes, d'après les rapports d'activité du FIR (pour le PTMG, le CDE et les dispositif 400 médecins) et de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) pour les exonérations de charges sociales de l'article 51

Hors dispositif « 400 médecins » que ce rapport n'examine pas, les dépenses de l'État sur le FIR, s'élèvent à 4 M€, montant sans commune mesure avec celles des contrats démographiques de la Cnam (plus de 53 M€).

Les quelques aides supplémentaires que peuvent accorder les ARS, en mobilisant la part du FIR relevant de leur autorité propre (par exemple, pour compléter les aides démographiques ou pour aider à l'installation et à l'exercice coordonné), sont modiques et peu fréquentes. Elles ne modifient pas sensiblement le total.

¹⁸⁰Jean-François Rousset, Yannick Monnet, *Les dispositifs d'aide directe à l'installation des jeunes médecins*, chapitre 3 du rapport n° 1649 déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux du printemps de l'évaluation, 11 juin 2025.

Annexe n° 2 : les aides fiscales dont peuvent bénéficier les médecins dans les zones sanitaires et non sanitaires

Préalable : sources et compréhension des chiffrages des exonérations de revenus et des estimations associées de réductions d'impôts et précautions d'emploi

Les données fiscales ont été fournies par la direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont de deux types.

- 1- Les exonérations de bénéfice non commercial dans le cas des médecins installés en ZRR, en ZFU et en ZAFR, et les exonérations de revenus au titre de la PDSA dans le cas de médecins installés en Zip et bénéficiant de cette exonération spécifique : ces données ont été fournies par le département des études et statistiques fiscales (DESF) ; elles sont issues des liasses fiscales déclaratives qui retracent la réalité des montants exonérés.
- 2- Les réductions d'impôts associées sont fournies par la direction de la législation fiscale (DLF) qui les estime dans le cadre de sa mission de chiffrage des dépenses fiscales qui sont présentées dans le tome 2 de l'annexe Voies et moyens du projet de loi de finances. Cette estimation est fondée sur un taux d'imposition moyen par type de profession et par type de zones, qui permet d'évaluer la perte de recettes fiscales résultant des exonérations.

À l'échelle de la profession, cette estimation est réaliste mais elle ne rend pas compte de la distribution des réductions d'impôts individuelles au sein de cette population.

Les aides fiscales accordées aux médecins liées à une installation dans une zone territoriale spécifique mobilisent les montants sensiblement les plus importants. Ces aides consistent, d'une part en l'exonération de revenus supplémentaires versés au titre de l'activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA), d'autre part, en une exonération de revenu de la base taxable soumise à l'impôt sur les bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins (part essentielle des aides fiscales) et, en conséquence, en des diminutions d'impôt sur le revenu, et enfin, en une exonération de cotisation foncière des entreprises (CFE) et, de ce fait, en une réduction de l'impôt local (ce second versant étant minoritaire dans les aides fiscales zonées).

Les aides fiscales zonées retenues dans le cadre de ce contrôle et ayant trait d'une part à l'exonération de revenus de la PDSA, et d'autre part au BNC des médecins (et accessoirement à l'impôt sur les sociétés - IS) se sont élevées en 2023 (revenus de 2022) à 109,7 M€, hors Dom, et à 113,5 M€, Drom inclus.

Les aides au titre de la fiscalité locale (CFE) ont atteint 3,8 M€. Toutefois, ce montant intègre les exonérations et réduction de CFE au titre de la base minimale (code général des impôts, article 1617 D), dispositif qui ne relève pas de l'installation dans une zone territoriale donnée (comme une ZFU, une ZRR, etc.). Or ce dispositif de base minimale, les réductions de CFE pour les médecins se sont élevées à 0,8 M€.

Au total, l'ensemble des aides fiscales retenues dans cette enquête atteint 114,3 M€ au niveau national (Drom inclus).

Hors fiscalité locale, ces exonérations (soit 113,5 M€) sur les revenus PFDSA ou sur le bénéfice non commercial soumis à l'impôt sur le revenu (BNC-IR) ont bénéficié à 14 400 médecins (avec de possibles cumuls et doubles comptes dans le cas des médecins aidés par l'exonération des revenus perçus au titre de la permanence des soins ambulatoire, PDSA).

1. Cinq dispositifs d'aides fiscales zonés

La direction de la législation fiscale et la Cour retiennent les cinq dispositifs fiscaux ayant donné lieu à estimation de la dépense fiscale associée (PLF, annexe Voies et moyens, tome 2) pour les années 2019 et 2023 :

- l'exonération de la rémunération perçue par les médecins au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
- l'exonération fiscale du bénéfice réalisé par les entreprises qui exercent une activité dans une zone franche urbaine – territoire d'entreprise (ZFU-TE) ;
- l'exonération fiscale sur les bénéfices pour les entreprises créées ou reprises dans les zones de revitalisation rurale (ZRR)
- l'exonération totale ou partielle des bénéfices réalisés par les entreprises nouvelles qui se créent dans une zone d'aide à finalité régionale (AFR) ;
- l'exonération totale au titre du zonage « bassin d'emploi à redynamiser » (BER).

a) L'exonération d'impôt sur le revenu au titre de la PDSA

La rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins, titulaires ou remplaçants, en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, installés dans certaines zones rurales ou urbaines caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du même code, est exonérée d'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours par an, sur le fondement de l'article 151 ter du code général des impôts.

Les zones mentionnées sont celles visées au 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire celles qui donnent droit aux aides conventionnelles de la Cnam : il s'agit donc des Zip.

Les rémunérations concernées sont les suivantes :

- celles relatives à l'astreinte versée par la caisse d'assurance maladie (astreinte de nuit, astreinte de dimanche et jour férié : astreinte de samedi après-midi et nuit) ;
- les rémunérations dites de la majoration spécifique des actes pratiqués dans le cadre de la permanence des soins ;
- les rémunérations perçues par un médecin libéral régulateur au centre 15 et participant aux gardes médicales de régulation.

Ce dispositif est donc centré sur les services rendus par les médecins en Zip et renforce les aides à l'installation et les aides au maintien dans les zones sous-denses au sens sanitaire, ce qui le distingue parmi les aides fiscales dont peuvent bénéficier les médecins.

En 2023, selon les données de la direction de la législation fiscale (DLF), 8 955 médecins (essentiellement des généralistes) ont bénéficié de cette aide fiscale, d'un montant total estimé à 31,2 M€, ce qui correspond à une aide moyenne par médecin de 3 487 €.

En 2019, 8 176 médecins percevaient cette aide fiscale pour un coût total de 23,9 M€, soit une aide moyenne par médecin de 2 926 €.

La hausse de 30,5 % de cette dépense fiscale en quatre ans est due, pour environ un tiers, à celle du nombre de bénéficiaires et, pour deux tiers, à celle de l'aide moyenne par médecin.

b) L'exonération du bénéfice réalisé par les entreprises dans une zone urbaine de 3^e génération ou qui ont créé une activité dans une « zone franche urbaine-territoire entrepreneur » (ZFU-TE) entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2023

Prise en application de l'article 44 octies A du code général des impôts, cette aide fiscale était destinée à favoriser l'activité économique dans des quartiers de plus de 10 000 habitants situés dans des périmètres géographiques dits sensibles ou défavorisés. Les médecins installés dans ces secteurs, participant à l'amélioration de leur activité économique, pouvaient en bénéficier.

Ce dispositif, était donc, contrairement au précédent, ouvert à l'ensemble des entreprises et activités économiques et non réservés aux médecins. C'est par ailleurs le cas de tous les autres dispositifs zonés analysés ci-après, dans lesquels la dimension de zonage sanitaire n'est plus prise en compte : le zonage ZFU-TE peut coïncider avec le zonage sanitaire (Zip, Zac) mais cette superposition éventuelle n'est pas une condition de l'octroi de l'aide fiscale aux médecins.

Cette aide fiscale dure huit ans. Durant les cinq premières années, l'exonération des bénéfices non commerciaux des médecins est totale. Elle devient ensuite dégressive durant trois ans (60 % des bénéfices exonérés la 6^e année, 40 % la 7^e année et 20 % la 8^e et dernière année).

Le montant de l'exonération des BNC est toutefois limité à 50 000 €, montant calculé sur 12 mois consécutifs, alors que les dispositifs type ZRR ne sont limités que par les règles dites *de minimis* (cf. *infra*).

L'aide peut atteindre un montant significatif : un médecin dont le BNC serait de 80 000 € par an chaque année et dont le taux moyen d'imposition serait de 20 %, bénéficierait d'une diminution d'impôt cumulée sur les huit ans de 62 000 €¹⁸¹.

La proportion de médecins émergeant à ce dispositif en regard de l'ensemble de ses bénéficiaires est importante : sur 14 150 entreprises qui ont bénéficié des aides fiscales en ZFU-TE en 2023, 20,5 % étaient des médecins (2 900 médecins). En montant, les dépenses fiscales relatives aux médecins ont atteint 32,8 M€ soit 27,4 % de la dépense fiscale totale (qui s'est élevée à 120 M€). En ZFU-TE, l'aide fiscale moyenne en faveur des médecins a été supérieure à l'aide moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires (11 328 €, contre 8 481 €).

¹⁸¹ 10 000 € pendant cinq ans, puis 6 000 € la 6^e année, 4 000 € la 7^e année et 2 000 € la 8^e et dernière année.

Le recours des médecins aux exonérations et baisses d'impôts en ZFU-TE est assez nettement en baisse, par rapport à l'année 2019. Les aides fiscales au bénéfice des médecins étaient alors de 43,2 M€ pour 3 351 médecins. Cette baisse de 25,7 % des montants de réductions d'impôts en 2023 par rapport à 2019 se partage de manière à peu près égale entre la diminution du nombre de médecins et celle de la réduction d'impôt moyenne.

c) L'exonération d'impôt sur les bénéfices pour les entreprises créées ou reprises dans les ZRR

- *Le dispositif ZRR*

Fondée sur l'article 44 quinquies du code général des impôts, cette aide a vocation à encourager la création ou la reprise d'activités économiques dans les zones rurales. Celles-ci sont extrêmement nombreuses puisqu'elles concernent 17 700 communes.

À l'instar de l'aide en ZFU-TE, l'aide fiscale est importante et dure, elle aussi, huit ans. Comme pour les ZFU-TE, durant les cinq premières années, l'exonération des bénéfices non commerciaux des médecins est totale. Sa dégressivité sur trois ans (comme en ZFU-TE) est fondée sur des taux légèrement supérieurs à ceux des ZFU (75 % des bénéfices exonérés la 6^e année, 50 % la 7^e année et 25 % la 8^e et dernière année). En outre, et contrairement aux ZFU-TE, les exonérations de bénéfices non commerciaux ne sont limitées que par la règle dite *de minimis*, c'est-à-dire qu'elle est plafonnée à 300 000 € d'exonérations de revenus, sur trois ans glissants.

En reprenant le même exemple que pour les ZFU-TE (médecin dont le BNC serait de 80 000 € par an chaque année et dont le taux moyen d'imposition serait de 20 %), le bénéfice fiscal au bout des huit ans (diminutions d'impôts cumulées) serait de 104 000 €¹⁸².

La dépense fiscale des médecins en ZRR s'est élevée à 43,4 M€ en 2023, ce qui correspond à 12,4 % de la dépense totale en ZRR (350 M€, toutes professions confondues). En nombre de bénéficiaires, la proportion des médecins est moindre que dans les ZFU-TE : 2 168 médecins sur 42 600 entreprises, soit une proportion de 5,1 %. De manière encore plus marquée que dans les ZFU-TE, l'aide moyenne aux médecins en ZRR est ainsi largement supérieure à celle accordée à l'ensemble des entreprises, avec 20 028 € d'aide moyenne en 2023 pour les médecins, contre 8 216 € pour l'ensemble des entreprises en ZRR.

À l'opposé des ZFU, le recours des médecins aux aides s'est fortement accru en ZRR entre 2019 et 2023. En 2019, seuls 1 276 médecins étaient en ZRR, pour un montant d'aide fiscale de 25,6 M€. L'aide moyenne en 2023 (20 069 € par médecin) est proche de celle de 2019. La hausse de près de 70 % de la dépense fiscale en quatre ans n'est donc imputable qu'à l'augmentation du nombre de médecins installés en ZRR.

- *Le dispositif FRR : France ruralités revalorisation*

En 2024, les zones de revitalisation rurales (ZRR) ont été remplacées par les zones France ruralités revitalisation (FRR). Les ZRR, jusqu'à la refonte du dispositif, concernaient 17 700 communes, c'est-à-dire presque la moitié des communes françaises. Ce ciblage particulièrement large correspondait à la transformation d'un dispositif initialement destiné aux communes en ayant le plus besoin, en une réduction d'impôt quasi-généralisée en milieu rural, quelle que soit la situation locale.

¹⁸² 16 000 € pendant cinq ans, puis 12 000 € la 6^e année, 8 000 € la 7^e année et 4 000 € la 8^e et dernière année.

Durant deux ans de période transitoire pour le passage en FRR, le zonage étendu demeurera. Le nombre de communes éligibles à la défiscalisation va même augmenter de plus de 10 % pendant cette période. En effet, le nouveau zonage FRR supprime environ 2 150 communes qui sortent du dispositif mais en intègre 2 165 autres, ce qui ne réduit pas son amplitude territoriale. En outre, le fait de maintenir jusqu'en 2027 en territoire ZRR (ou « ZRR maintenue »), les 2 159 communes *a priori* supprimées du dispositif augmente le nombre de communes bénéficiant d'un dispositif fiscal, qui aurait dû être limité à celles qui en ont le plus besoin. Ainsi, entre 2025 et 2027, presque 19 900 communes vont bénéficier des réductions d'impôts ZFRR.

d) L'exonération totale ou partielle des bénéfices réalisés par les entreprises nouvelles créées dans les ZAFR (zone d'aide à finalité régionale)

Une ZAFR est une zone d'activité à finalité régionale, définie au niveau européen. Les aides fiscales relatives à ces zones relèvent de l'article 44 sexies du code général des impôts.

L'aide fiscale dans les ZAFR est un peu moins généreuse qu'en ZFU et en ZRR : elle ne dure que cinq ans, dont deux ans d'exonération totale. Elle est ensuite dégressive sur trois ans (75 % des bénéfices exonérés la 3^e année, 50 % la 4^e année et 25 % la 5^e et dernière année).

La dépense fiscale au titre de cette aide en 2023, mesurée par la DLF, s'est élevée à 63 M€ (projet de loi de finances pour 2024, annexe Voies et moyens, tome 2) ; sur ce total, les médecins ont bénéficié de seulement 0,4 M€.

Toutefois, la DLF a précisé à la Cour que « la dépense fiscale n°230602 (ZAFR) exclut les activités BNC du dispositif » mais qu'« une case déclarative relative à l'article 44 sexies demeure dans les déclarations fiscales BNC et de nombreux contribuables exerçant des activités BNC déclarent bénéficier du dispositif 44 sexies, pour un coût évalué à 5,4M€ ». La DLF ajoute qu'« après une analyse de ces bénéficiaires, il semblerait qu'il s'agisse d'autres dispositifs de zonages auxquels les contribuables ont droit mais déclarant dans une case erronée, notamment lorsque les communes font parties de deux zonages (en grande majorité les ZRR) ». Dès lors « la répartition de ces bénéficiaires, qui ont bien droit à l'exonération mais au titre d'un autre dispositif, sera corrigée pour le prochain Tome II ».

La DLF a fait parvenir à la Cour une extraction qui chiffre l'aide en faveur des médecins à 5,8 M€ en 2023, au bénéfice de 374 médecins. L'aide moyenne d'un médecin au titre du dispositif « d'AFR élargi » s'élève ainsi à 15 484 €.

En 2019, on comptait dans ce dispositif (à nouveau « élargi ») 318 médecins pour un montant de dépenses fiscales de 5 M€, soit une dépense moyenne par médecin de 15 596 €.

Globalement, l'augmentation de cette dépense fiscale de 2019 à 2023 (17 %) résulte d'une hausse du nombre de bénéficiaires (18 %) et d'une légère diminution de l'aide moyenne par médecin, de 1 %).

- *L'exonération totale au titre du zonage BER*

Cette aide fiscale n'est présentée qu'à titre indicatif car elle ne concerne que quelques médecins.

Les bassins d'emploi à redynamiser (BER) sont éligibles à une réduction relevant de l'article 44 duodécies du code général des impôts. Il n'existe en France que deux zones relevant de ce dispositif¹⁸³. Elles regroupent 575 entreprises bénéficiant d'une aide fiscale moyenne de 8 700 € (chiffres de 2023). Au sein de ces entreprises, on relève quelques médecins (dont l'aide fiscale est en revanche beaucoup plus élevée, avec environ 40 000 € par médecin). À l'instar des ZRR (hormis les ZRR maintenues), le dispositif BER s'est éteint en 2024 en rejoignant celui du FRR.

- *Les aides fiscales aux médecins déclarants sous le régime micro-BNC*

Il est à noter que pour les BNC, le montant des aides décrites ci-dessus ne comprend que les exonérations et les baisses d'impôts associées dont bénéficient les praticiens soumis à la déclaration contrôlée, mais pas celles dont bénéficient les médecins qui déclarent leurs revenus selon la procédure du micro-BNC.

Toutefois, cette part manquante ne concerne que les ZFU (zones où les déclarants au micro-BNC sont éligibles aux exonérations) car les praticiens déclarants selon la méthode du micro-BNC et exerçant en ZRR ou en ZAFR ne peuvent pas prétendre à des exonérations de leur bénéfice.

La sous-estimation du montant des exonérations ne concerne donc que les ZFU.

- *Total des aides fiscales sur les BNC dont ont bénéficié des médecins en 2023*

Le cumul national de l'ensemble des aides fiscales sur les bénéfices non commerciaux des médecins a atteint, en 2023, 113,5 M€ au bénéfice de 14 400 médecins, sachant que certains peuvent bénéficier de deux aides fiscales, par exemple au titre de la PDSA et au titre d'une installation en ZRR. En y ajoutant les exonérations de cotisations de CFE, en ZFU ou en ZRR (environ 0,8 M€ pour un total d'environ 1 600 médecins), le total des aides fiscales est supérieur à 114 M€, comme indiqué en introduction.

2. Des dispositifs peu contraignants

a) Le champ d'application : une grande souplesse pour considérer que le médecin est effectivement en zone « défiscalisée »

Dans leur principe, les exonérations de bénéfice non commercial et les réductions d'impôts associées portent sur l'ensemble des bénéfices réalisés dans la zone au titre d'une activité éligible. Seuls les revenus salariés complémentaires en sont exclus.

¹⁸³ La zone d'emploi Vallée de la Meuse en région Grand-Est et la zone d'emploi Lavelanet en région Occitanie.

Toutefois, lorsque les activités du praticien ne sont pas sédentaires (par exemple, dans le cas d'un médecin ayant un cabinet en zone d'exonération au sein duquel il n'exerce pas à titre principal son activité, car pratiquant des visites à domicile), des dispositions spécifiques permettent de considérer que l'activité est exercée dans cette zone d'exonération, même dans le cas où les patients sont hors zone. Chaque dispositif répond à des conditions particulières, comme l'emploi d'un salarié en zone, ou la réalisation d'un pourcentage de chiffres d'affaires dans la zone.

- *Dans les ZRR*

Dans les ZRR qui constituaient, jusqu'en 2024, la zone d'implantation des médecins la plus importante en termes d'avantages fiscaux, la condition d'implantation qui ouvraient le droit à l'exonération est réputée satisfaite dès lors que le médecin ne réalise pas plus de 25 % de son chiffre d'affaires en dehors de la ZRR. Cependant, dans l'hypothèse où il excéderait ce pourcentage, seule la proportion de chiffre d'affaires réalisée hors zone serait taxée selon le droit fiscal commun¹⁸⁴.

Par ailleurs, si le médecin bénéficie d'une aide à l'installation ou au maintien en zone sous-dense (comme le Caim ou le Coscom, aides démographiques de la Cnam, ce qui revient à dire qu'en termes de zonages, il était aussi installé en Zip), ces aides à l'installation entrent dans le champ des bénéfices exonérés.

En revanche, les aides à l'installation que le médecin reçoit de la Cnam au titre d'un contrat d'installation dans une Zip qui n'est pas localisée en ZRR, sont imposées.

- *Dans les ZFU-TE*

La condition ouvrant les droits à l'exonération et aux réductions d'impôts associées en ZFU-TE est encore plus simple quant aux obligations géographiques pour le médecin : l'exonération s'applique si le médecin emploie au moins un salarié sédentaire de la zone ou s'il réalise au moins 25 % de son chiffre d'affaires auprès de patients situés dans les ZFU-TE¹⁸⁵.

b) Les revenus exonérés : des principes méconnaissent les particularités des rémunérations des médecins

Les exonérations dans les ZRR, les ZFU-TE les ZAFR et les BER, sont ouvertes à tous les médecins, qu'ils soient ou non conventionnés. La direction de la législation fiscale indique notamment : « *Le Conseil constitutionnel a jugé¹⁸⁶ que "le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que, pour des motifs d'intérêt général, le législateur édicte, par l'octroi d'avantages fiscaux, des mesures d'incitation au développement d'activités économiques en appliquant des critères objectifs et rationnels en fonction des buts recherchés". Aussi, comme l'objectif qui est poursuivi par le législateur via ces différents zonages est le soutien au développement économique, l'octroi de l'avantage fiscal aux seuls médecins conventionnés serait contraire à la jurisprudence constitutionnelle, car le fait que le médecin soit ou non conventionné ne permet pas de vérifier l'objectif de développement économique qui est poursuivi.* » Pourtant, la seule

¹⁸⁴ Source : direction de la législation fiscale.

¹⁸⁵ Source : direction de la législation fiscale.

¹⁸⁶ Dans une décision de 2003 n°2003-477 DC Loi pour l'initiative économique.

jurisprudence administrative identifiée concernant les aides à l'installation a établi que celles-ci n'étaient pas des aides économiques¹⁸⁷.

Selon l'analyse par la direction de la législation fiscale de la norme constitutionnelle, la jurisprudence administrative précitée étant méconnue, les exonérations sont ouvertes aux médecins qu'ils soient conventionnés ou non, et les bases exonérées (et par suite les réductions d'impôts) comprennent l'ensemble des honoraires facturés pour des consultations réalisées dans la zone, y compris, le cas échéant, avec dépassement d'honoraires (qu'ils soient ou non des dépassements contenus dans la logique des contrats Optam).

In fine, le seul encadrement des exonérations zonées est celui lié aux règlements européens en matière d'aide d'État (règle dite de « *de minimis* » évoquée plus haut avec un maximum de 300 000 € d'exonération de revenus jugé sur trois années glissantes¹⁸⁸) alors que le droit interne peut être plus strict ; par exemple, en ZFU-TE, le bénéfice exonéré est plafonné à 50 000 € par contribuable.

3. L'évolution des dispositifs

a) Sur les ZRR : le passage au dispositif FRR

Le nouveau dispositif France ruralités revitalisation (FRR) succède depuis le 30 juin 2024 au dispositif ZRR. Il intègre aussi les dispositifs BER évoqués plus haut¹⁸⁹.

- *La mise en place de clauses « anti-abus »*

La réforme du zonage ZRR vers le zonage FRR s'accompagne de mesures nouvelles qualifiées de « clauses anti-abus », démontrant que le risque que les dispositifs soient dénaturés par des personnes recherchant principalement l'optimisation fiscale est avéré. L'existence de ces mesures est positive mais elle suppose que des contrôles soient assurés pour réduire réellement les comportements coûteux pour les finances publiques, sans réel bénéfice pour l'économie des zones concernées et leur population.

¹⁸⁷ TA Strasbourg, 12 février 2021, n° 2001541.

¹⁸⁸ Règlement « *de minimis* » adopté par la Commission européenne, le 13 décembre 2023.

¹⁸⁹ À titre d'information, il reprend aussi un dispositif précédent qui ne concernait pas les médecins : les zones de revitalisation des commerces en milieu rural (ZORCOMIR), offrant des possibles exonérations partielles ou totales, mais ne concernaient que la fiscalité locale.

Le code général des impôts (article 44 quindecies A, chap. XI) dispose : « *le contribuable qui cesse volontairement son activité en zone France ruralités revitalisation en la délocalisant dans un autre lieu moins de cinq ans après avoir bénéficié pour la dernière fois de l'exonération, est tenu de verser les sommes qu'il n'a pas acquittées en application des exonérations qui lui ont été consenties. Le bénéfice des exonérations est remis en cause au titre de l'année au cours de laquelle le contribuable cesse volontairement son activité dans une zone France ruralités revitalisation* ».

Cette mesure revient à interdire à une entreprise de bénéficier des avantages d'une zone FRR, durant cinq ans, si elle en a déjà perçu les avantages.

De même, le même article 44 quindecies A (chap. VII) du code général des impôts indique aussi : « *Les exonérations prévues ne s'appliquent pas aux activités bénéficiant ou ayant bénéficié, au titre d'une ou de plusieurs des cinq années précédant l'année de la création ou de la reprise dans les zones France ruralités revitalisation des articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 septies dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022, 44 octies dans sa rédaction antérieure à la même loi, 44 octies A, 44 duodecies, 44 terdecies, 44 quaterdecies, 44 quindecies, 44 sexdecies ou 44 septdecies ou d'une prime d'aménagement du territoire* ».

Cette liste exclut notamment du bénéfice des exonérations FRR les transferts d'activité en provenance d'une zone FRR (ex-ZRR) vers une autre zone FRR, ainsi que les transferts en provenance d'une ZFU-TE, d'une ZAFR et d'un BER.

b) Le projet d'extension aux QPV des aides fiscales des ZFU

Le zonage en matière de politique de la ville regroupe deux dispositifs distincts : les ZFU-TE, d'une part, et les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), d'autre part. Ces dispositifs prévoyaient, jusqu'en décembre 2024, des exonérations et des réductions d'impôts associées différentes : en QPV seules la CFE et la taxe foncière sur les propriétés bâties étaient concernées alors qu'en ZFU-TE, comme évoqué *supra*, s'y ajoutaient les exonérations et réductions d'impôts sur les bénéfices, dont les montants sont sans commune mesure avec ceux relatifs à la seule fiscalité locale. Ces deux dispositifs ont été prorogés d'un an par l'article 100 de la loi de finances pour 2025.

Le projet de loi de finances (PLF) pour 2026 (article 12) prévoit d'étendre aux QPV les dispositifs d'exonération appliqués actuellement dans les ZFU.

Cette réforme pourrait avoir un effet significatif sur les dépenses fiscales dans la mesure où les ZFU et les QPV ont des assises géographiques et populationnelles différentes.

En 2024, on comptait 162 ZFU, situées dans 158 communes. Selon les données de l'Insee que la Cour a pu retrouver, la population concernée atteignait 1,5 million d'habitants en 2006. Aucune estimation plus récente n'a pu être produite. Toutefois, le périmètre étant presque inchangé, en tenant compte d'une croissance nettement supérieure à celle de l'ensemble de la population française totale entre 2007 et 2023 (de 7 %), la population de ces ZFU devait atteindre 1,7 million d'habitants en 2023¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Une hausse de 15 % de la population dans ces zones correspondrait à une population d'un peu plus de 1,7 million de personnes.

Le champ des QPV est beaucoup plus étendu : les 1 362 QPV sont situés dans près de 800 communes. Les données de l'Insee, à partir du recensement 2020, indiquent que la population vivant dans ces quartiers s'établit à 5,3 millions d'habitants en population municipale et à 5,4 millions en population totale¹⁹¹.

Qu'il s'agisse de la population qui est supérieure d'un facteur de trois dans les QPV, ou qu'il s'agisse du nombre de communes, cinq fois plus nombreuses dans les QPV, ou du nombre de zones concernées, multiplié par 8,5, l'augmentation des ayant-droit potentiels serait majeur et, donc, la dépense fiscale associée, alors qu'en 2023, la dépense fiscale au titre des 2 900 médecins installés en ZFU s'élevait à 33 M€.

Il convient de noter que l'exonération proposée pour les QPV par le PLF produirait immédiatement des effets sur huit années, durée d'effet des mesures en contrepartie du fait générateur initial, en raison de la non rétroactivité des mesures fiscales, même si le projet ne s'appliquait que sur une année.

Le bilan coût-avantage de ces mesures est en outre peu concluant. En témoignent les conclusions du rapport inter-inspections de juillet 2020¹⁹² consacré aux dispositifs zonés de soutien du développement économique et de l'emploi dans les territoires. Il indique notamment, dès le début de sa synthèse, que « les exonérations fiscales et sociales n'ont pas démontré leur efficacité en matière de création d'entreprises et d'emploi, en particulier en ZRR ». Plus précisément, il rappelle que « la mission a constaté la forte attractivité des exonérations pour les activités libérales, facilement relocalisables et peu créatrices d'emploi ». La mission indiquait, d'une part : « les évaluations quantitatives concluent à un effet au mieux limité des QPV et ZFU » ; d'autre part : « l'analyse quantitative n'a pas permis de mesurer d'impact économique significatif du classement en ZRR. »

**Tableau n° 13 : nombre de bénéficiaires et dépense fiscale par zonage
(toutes entreprises et part des médecins) en 2023**

	Nombre toutes entreprises	Nombre médecins	Pourcentage médecins / entreprises totales	Dépenses fiscales toutes entreprises (en M€)	Dépenses fiscales médecins (en M€)	Pourcentage médecins / entreprises totales
PDSA	9 000	8 955	99,5 %	32	31,2	97,6 %
ZRR	42 600	2 168	5,1 %	350	43,4	12,4 %
ZFU-TE	14 150	2 900	20,5 %	120	32,9	27,4 %
AFR	11 600	374	3,2 %	66	5,8	8,8 %
BER	575	4	0,7 %	5	0,2	4,0 %
Total	77 025	14 401	18,5 %	573	113,5	19,8 %
Sous total hors PDSA	68 025	5 446	7,9 %	541	82,3	15,2 %
Sous total ZRR et ZFU-TE	56 750	5 068	8,9 %	470	76	16,2 %

Source : Cour des comptes, d'après les données de la DLF

¹⁹¹ La population totale d'une commune est égale à la somme de la population municipale et de la population comptée à part de la commune (par exemple, des étudiants installés dans la commune alors qu'ils viennent d'une autre localité).

¹⁹² IGF, CGEDD, IGA, Igas.

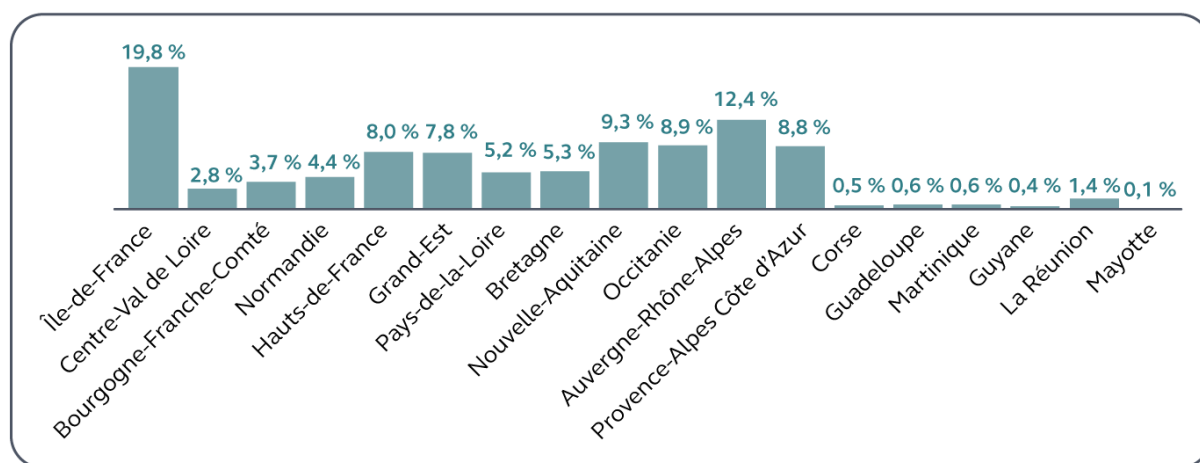
Annexe n° 3 : cahier territorial - Les aides à l'installation versées aux médecins libéraux dans la région Centre-Val de Loire

La région Centre-Val de Loire est une région de grande taille, avec une densité de population (65,4 hab./km²)¹⁹³ près de deux fois inférieure à la densité moyenne nationale (107,1 hab/km²). Cette région présente donc le contraste d'occuper une position centrale géographiquement et de présenter des caractéristiques « *ultrapériphériques* » en termes de densité de population et de densité de médecins. Ce constat vaut pour tous les départements de cette région, sauf pour celui d'Indre-et-Loire, épargné grâce à la présence de longue date de la faculté de médecine et d'un centre hospitalier universitaire à Tours.

La démographie médicale dans la région Centre-Val de Loire et son contexte

Les densités médicales observées dans la région Centre-Val de Loire par le conseil national de l'Ordre des médecins dans son atlas annuel sont contextualisées ainsi : « Au 1^{er} janvier 2025, la densité médicale en France est de 357,9 médecins en activité pour 100 000 habitants »¹⁹⁴. « es régions présentant les densités les plus faibles sont le Centre-Val de Loire (263,8), la Guyane (272,1) et les Hauts-de-France (308,9)¹⁹⁵ ».

Graphique n° 8 : répartition de l'effectif de médecins en activité régulière entre les régions en 2025



Source : Cnom

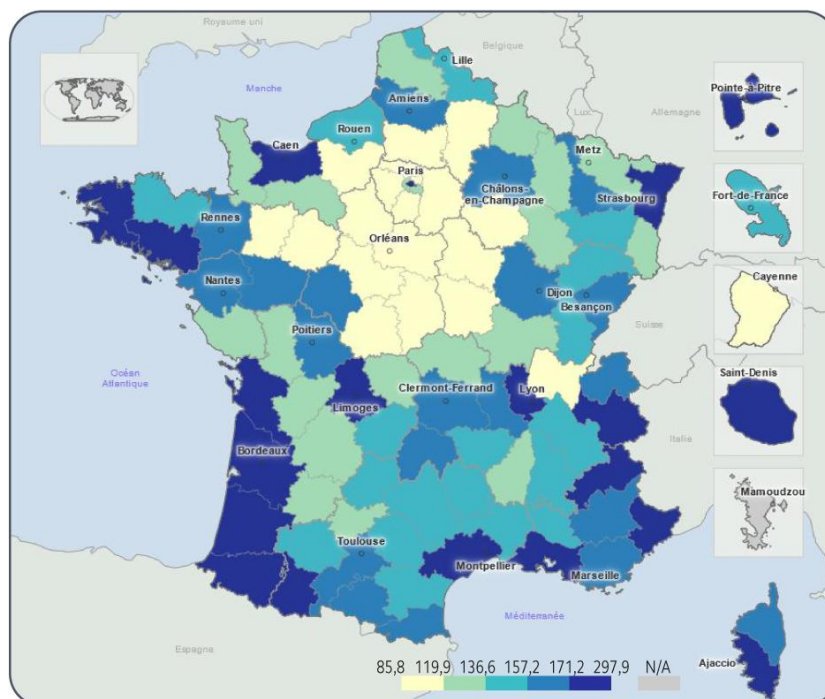
La carte de France présentant la densité de médecins généralistes en activité par département accentue le constat, pour la région Centre-Val de Loire.

¹⁹³ Statista, données 2021.

¹⁹⁴ Cnom, *ibid.* Page 141.

¹⁹⁵ Cnom, *ibid.* page 50.

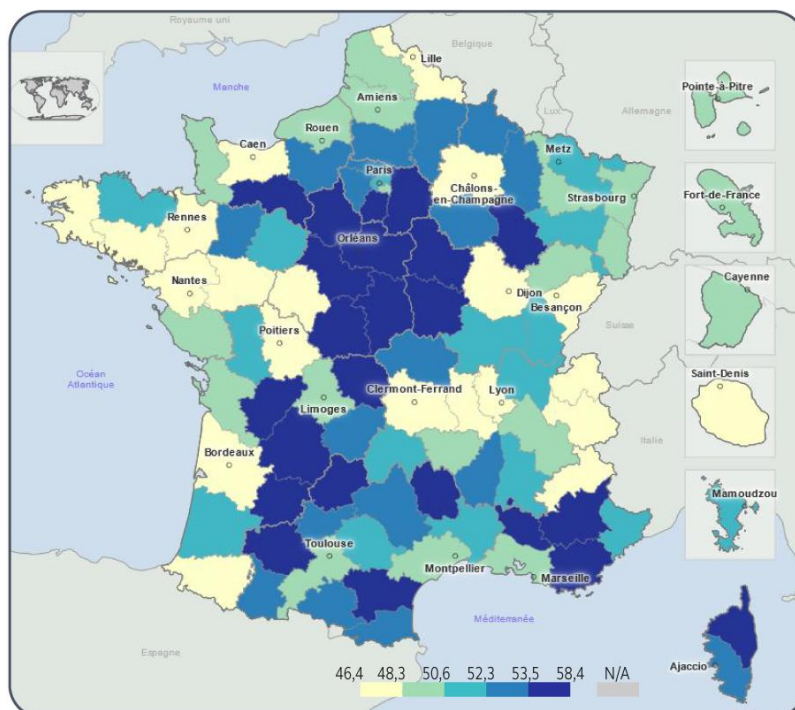
**Carte n° 9 : densité départementale des médecins généralistes en activité
au 1^{er} janvier 2025 (pour 100 000 habitants)**



Source : Cnom

La carte établie par le Cnom sur l'évolution départementale de 2010 à 2025 montre un phénomène de dégradation continue pour l'ensemble des départements de la région, à l'exception de l'Indre-et-Loire.

**Carte n° 11 : âge moyen des médecins en activité
par département au 1^{er} janvier 2025**



Source : Cnom

La carte de l'atlas du Cnom relative aux médecins de moins de 40 ans montre que leur proportion, dans tous les départements de la région, figure parmi les plus faibles de France, tandis que la carte réalisée pour les plus de 60 ans présente les proportions parmi les plus fortes du pays¹⁹⁷.

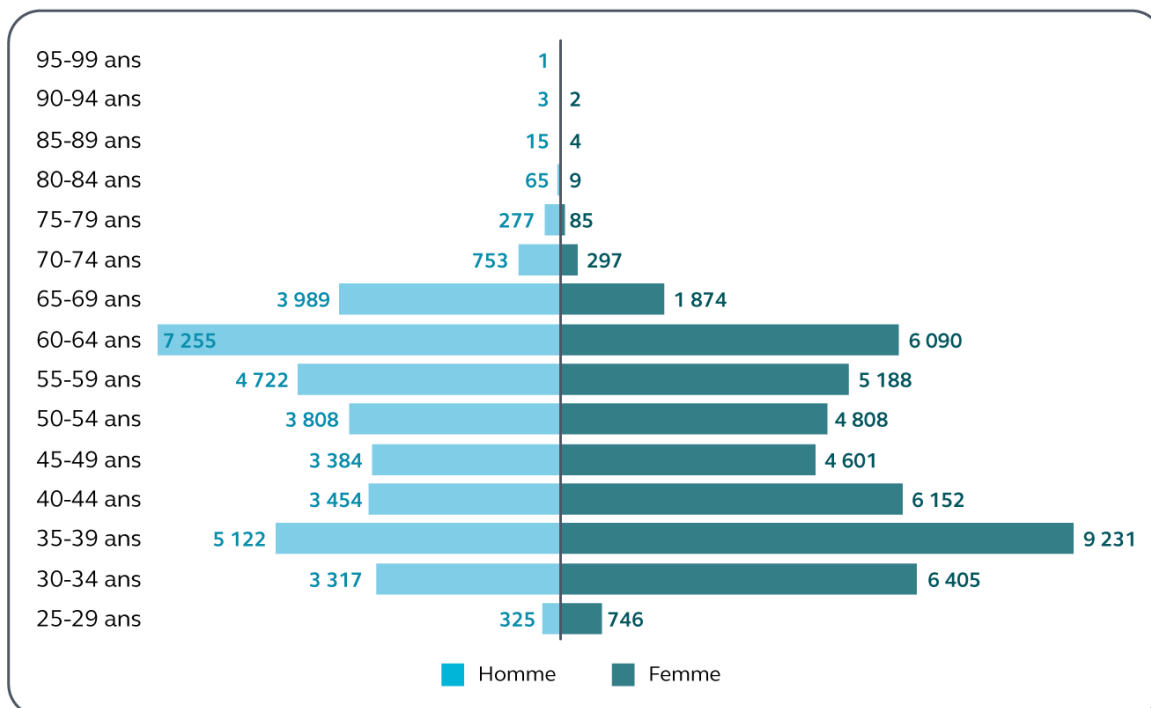
L'ARS Centre-Val de Loire¹⁹⁸ indique que les données disponibles pour la période 2022-2025, et plus particulièrement dans les départements d'Eure-et-Loir et du Loiret, révèlent une problématique persistante en matière d'installation de médecins dans les territoires fragiles. En précise que 38 territoires de vie-santé (TVS) sur 143 au total (27 %) n'ont connu aucune installation médicale malgré leur classement en Zip depuis le dernier zonage, c'est-à-dire depuis environ 3 à 4 ans. Ce constat met en évidence les limites des dispositifs incitatifs actuels. En effet, le classement en Zip, s'il traduit une reconnaissance de la fragilité de certains territoires, ne garantit en rien l'attractivité réelle de ces derniers, *a fortiori* si les zones en Zip se multiplient.

Cette situation démographique préoccupante se traduit dans une pyramide des âges médicale particulière, avec un rajeunissement moindre qu'en France entière et, pour conséquence, un âge moyen des médecins généralistes en activité régulière plus élevé dans cette région (+ 1,5 an par rapport à la France entière) et une pyramide des âges (cf. graphique *infra*) assez différente de celle de la France entière.

¹⁹⁷ Cnom, *ibid.* pages 34 et 37.

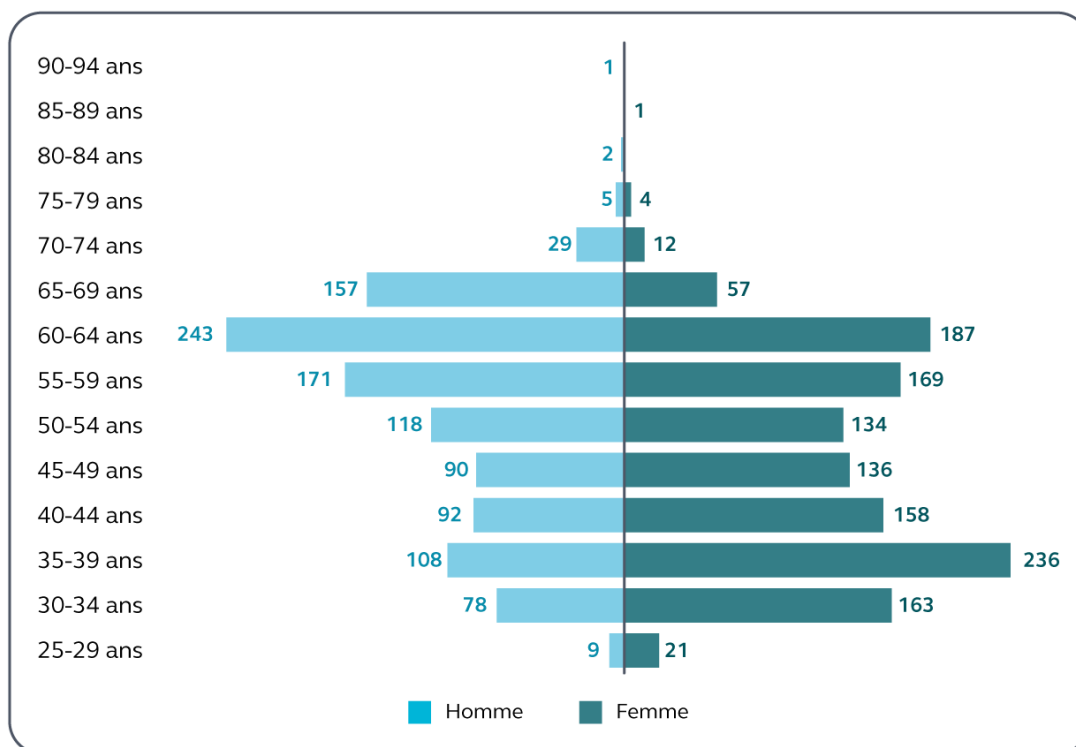
¹⁹⁸ Réponse de l'ARS Centre-Val de Loire au questionnaire de la Cour.

Graphique n° 9 : structure par sexe et âge de l'effectif des médecins généralistes actifs réguliers libéraux en France au 1^{er} janvier 2025



Source : Cnom

Graphique n° 10 : structure par sexe et par âge de l'effectif des médecins généralistes actifs réguliers libéraux, en Centre-Val de Loire, au 1^{er} janvier 2025



Source : Cnom

Les pyramides des âges par département ont une forme toujours élargie à leur sommet mais aussi élargie désormais à leur base, traduisant l'arrivée en activité des étudiants ayant bénéficié ces vingt dernières années d'un desserrement progressif du *numerus clausus* (les classes d'âge des étudiants du *numerus apertus* ne sont pas encore visibles en termes de médecins en activité). Or, en Centre-Val de Loire, cette base est moins large qu'en France entière, traduisant un relèvement générationnel moindre pour la cohorte étudiée des médecins généralistes en activité régulière.

Les modalités actuelles de calcul de l'accessibilité potentielle localisée (APL) des médecins généralistes¹⁹⁹ ne tiennent pas compte de la répartition des médecins entre les classes d'âge, en dépit de leurs effets à court terme sur l'offre de santé disponible : l'analyse et la concertation locales sont donc indispensables et complémentaires pour des prises de décision adaptées, soutenues par les informations statistiques élaborées et mises à disposition par les organismes statistiques nationaux (cf. corps principal du rapport et sa recommandation n° 7).

¹⁹⁹ Il n'existe pas à l'heure actuelle de mesure de l'APL pour les autres spécialistes.

Les faits marquants résultant de la situation de la région Centre-Val de Loire, des analyses et des initiatives des parties prenantes

Les faits marquants observés dans la région Centre-Val de Loire et ressortant des documents reçus peuvent être rassemblés synthétiquement en neuf points :

- l'importance d'une meilleure connaissance de l'exercice effectif en médecine de premier recours des médecins généralistes ;
- les zonages sanitaires et fiscaux et la concertation entre l'ARS et les collectivités territoriales ;
- les revenus professionnels très contrastés des médecins libéraux et le montant des aides directes et indirectes perçues dans les six départements ;
- des aides fiscales fortement contestées pour leurs effets indésirables, des aides financières individuelles dont l'efficacité suscite des interrogations au regard d'autres mesures structurantes et réunissant un large consensus ;
- une affectation des internes encore dominée par l'Indre-et-Loire et un rééquilibrage régional attendu de la création du CHU d'Orléans ;
- les actions volontaristes du bloc communal, des départements et de la région Centre-Val de Loire ;
- les initiatives complémentaires de l'association « *médecins solidaires* », présente dans la région ;
- la contribution favorable des médecins étrangers ;
- les patients sous affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant, et les résultats des efforts importants engagés par l'assurance maladie et les communautés professionnelles territoriales de santé pour en réduire le nombre ;
- l'analyse du taux de fuite des patients et l'effet d'« *impasse territoriale* » observé pour les patients bénéficiaires de la C2S ;
- les amputations de personnes souffrant de diabète de type 2, marqueur potentiel d'interventions et de mutilations évitables avec une détection et un suivi plus précoces et volontaristes ;
- le potentiel élevé de l'approche pluriprofessionnelle dans la réponse aux besoins de santé primaire.

L'importance d'une meilleure connaissance de l'exercice effectif de la médecine de premier recours par les médecins généralistes

Les travaux du Cnom s'attachent à préciser que l'inscription à l'ordre des médecins d'un praticien n'est pas toujours synonyme, pour les patients, d'une pleine activité de soins. Les « *Trajectoires professionnelles des médecins généralistes : suivi longitudinal des médecins généralistes primo-inscrits au 1^{er} janvier 2010* » ont été analysées par le Cnom pendant 15 années jusqu'à 2025²⁰⁰. Cette étude permet d'observer que, pour les 1 979 médecins suivis, 15 ans après, 4,1 % ont une activité intermittente, 1,5 % sont en arrêt temporaire d'activité, 0,5 % sont en « retraite active ». Les documents transmis par l'Ordre des médecins confirment l'importance d'un suivi continu du vivier médical actif, qui repose sur le recensement des médecins dans les tableaux départementaux de l'Ordre et sur la connaissance des orientations de leur activité. Au niveau national, le décalage temporel entre la collecte et le traitement des données, et leur mise à la disposition des responsables locaux est, à la fois, inévitable et sujet à des critiques de la part de ces derniers. L'ARS Centre-Val de Loire reconnaît cette difficulté : le zonage APL de 2022 repose sur des données de 2019, tandis que celui de 2025 repose sur les données collectées en 2023.

Les représentants du Collège de la médecine générale, sur le plan national, comme ceux de l'union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux (URPS-ML) soulignent que l'installation d'un médecin généraliste ne permet pas de présumer une activité de soins de premier recours, définie comme une responsabilité de suivi de patients dans la durée comme médecin traitant. Certains médecins généralistes ne dispensent que des soins non programmés ; d'autres se spécialisent (troubles du sommeil, réalisation d'échographies, autres actes techniques) ; d'autres enfin ont une activité médicale réduite.

Dans ce contexte, l'URPS-ML de la région Centre-Val de Loire a réalisé une étude en coopération avec le laboratoire interdisciplinaire de recherches en sciences de l'action (LIRSA) (EA 4603) du Conservatoire national des arts et métiers et la direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) de l'assurance maladie de la région Centre-Val de Loire²⁰¹ : elle a observé, entre le nombre d'omnipraticiens décomptés en 2022 (1 731) et celui des médecins pratiquant effectivement les soins de première ligne en médecine générale, une « *baisse de plus de 8,8 % entre l'offre supposée et l'offre effective de soins* ». Les critères utilisés tiennent compte, pour mesurer la réalité de la « *force active* »²⁰² de médecine générale de premier recours, des médecins :

- qui n'exercent que dans le cadre de SOS médecins ou comme urgentistes ;
- qui suivent moins de 100 patients « médecin traitant », avec une mention de médecin à exercice particulier (MEP) ou une activité inférieure à 15 % de la moyenne régionale, ou plus de 10 % des actes en actes techniques selon la classification commune des actes médicaux (CCAM)²⁰³ ;
- installés en 2022 avec plus de 10 % des actes cotés en actes CCAM.

Sur ce fondement, les auteurs recalculent une densité médicale « effective », nettement inférieure aux densités brutes.

²⁰⁰ *Atlas de la démographie médicale en France*, Cnom, situation au 1^{er} janvier 2025, page 153.

²⁰¹ Katerina Kononovich, Charlotte de Fontgalland, Frédérique Ménoret, Jean-Marc Macé, « *Identification du médecin spécialiste en médecine générale parmi les omnipraticiens du SNIIRAM* », Journal de Gestion et d'Economie de la Santé, 2025, Vol.43, n°1, 3-22

²⁰² *Ibid.*

²⁰³ Les auteurs de l'étude mentionnée en note 209 estiment en effet qu'au-delà d'une proportion de 10 % d'actes techniques ou investigations faisant l'objet d'une cotation dans le cadre de la CCAM, la pratique médicale considérée n'est plus caractéristique d'un exercice de médecine générale de premier recours.

Tableau n° 14 : densité médicale effective par département en 2022

Départements	Population totale (2020)	Médecins généralistes (SNIRAM)	Densités brutes pour 10 000 habitants	Médecins généralistes (après filtrage)	Force active des médecins généralistes retenus	Densités effectives pour 10 000 habitants
Cher	300 924	160	5,32	136	152	4,52
Eure-et-Loir	431 422	231	5,35	217	241	5,03
Indre	218 700	134	6,13	122	130	5,58
Indre-et-Loire	612 086	587	9,59	514	497	8,4
Loir-et-Cher	329 339	213	6,47	191	195	5,8
Loiret	682 241	406	5,95	351	362	5,14
Centre-Val de Loire	2 574 712	1 731	6,72	1 531	1 577	5,95

Source : Katerina Kononovich, Charlotte de Fontgalland, Frédérique Ménoret, Jean-Marc Macé, « Identification du médecin spécialiste en médecine générale parmi les omnipraticiens du SNIIRAM », *Journal de Gestion et d'Economie de la Santé*, 2025, vol. 43, n° 1, 3-22

Une investigation de cette nature mériterait d'être déployée sur l'ensemble du pays. Elle présente un grand intérêt opérationnel pour la conception de politiques publiques assises sur des calculs d'effectif de praticiens mobilisables pour répondre aux besoins de la population. Les travaux du Cnom et cet article montrent aussi l'importance d'une approche pragmatique en proximité, avec une connaissance fine des praticiens, de leur pratique et de la configuration du territoire. À défaut de cette approche, les zonages qualifiés de prioritaires dans les Zip ou complémentaires dans les Zac encourent le risque élevé d'être décalés de la réalité. Cela explique les fortes critiques de la part des communautés médicales et des élus des différents niveaux de collectivité dans la région Centre-Val de Loire, sur la représentativité des ZIP ou sur les « zones rouges » définies dans le « pacte pour les déserts médicaux ».

Les zonages sanitaires et fiscaux en région Centre-Val de Loire et la concertation entre l'ARS et les collectivités territoriales

Les zonages fiscaux procèdent d'une définition nationale tandis que les zonages sanitaires fondés sur les travaux nationaux de la Drees allouent une marge d'adaptation aux ARS, lesquelles peuvent faire évoluer les zonages dans la limite de pourcentages de la population pouvant être située dans les zonages sanitaires. Dans une région largement en difficulté, les latitudes d'appréciation sont moindres que dans des régions avec une population abondante, comportant de nombreuses zones bien dotées. Le retour d'expérience des parties prenantes locales est généralement celui d'un processus descendant mais avec des efforts récents et appréciés d'explication des zonages par l'ARS Centre-Val de Loire aux élus locaux et aux autres parties prenantes. L'établissement des zonages précédents n'avait été concerté qu'avec les conseils territoriaux de santé (CTS) et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, conformément aux textes. Mais, plus récemment, l'ARS a consulté bien au-delà de ce socle réglementaire pour la mise en œuvre des marges d'adaptation dont elle dispose : les départements, l'association des maires des départements, l'association des maires ruraux, etc.²⁰⁴. Cependant, la définition de zones sous-denses ne suffit pas à elle seule à définir une

²⁰⁴ Note de l'ARS Centre-Val de Loire : « Le nouveau zonage médecin en 2022 ».

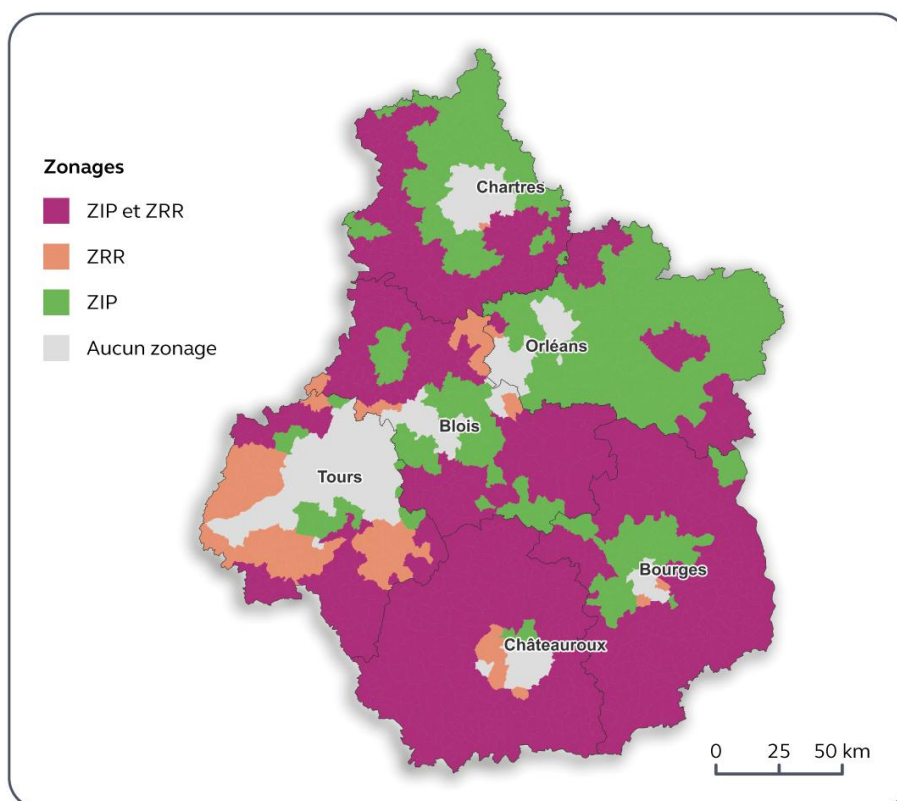
stratégie concertée des implantations nécessaires et durablement viables, articulant l'offre médicale libérale des maisons de santé pluridisciplinaire, l'offre médicale salariée des centres de santé ou en établissement de santé, ainsi que celle des autres professionnels de santé.

Depuis 2022, la totalité des départements du Cher, de l'Eure-et-Loir, de l'Indre, du Loir-et-Cher et du Loiret sont en zone prioritaire, Zip ou Zac²⁰⁵. L'ARS avait anticipé la dégradation des indicateurs dans ces départements et avait établi, dès décembre 2020, une batterie d'aides financières similaires à celles de la Cnam, dans des « Zac régionales » (ZACR), assumée par le fonds d'intervention régional (FIR). L'ARS indique aussi que, désormais, seules les villes importantes des cinq départements susvisés sont en Zac, et que le dimensionnement financier du FIR ne lui permet plus de poursuivre ses ZACR.

Même au sein de la ville de Tours qui accueille de longue date la faculté de médecine et le CHU, peuvent se rencontrer de grandes difficultés sociales avec un nombre élevé de patients sans médecins. Ce constat plaide pour une approche plus déconcentrée des efforts d'installation, en concertation étroite avec les parties prenantes locales (élus, Cdom, Cpam, URML, CPTS).

En l'état, la superposition des zonages sanitaires et fiscaux dans la région telle qu'elle résulte de la carte ci-dessous, montre de multiples effets de bord : des zones aidées voisines des zones ne l'étant pas du tout ou partiellement (éligibilité sanitaire ou fiscale).

Carte n° 12 : typologie des territoires dans la région Centre-Val de Loire selon les zonages en Zip ou en ZRR en 2023



Source : Cour des comptes, d'après les données de la Drees et de l'ANCTA maintenir

²⁰⁵ Ibid.

Les revenus professionnels contrastés des médecins libéraux et le montant des aides directes et indirectes perçues dans les six départements

Le montant des aides financières directes ou indirectes doit être apprécié dans un contexte de revenus constatés dès l'installation, ou parfois auparavant, en remplacement ou en collaboration salariée, de même qu'au regard de l'espérance logique de revenus professionnels pour les médecins envisageant de s'installer en libéral.

Selon les données de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf), les revenus des médecins conventionnés en 2023 de la région Centre-Val de Loire se répartissent entre les départements selon une gradation presque inverse de la densité médicale. Ce constat traduit le fait que les médecins installés en zone sous-dense n'ont pas de difficulté de revenus par rapport aux autres zones plus favorablement dotées. Les revenus moyens des médecins généralistes sont plus élevés en Eure-et-Loir (109 000 €), dans le Cher (108 000 €), dans l'Indre (105 000 €) et le Loiret (102 000 €). Ils fléchissent sous les 100 000 € dans le Loir-et-Cher (99 000 €) et nettement en Indre-et-Loire (83 000 €), zone la plus favorable en densité médicale.

Plus marquants encore sont les écarts autour de ces moyennes, pour les médecins généralistes : à titre d'exemple, les 10 % des revenus les plus faibles s'inscrivent dans une moyenne régionale assez représentative de 34 000 €, tandis que les 10 % les plus élevés se situent à 170 000 € en moyenne régionale, toujours à l'avantage du Cher (203 000 €), et avec une situation bien moindre de l'Indre-et-Loire (139 000 €).

La distribution des revenus des cardiologues, en moyenne les plus élevés dans la région (180 000 €²⁰⁶), s'étend selon des facteurs de 1 à 4, voire à 5. La moyenne est encore plus élevée pour les ophtalmologues et les pédiatres (205 000 €), avec des niveaux de dispersion similaires.

C'est au regard des revenus professionnels constatés (ou pouvant être espérés), qu'il y a lieu d'apprécier les aides financières directes et indirectes (fiscalité) versées aux médecins.

Tableau n° 15 : aides financières directes et indirectes (fiscalité) accordées aux médecins libéraux dans la région Centre-Val de Loire en 2023 (en €)

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Total mesures fiscales	603 607	548 824	562 913	771 739	878 393	915 007
Médecins bénéficiaires	79	77	76	101	90	162
Total mesures sanitaires	563 150	825 252	477 497	585 508	1 310 131	1 989 355
Médecins bénéficiaires	78	92	56	48	126	228
Total bourses CESP	0	36 000	0	159 600	278 400	0
Total aides financières	1 166 757	1 410 076	1 040 410	1 516 847	2 466 924	2 905 352
Moyenne par bénéficiaire	7 432	8 294	7 882	10 112	11 264	7 450

Source : Cour des comptes, d'après les données Cnam et DGFIP et CNG

²⁰⁶ Les effectifs de spécialistes par département sont trop faibles pour être significatifs, selon la Carmf.

Les mesures fiscales intègrent les réductions d'impôt au titre des ZRR, ZFU-TE, AFR, BER et PDSA²⁰⁷. Les mesures dites sanitaires correspondent aux aides démographiques de la Cnam au titre des Caim, Coscom, Cotram et CSTM²⁰⁸. Les bourses correspondent aux contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants en médecine.

Les montants indiqués sont annuels mais les réductions d'impôt sont pluriannuelles : par exemple, cinq années à 100 % en ZRR, puis en baisse progressive les trois années suivantes.

Les aides démographiques concernent majoritairement les médecins généralistes mais les aides fiscales établies sur un zonage géographique bénéficient aussi aux autres spécialistes, même si les généralistes sont majoritaires : 20 % des réductions d'impôt sont affectées à des médecins spécialistes, en moyenne, ce taux peut parfois s'élever à la moitié, sur un territoire donné.

Les aides fiscales ne sont pas conditionnées par le fait, pour un médecin, d'être conventionné en secteur 1 ou en secteur 2 à honoraires maîtrisés (Optam).

Des aides fiscales fortement contestées au regard d'autres mesures structurantes réunissant un large consensus

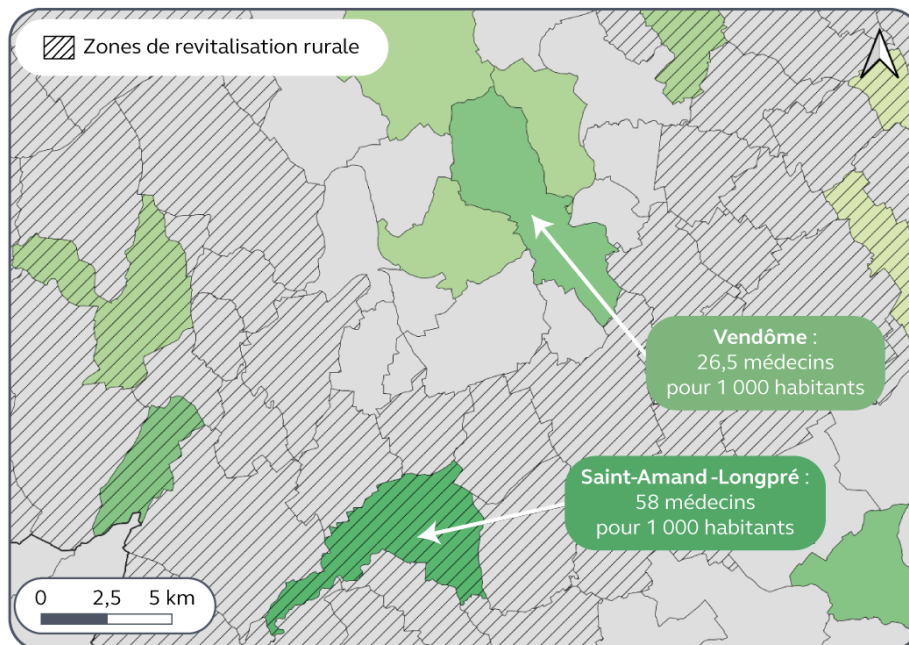
Dans les documents transmis à la Cour, les élus locaux et les représentants des médecins ont fortement critiqué les effets indésirables des réductions d'impôt résultant des zonages fiscaux : des installations en nombre de médecins généralistes et spécialistes qui se concentrent dans de petites villes situées à quelques kilomètres des villes importantes (Gien, Montargis, Vendôme) afin de bénéficier de l'avantage fiscal. Ces effets sont contre-productifs car ils provoquent une perte d'accessibilité pour le bassin de population et, notamment, des problèmes de mobilité pour les personnes âgées pour pouvoir se rendre aux rendez-vous.

Des exemples de concentrations fortes et paradoxales de médecins libéraux, généralistes et spécialistes, dans des petites villes situées en périphéries de plus importantes mais situées en ZRR, sont ainsi observables à Varennes-Changy et à La Bussière, peu éloignées de Gien. Tel est le cas aussi de la ville de Saint-Amand-Longpré à côté de Vendôme.

²⁰⁷ Zone de revitalisation rurale (ZRR), zone franche urbaine – territoires entrepreneurs (ZFU-TE), aide à finalité régionale (AFR), bassin d'emploi à redynamiser (BER), permanence des soins ambulatoire (PDSA).

²⁰⁸ Contrat d'aide à l'installation des médecins (Caim), contrat de stabilisation et de coordinations des médecins (Coscom), contrat de transition (Cotram) et contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM).

Carte n° 13 : exemple d'un effet indésirable du zonage ZRR sur le choix d'installation et la densité de médecins libéraux



Source : Cour des comptes, d'après les données Cnom et data.gouv.fr

Les analyses sont plus nuancées - moins critiques que pour les aides fiscales - concernant les aides financières directes nationales localisées dans les zones sanitaires. Toutes les parties prenantes soulignent leur caractère accessoire dans la motivation d'installation durable, avec des risques de redondance ou de concurrence et de surenchère évitables sur le plan local (cf. *infra*). Trois lignes directrices réunissent un fort consensus concernant les besoins et les initiatives efficaces des collectivités territoriales :

- le redéploiement des aides financières vers les aides logistiques, considérées comme bien plus utiles telles que le soutien bâtiminaire des MSP et des centres de santé, ou à l'acquisition de matériel médical ;
- la mise aux normes, la rénovation et, surtout, l'agrandissement des locaux de structures d'exercice collectif, besoin majeur à satisfaire rapidement pour accueillir des assistants médicaux, des internes, des docteurs *juniors* en novembre 2026, ainsi que d'autres professionnels de santé ; la propriété des MSP et des CDS étant majoritairement publique (communes, EPCI) ou parapublique (bailleurs sociaux), elle ne peut résulter d'initiatives de leurs locataires ;
- les solutions de logement et les prêts de véhicules, ou le remboursement des frais de déplacement, pour favoriser l'accueil des étudiants en médecine, ainsi que le soutien financier de la formation des maîtres de stage.

Enfin, les critiques concernent les aides fiscales conçues comme des « *guichets juridiques nationaux* » : elles ne comportent pas de cahier des charges formalisant des contreparties directes en services rendus pour les concitoyens et assurés sociaux du territoire au titre duquel l'aide est allouée. Or, ces contreparties pourraient être définies avec un haut niveau de consensus en termes de priorités d'activité clinique, de nombre de patients « médecin traitant »

suivis, de patients sous ALD sans médecin traitant pris en charge, de patients en situation précaire ayant besoin de la complémentaire santé solidaire (C2S), etc.

L'attractivité des aides fiscales peut conduire au déplacement opportuniste, de quelques kilomètres, d'un cabinet pour en bénéficier, c'est-à-dire de manière suffisamment proche pour conserver la même patientèle. De ce fait, la population du nouveau territoire d'implantation du médecin ne bénéficie d'aucun créneau de rendez-vous nouveau. Tel est le cas aussi des médecins qui se spécialisent dans l'accueil non programmé et qui bénéficient d'aides fiscales au titre de zones ZFU-TE, mais sans jamais y exercer une activité de premier recours en cabinet pour les patients du territoire.

Une affectation des internes encore largement dominée par l'Indre-et-Loire, département d'implantation historique de la faculté de médecine

Les affectations d'internes sont décisives pour la connaissance des territoires et les orientations ultérieures d'installation. Dans la région Centre-Val de Loire, la présence à Tours de la faculté de médecine et du CHU, avant la création de celui d'Orléans en 2022, a joué un rôle favorable pour la densité médicale en Indre-et-Loire (cf. *supra*) mais avec un assez faible rayonnement régional.

Dans les données transmises par l'ARS Centre-Val de Loire pour les affectations d'internes en cardiologie, ophtalmologie, gynécologie et pédiatrie de mai 2016 à novembre 2023, l'Indre-et-Loire mobilise toujours autant la grande majorité des internes. Aucune évolution significative n'est intervenue depuis 2016, du point de vue des effectifs des autres départements, sauf :

- en ophtalmologie, au bénéfice du Cher et du Loiret ;
- en pédiatrie et en gynécologie, au bénéfice du Loiret.

Pour sa part, l'Indre n'a reçu aucun interne sur toute cette période en ophtalmologie et en gynécologie, mais toutefois un en cardiologie en 2018 et en 2023, et un en pédiatrie en 2021.

Cette situation, déséquilibrée, est expliquée par les différents coordonnateurs de spécialité qui font part de la difficulté d'identifier des lieux de stages en nombre suffisant, avec un encadrement adapté, faute de montée en puissance des effectifs universitaires par rapport à la forte progression des effectifs d'internes. Les exigences posées sur le plan national par les maquettes de formation pour chacune des spécialités réduisent les marges d'adaptation des coordonnateurs de spécialité, qui signalent une forte préférence des internes pour leurs lieux de stages hospitaliers habituels ou traditionnels au sein des CHU. Leurs confrères libéraux estiment pour leur part que les coordonnateurs de spécialité universitaires privilégient trop la satisfaction des besoins de leurs propres services hospitaliers.

Cette préférence exprimée en direction du modèle hospitalo-universitaire dominant n'est pas seulement le fait des enseignants mais est aussi celui des étudiants en médecine, notamment d'origine urbaine. Elle est documentée de même sur le plan national, notamment dans des études menées par Géraldine Bloy²⁰⁹.

²⁰⁹ Géraldine Bloy, *À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions*, Revue Française des Affaires Sociales, 2014 - N° 1-2 | 171.

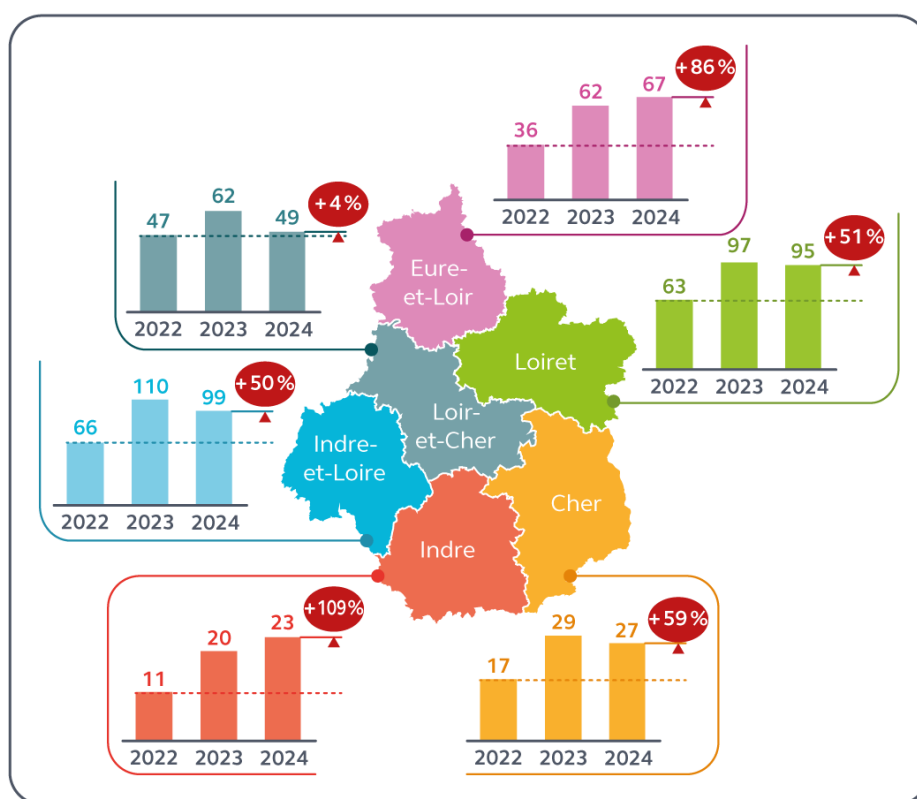
Cette situation appelle une réflexion sur le plan national pour adapter le recrutement des étudiants et les maquettes de formation à l'objectif de favoriser des installations en milieu rural, et dans les établissements de santé périphériques auxquels ces praticiens doivent pouvoir s'adosser pour sécuriser leur pratique, donc s'installer (cf. le rapport principal). Cela appelle sans doute également des mesures volontaristes associant les ARS avec les doyens et les coordonnateurs de spécialités de la faculté de médecine.

La situation de la région Centre-Val de Loire a pu contribuer à la décision de créer une faculté de médecine et un CHU à Orléans, en partenariat avec la faculté de médecine de Tours.

Cette création s'inscrit dans l'objectif de formation de 200 étudiants supplémentaires par an à l'université d'Orléans, afin de porter à 530 le nombre d'étudiants diplômés chaque année sur la région Centre-Val de Loire. « Ainsi, à terme, en 10 ans, le nombre d'étudiants formés à Orléans passera de 175 en 2023 à 1 975 en 2034 »²¹⁰.

Un point d'étape établi par l'ARS Centre-Val de Loire sur l'évolutions des effectifs d'internes en médecine générale témoigne d'une dynamique positive.

Graphique n° 11 : évolution du nombre d'internes de médecine générale par département



Source : ARS Centre-Val de Loire

²¹⁰ Note du CHU d'Orléans pour la ministre du travail, de la santé et des solidarités, pour la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et pour le ministre délégué chargé de la santé et de la prévention, janvier 2024.

Toutefois, et en dépit de ces évolutions positives, l'analyse montre qu'elles ne produisent encore que des effets limités dans le rééquilibrage : l'Indre (6 % de l'effectif d'internes de médecine générale), le Cher (8 %), le Loir-et-Cher (14 %), l'Eure-et-Loir (19 %) restent encore en retrait des proportions de l'Indre-et-Loire (28 %) et du Loiret (26 %) pour les 360 internes en 2024. La situation demeure beaucoup plus difficile pour la répartition des internes des autres spécialités (cf. *supra*).

De nombreuses conditions devront être réunies pour améliorer la situation : le soutien des effectifs universitaires accompagnant la croissance de l'effectif d'étudiants en médecine ; l'augmentation du nombre des lieux de stages formateurs, avec un encadrement adéquat, dans les MSP et les cabinets libéraux comme dans les hôpitaux non CHU de la région. Dans cet effort durable de « *stratégie hospitalo-universitaire territoriale* », les collectivités territoriales de la région ont d'ores et déjà apporté une contribution avec des aides directes et indirectes pour les étudiants en médecine et internes, pour les maîtres de stage (cf. *infra*), voire le financement de chefs de clinique pour compléter les affectations du ministère chargé de l'enseignement supérieur (cas de la région Centre-Val de Loire).

Dans cette dynamique, une première année de médecine va être mise en place par la faculté de médecine de Tours à Bourges à la rentrée 2026, pour tenir compte du rôle important de l'origine géographique des étudiants dans les choix d'installation ou d'affectation ultérieures.

Les actions volontaristes des communes et intercommunalités, des départements et de la région Centre-Val de Loire

Les communes et les intercommunalités de la région se sont largement engagées dans le soutien, notamment bâtiminaire, de l'exercice médical regroupé, parfois avec l'appui de bailleurs sociaux, et en mobilisant des soutiens financiers des départements et de la région²¹¹. Le schéma d'intervention le plus fréquent est le suivant : lorsque la dépense est de 1 000 €, l'État, la région et le département subventionnent le projet de la commune à hauteur de 500 €, laquelle emprunte en complément les 500 € encore nécessaires. Sur ce socle, les communes ou EPCI facturent aux médecins un loyer modéré. Le principe d'une distance de 20 km entre les MSP a été convenu, pour éviter un morcellement de l'offre. Le plan « *Urgence santé* » de la région Centre-Val de Loire prévoit le fonctionnement de 125 MSP à la fin de l'année 2025, mobilisant 1 000 professionnels de santé ; 20 M€ ont été engagés depuis 2018 par la région à ce titre²¹².

D'autres aides ont été engagées par les communes sous la forme de bourses pour les étudiants, ou des primes, mais il y a lieu d'observer l'émergence de « *chartes de non concurrence* » (Chartres, Orléans) pour éviter des effets malvenus de surenchères entre collectivités. Dans un article paru dans l'Écho Républicain du 3 juillet 2025, Florent Gauthier, maire de Lucé (28) estime que l'aide à l'installation de 30 000 € récemment délibérée par le conseil municipal est conforme à la charte de non-concurrence adoptée par la métropole de Chartres.

²¹¹ CRC Centre-Val de Loire, *Synthèse régionale : les interventions locales en matière d'accès aux soins de premier recours en Centre-Val de Loire*, juillet 2023, & Communauté de communes des Terres du Val-de-Loire (Loiret), juillet 2023.

²¹²<https://www.centre-valdeloire.fr/agir/favoriser-le-bien-etre-et-la-sante/la-sante-au-coeur-des-priorites-de-la-region>

Cette métropole a également engagé des investissements d'envergure avec la création de deux maisons de santé importantes, pouvant accueillir un grand nombre de professionnels de santé, à proximité de la gare et de l'hôpital²¹³. Des bourses ont également été mises en place pour les étudiants en médecine, qui varient entre 6 000 et 12 000 € : un article de l'Écho Républicain souligne que, sur six étudiants retenus, « quatre d'entre eux sont originaires de la région chartraine »²¹⁴.

Tous les départements de la région Centre-Val de Loire ont développé une gamme similaire d'interventions en direction du bâtimentaire, des étudiants et des médecins, en mobilisant chacun une équipe spécifique mais aussi leurs agences d'attractivité, lesquelles s'organisent solidairement avec l'agence de développement économique de la région, pour une présence partagée sur les salons et les congrès.

À titre d'exemple, le département de l'Indre a mis en place un « guichet unique pour votre installation » sous la forme d'un site internet, « Doc36.fr », consacré aux professionnels de santé, non pas seulement aux médecins. Il alloue une somme de 15 000 € pour l'installation d'un médecin généraliste, complétée de 15 000 € si celui-ci s'engage à réaliser des visites à domicile²¹⁵. Le département estime que, désormais, le maillage territorial en MSP est globalement mature. Le site internet indique que les « créations de MSP peuvent bénéficier de sa part d'une subvention à hauteur de 25 % du montant hors taxe des travaux hors VRD, frais d'acquisition foncière et étude (dont la maîtrise d'œuvre), dans la limite de 200 000 €. » Globalement, l'Indre a investi 2 M€ en aides à l'installation sur deux mandatures, moyennant un engagement d'activité de cinq années dans la commune de la part des médecins, en contrepartie. Le département a soutenu 23 professionnels de santé, pour un montant de 390 000 €, dont quatre médecins généralistes et deux néphrologues, huit dentistes et neuf masseurs-kinésithérapeutes. Trois étudiants ont bénéficié d'une bourse de 1 000 € par mois, et huit internes ont été logés gracieusement. Par ailleurs, sept nouvelles cabines de téléconsultation ont été installées en 2024, pour un montant de 35 000 €. Les initiatives du département se portent aussi vers l'encouragement des vocations dans le domaine de la santé dans les collèges et lycées, en relation avec le rectorat, ainsi que vers la constitution d'un campus connecté à Châteauroux avec l'université d'Orléans, pour implanter une première année de médecine.

Pour sa part, le département d'Eure-et-Loir a structuré un travail partenarial sous la forme d'un comité rassemblant les ordres professionnels, les URPS, l'assurance maladie, la MSA, les CPTS comme l'ARS et la préfecture. Ces réflexions ont évolué à la suite des recommandations du rapport de la CRC Centre-Val de Loire²¹⁶, qui a conduit le département à réaliser un diagnostic territorial²¹⁷. Cette étude souligne le « taux de fuite hors région » de 42 % des étudiants en médecine, pour mener leurs études en Île-de-France, notamment à la faculté de médecine Paris-Ouest (Saint Quentin-en-Yvelines)²¹⁸. Il comporte des graphiques montrant les

²¹³ Au Québec, des exemples existent de « groupements de médecins de famille » (GMF), équivalents des maisons de santé professionnelles en France, comportant près de 100 professionnels de santé, dans des zones urbaines.

²¹⁴ Edition du 16 juin 2025.

²¹⁵ Site internet du département de l'Indre ; <https://www.doc36.fr/aides-financieres.html>

²¹⁶ CRC Centre-Val de Loire, *Les interventions locales en matière d'accès aux soins de premier recours en Centre-Val de Loire*, exercices 2017 et suivants, mars 2023.

²¹⁷ Easis, *Diagnostic sur les causes de la sous-densité médicale et paramédicale eurélienne*, octobre 2023.

²¹⁸ *Ibid.* pages 8 et 19.

forts contrastes intra-départementaux d'accès aux soins dans les différentes spécialités²¹⁹. Les responsables du département mettent aussi en avant la solidarité territoriale de fait entre la densité médicale libérale et la densité médicale hospitalière, en plaçant pour un décloisonnement ville-hôpital fondé sur une ouverture sur toutes les formes de pratiques, libérales et salariées. Dans le cadre du « *Pacte Eure-et-Loir Santé* »²²⁰, le département a mobilisé plusieurs leviers, comme des bourses d'études pour les étudiants en 3^e cycle, contre un engagement de service de cinq années dans le territoire, en complément de solutions d'hébergement organisées avec les bailleurs sociaux. Des soutiens financiers sont aussi établis au bénéfice des médecins maîtres de stage, pour reconnaître l'importance de leur engagement dans l'accueil d'étudiants et d'internes. À Lucé, une résidence autonomie pour personnes âgées associe le public hébergé à des étudiants en santé. Des subventions sont accordées pour les équipements et travaux nécessaires, au moment de l'installation (10 000 €), ainsi que des prêts d'honneur. Sur dix-huit mois, le département a soutenu 40 projets, en concrétisant 17 installations, sept restant en cours. Cinq MSP ont été soutenues, de même que l'installation d'un centre de santé de l'association « médecins solidaires » à Anet, dans le nord du département (cf. *infra*).

Dans le Département du Loir-et-Cher, un plan intitulé « *Le 41 en bonne santé 2022-2028* »²²¹ a été engagé. En effet, 25 % des habitants du département ne disposent pas d'un médecin traitant, contre 11 % en moyenne nationale. Ces actions mobilisent un agent de la collectivité et trois salariés de l'agence d'attractivité à plein temps qui se déplacent aussi dans les facultés, aident à trouver des logements, des places en crèche, etc. Dans ce cadre, 80 professionnels de santé se sont installés depuis 2023 ; 2024 est la première année où le département voit s'équilibrer les départs et les arrivées de médecins. Le département a aussi mis en place des bourses, moyennant trois ans d'obligation d'exercice sur le territoire, en médical et en paramédical. Il propose des allocations pour les stagiaires et une bourse pour les internes de médecine générale, à hauteur de 12 000 € (500 € mensuels sur les deux dernières années d'études). Des subventions d'investissement de 2 000 à 20 000 € sont accordées par ailleurs pour la constitution des plateaux techniques, et un fonds a été constitué avec des banques pour pouvoir accorder des prêts d'honneur à taux zéro à hauteur de 50 000 € (étudiants, professionnels de santé nouveaux ou déjà présents). Sur le plan immobilier, 16 MSP ont été aidées en deux ans et demi. Un campus santé est en projet à Blois, pour accueillir des étudiants en médecine après une première étape pour des études paramédicales. Globalement, les dépenses engagées par le département pour l'ensemble des mesures de son plan santé 2022-2028 s'établissent à 25 M€.

Pour le Loiret, un guichet unique départemental a de même été constitué sous la forme d'un site internet intitulé « *Cap Loiret Santé* »²²², et une équipe de cinq personnes a été affectée à cette initiative. Le département a rédigé un « *règlement aide à l'installation 2025 à destination des professionnels de santé* » qui précise les conditions d'éligibilité comme, par exemple, le fait d'être conventionné en secteur 1 ou en secteur 2 (condition qui n'existe pas dans les aides fiscales actuelles). Une carte interactive sur le site internet permet aux candidats à l'installation

²¹⁹ *Ibid.* pages 11 et suivantes.

²²⁰ https://eurelien.fr/wp-content/uploads/2024/11/20241104_DP-PACTE-SANTE_4-11-24.pdf.

²²¹ <https://www.departement41.fr/ses-missions/solidarites/le-41-en-bonne-sante/>.

²²² <https://www.caploiretsante.fr/vous-etes/professionnel-de-sante/aide-linstallation>.

de connaître les différents types d'aides financières par territoire de vie-santé. Le département a choisi de favoriser la primo-installation, à l'intérieur d'un délai de huit années après la thèse. Pour les généralistes, une subvention du département, plafonnée à 8 000 €, est prévue pour cinq ans d'engagement sur un territoire défini par le département du Loiret. Pour les autres spécialités médicales en tension, le plafond est porté à 25 000 €, afin de tenir compte des dépenses en matériel plus importantes pour certaines spécialités (chirurgien-dentiste, cardiologue). Une bonification complémentaire de 2 000 € est accordée aux médecins acceptant d'être maîtres de stage au moment de leur demande, ou acceptant de le devenir pendant la durée de leur engagement. Les aides financières sont accordées dans tout le département depuis 2025, hors zones sous-dotées et très sous-dotées telles que définies par l'ARS. Le règlement définit les dépenses éligibles pour l'attribution des subventions, au vu de justificatifs. Un jury se réunit deux fois par an pour étudier les demandes et s'assurer de la compatibilité avec les dotations budgétaires allouées. La commission « *culture, attractivité et tourisme* » du conseil départemental analyse les dossiers de candidature après leur passage devant le jury. De 2018 à 2024, neuf à dix dossiers ont été traités par année en moyenne, et 700 000 € ont été engagés. Des bourses allouées dès l'externat ont été mises en place (second cycle), en tenant compte du quotient familial (4 900 € lorsque le foyer fiscal est au plus bas), et en complémentarité avec la ville d'Orléans pour éviter des redondances. Le principe retenu est celui de l'interdiction du cumul de bourses, sauf avec celle issue du CESP. Le redoublement est limité à une année pour le bénéfice de l'aide, avec une diminution de 50 % dans ce cas. L'internat de médecine générale est également soutenu avec une somme fixe de 5 000 €/an, hors prise en compte de la situation fiscale. Le soutien des étudiants en médecine et des installations médicales repose aussi sur la recherche de logements vacants, par exemple dans les collèges, ou encore dans les maisons d'écusiers, nombreuses au regard du réseau de canaux du département, avec des colocations d'étudiants moyennant une participation aux charges. Si les lieux de stage sont excentrés, une participation financière est attribuée sur justificatifs.

Concernant le département du Cher, le plan « *Cher Santé* »²²³ déploie des mesures qui s'apparentent à celles des cinq autres départements mais qui comporte une originalité : la mise en place d'un cabinet médical itinérant en juillet 2023. Destiné aux habitants du Cher dépourvus de médecin traitant, il a été composé initialement d'un médecin généraliste salarié et d'un chauffeur-secrétaire. Dix-neuf communes ont été ainsi desservies, avec près de 2 000 consultations réalisées au prix de 10 000 kilomètres parcourus. Depuis novembre 2024, la collaboration avec une sage-femme a élargi les possibilités d'intervention en consultations gynécologiques (dépistage des cancers féminins, prévention et contraception). La coopération avec la maison départementale des personnes handicapées du Cher (MDPH) permet d'organiser des solutions médicales pour des personnes handicapées sans suivi²²⁴.

Le département du Cher expérimente avec l'ARS le programme « *Ambition PACES* » dans le Berry, qui vise à créer des options santé en première et en terminale, en partenariat avec la faculté de médecine de Tours. L'ARS souligne à ce sujet la double difficulté des moyens alloués à l'Éducation nationale et à l'université pour réaliser le suivi des cohortes des étudiants et, donc, pour évaluer l'efficacité de ce dispositif, cofinancé par le conseil régional et par l'ARS. Dans les échanges avec la Cour, les responsables du département du Cher soulignent aussi le

²²³ <https://www.departement18.fr/Le-plan-Cher-Sante>

²²⁴ Journal des départements, hors-série juin 2025, page 24.

rôle important des centres de santé implantés en milieu rural par l'association « médecins solidaires » (cf. *infra*).

Le département d'Indre-et-Loire a mis en place des aides aux professionnels de santé, similaires à celles des autres départements de la région avec, notamment, des solutions de places en crèches et avec des assistants maternels. Le contexte de démographie médicale est différent dans ce département qui bénéficie de l'implantation ancienne d'une faculté de médecine et d'un CHU, mais avec des contrastes territoriaux importants.

En région Centre-Val de Loire, les présidents des six conseils départementaux se présentent publiquement comme un « G6 », coordonnant leurs efforts en matière de démographie médicale²²⁵. L'ARS Centre-Val de Loire souligne l'intérêt de cette entente. Les aides financières directes sont moins mobilisées que par le passé, du fait de retours d'expérience mitigés, pour privilégier par exemple des remboursements de dépenses de matériel médical, ou en direction des étudiants et internes, avec des allocations et des bourses, un soutien logistique (logement, mobilités, gardes d'enfants), le soutien de la formation des maîtres de stage et le projet d'implantations de premières années d'études de médecine décentralisées.

Les représentants de la région et du département du Loir-et-Cher plaident plus largement pour un ajustement du modèle économique de l'exercice médical libéral, en tenant compte de la densité médicale : un praticien exerçant dans une zone sous-dotée pourrait être soutenu par une meilleure valorisation conventionnelle de ses consultations et actes, à la différence des zones correctement dotées. Leur approche rejoint les choix conventionnels effectués en 2024 et mis en application à compter de 2026, avec une forte diminution de la prime d'installation initiale de l'assurance maladie (de 50 000 € à 10 000 €), au profit d'une augmentation du forfait médecin traitant, pour les nouveaux médecins installés comme pour les médecins déjà présents et fidèles au territoire.

La région a aussi pris l'initiative de créer un GIP-Santé en 2021 pour développer des centres de santé, en l'absence de MSP ou de projets d'installation libérale dans certains territoires²²⁶. La collectivité régionale a adopté l'objectif de créer 300 postes de médecins salariés d'ici 2028. Ces derniers seront répartis dans les divers centres de santé des zones les moins bien pourvues. Elle a été suivie en ce sens par les régions Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est. Toutes les communes de la région Centre-Val de Loire sont membres du GIP-Santé. La ligne directrice de la région est de s'écarter des aides financières individuelles pour privilégier des aides structurelles, appuyé sur le développement de l'exercice coordonné, en visant une complémentarité territoriale des MSP et des centres de santé, ainsi que l'appui aux communes et intercommunalités dans leurs projets.

²²⁵ L'Écho républicain, « Difficultés financières, lutte contre les déserts médicaux, etc. : les dossiers chauds des présidents des Départements du Centre-Val de Loire », 11 novembre 2023.

²²⁶ <https://www.centre-valdeloire.fr/agir/favoriser-le-bien-etre-et-la-sante/la-sante-au-coeur-des-priorites-de-la-region>.

Les initiatives complémentaires de l'association « médecins solidaires »²²⁷, présente dans la région Centre-Val de Loire

Médecins solidaires est une association à but non lucratif qui a pris l'initiative de créer des centres de santé reposant sur le volontariat de médecins installés ailleurs mais acceptant de venir y consulter, moyennant 1 000 € par semaine, avec le logement et le transport pris en charge. « *L'unité de base* » est la semaine, pour 42 heures. La continuité de fonctionnement est assurée par deux coordinatrices qui gèrent l'agenda, les ouvertures de droits et les honoraires. Les communes d'installation mettent à disposition gratuitement les locaux de consultation et assument les charges de l'immobilier.

Le dispositif repose sur le principe « *demander un peu à beaucoup de médecins, plutôt que beaucoup à peu de médecins* ». Les volontaires sont, pour un tiers, des remplaçants, pour un second tiers, des médecins installés et, pour le troisième tiers, des médecins retraités dont la fin d'exercice actif date de moins de trois ans. Le vivier national est de 780 médecins volontaires, dont 350 ont déjà accompli une semaine ou plus. Le principe est également l'absence de contraintes pour le médecin qui se déclare volontaire, qui n'est en rien engagé précisément. Certains réalisent une semaine par an, d'autres une par mois.

Le premier centre a été mis en service dans la Creuse, en octobre 2022, puis un second dans ce même département en octobre 2023. Un troisième centre a été installé dans le Cher, à Charenton-du-Cher.

De prochaines ouvertures sont prévues en Eure-et-Loir, dans l'Indre, dans le Loiret, en Haute-Vienne, dans les Deux-Sèvres, dans la Nièvre, dans le Lot-et-Garonne. Tous les centres de santé existants sont installés dans des Zip mais, dans leurs échanges avec la Cour, les représentants de l'association ont constaté qu'aucun des centres créés ne se situait dans les territoires prioritaires définis par le gouvernement à partir de cartes établies par la Drees dans le cadre du récent « *pacte contre les déserts médicaux* ». Ils soulignent que le choix effectué des EPCI pour le pacte ne correspond pas à la granularité particulière des services médicaux : dans les critères retenus par la Drees, la présence d'un service d'urgences et de quelques jeunes médecins « *suffisent* » à ne plus être considéré comme un territoire prioritaire, alors que l'APL y est pourtant faible (1,68) : tel est le cas du centre de santé du Cher, situé à 10 minutes des urgences de Saint Amand-Montrond, ville de 9 000 habitants en grande difficulté pour la médecine de ville, etc..

Pour décrire la patientèle majoritaire, les représentants de l'association soulignent la caractéristique de « *territoires sans solution médicale* » de longue date, marqués par le manque de médecins traitants pour des assurés sociaux requérants, ayant connu un décrochage total dans le suivi de leurs maladies chroniques. De vieilles ordonnances couvertes de cachets pharmaceutiques avec de nombreuses avances de médicaments sont présentées aux praticiens. L'autre caractéristique principale est celle des « *oubliés* », assurés sociaux qui n'auront pas le ressort social, économique et culturel pour aller consulter plus loin : utilisateurs de voitures sans permis, de scooters.

²²⁷ Médecins solidaires, rapport d'activité 2024, page 6. Site internet : <https://medecins-solidaires.fr/qui-sommes-nous/lassociation/#single/0>. Egora, « *Portrait de Martial Jardel, le médecin "solidaire" qui repeuple les déserts médicaux* », 26 novembre 2024 ; Libération, « *Centres de santé en zone rurale : le pari utopique du départ fonctionne* », 9 décembre 2024, page 16 ; Le Monde : « *Contre les déserts médicaux : médecins solidaires, l'association qui entend soigner les territoires ruraux* », 26 juin 2025 ; podcast du journal Le Monde du 23 août 2025, <https://podcasts.lemonde.fr/le-monde-festival-international-de-journalisme-les-rencontre/202508230400-pourquoi-la-france-fait-face-aux-deserts-medicaux>

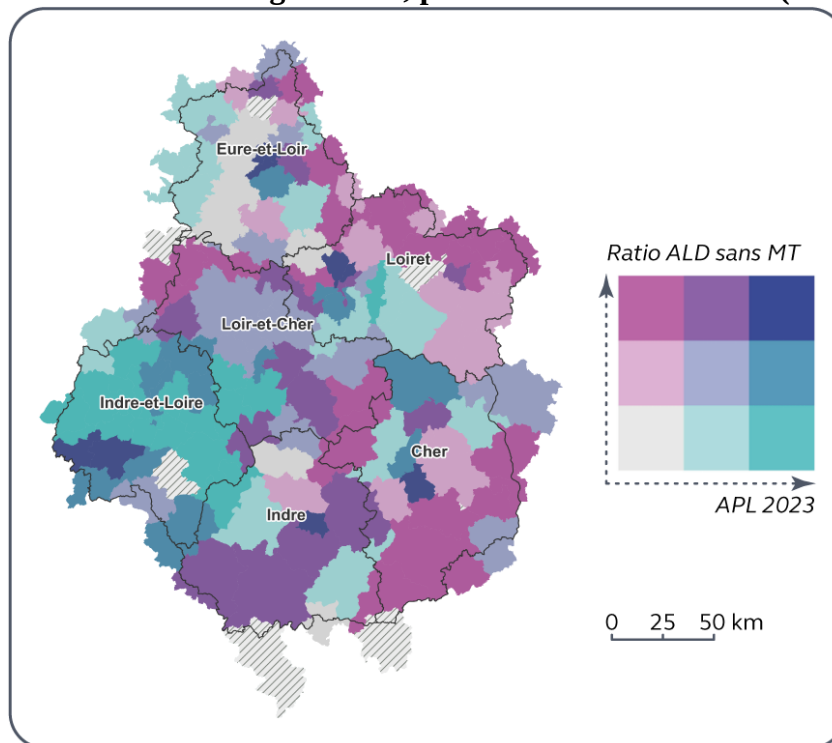
Les représentants de l'association ont calculé qu'à compter de la gestion de 21 centres de santé, il leur sera possible d'assumer eux-mêmes les frais de structure²²⁸. L'association s'est fixée toutefois pour règle de considérer que le centre de santé est saturé à compter du suivi de 1 250 personnes (1 100 par médecin), tout en conservant des créneaux d'urgence et pour des visites à domicile. Ils estiment aussi que le recrutement d'une infirmière de pratique avancée (IPA) pourrait permettre le suivi de 700 personnes supplémentaires mais ils constatent peu de candidatures à ce stade. Le schéma cible est de deux médecins et d'une IPA par centre de santé. Toutefois et dans les limites du dispositif, les représentants de l'association soulignent que les déserts médicaux sont parfois plus encore des « *déserts médico-sociaux* » : ainsi, un des centres de santé a été sollicité pour les résidents d'une structure médico-sociale accueillant 40 personnes, adultes handicapées, toutes dépourvues d'un suivi médical, mais il lui a été impossible de répondre positivement à cette attente compte-tenu de la grande difficulté des résidents pour se déplacer.

Les patients sous ALD sans médecin traitant, et les résultats des efforts engagés par l'assurance maladie et les communautés professionnelles territoriales de santé

Les zonages sanitaires actuels, Zip et Zac, reposent sur une rencontre théorique entre une offre médicale libérale et une population caractérisée par son niveau de vieillissement. Pour renouveler le regard sur les inégalités de santé et les besoins prioritaires, en tenant compte plus largement de la demande de soins, et afin de planifier une stratégie d'accès aux soins, il est possible également d'analyser en complément la proportion des patients sous ALD et sans médecin traitant. Les situations tendues de l'Indre, du sud du Cher, de l'est du Loiret, du nord et de l'est de l'Eure-et-Loir et, enfin, du Loir-et-Cher, apparaissent clairement selon une typologie de couleurs conjuguant les deux dimensions.

²²⁸ L'association a une équipe nationale de 14 salariés, soit une dépense de 800 000 € et elle a indiqué à la Cour que, dans l'attente de l'atteinte de la taille critique de 21 centres permettant un fonctionnement sans subvention, une contribution de 160 000 € est demandée aux communes accueillant un centre de santé, ce qui représente 1/5^e de la dépense de fonctionnement sur le plan national.

Carte n° 14 : accessibilité potentielle localisée des médecins et proportion des patients sous affection de longue durée, par territoire de vie-santé (TVS)



Source : Cour des comptes, d'après les données de la DREES et de la DCRGDR

Lecture : la couleur violette exprime la situation avec une APL la plus faible et une proportion élevée de patients sous ALD sans médecin traitant ; la couleur verte exprime une APL plus élevée avec une faible proportion de patients sous ALD sans médecin traitant ; la couleur bleue exprime une discordance : en dépit d'une APL plus élevée, un fort taux de patients sous ALD et sans médecin traitant apparaît.

La cartographie des patients sous ALD sans médecin traitant présente l'intérêt de pouvoir resituer les objectifs de la politique publique en direction des patients avec des besoins de soins avérés mais ne disposant pas d'un suivi médical. Elle pourrait être complétée par les données issues de la MSA.

La carte de la région Centre-Val de Loire montre des défis élevés au regard du nombre de zones en couleur violette, soit beaucoup de patients sous ALD sans médecins traitants, et une faible densité médicale en regard : sud de l'Indre, sud-est du Cher, nord-est du Loiret et de l'Eure et Loir, franges du Loir et Cher. Malgré ces handicaps élevés, il est encourageant de noter que cette région s'inscrit dans un contexte d'une proportion de patients sous ALD et sans médecin traitant (1,4 %) plutôt bien positionnée au regard des données nationales (4 %). Seules les communes de Corbeilles, Lorcy, Mézières et Gâtinais (plus de 6 %) Bondaroy, Préfontaines (plus de 4 %) dépassent le repère national.

Tableau n° 16 : pourcentage des assurés sous ALD sans médecin traitant (MT) par département, le 13 juin 2025, pour les assurés sociaux du régime général de moins de 16 ans

Départements et Région	Part des assurés sous ALD sans MT (%)
Cher	2,1
Eure-et-Loir	1,4
Indre	2,2
Indre-et-Loire	0,7
Loir-et-Cher	1,3
Loiret	1,5
Région Centre-Val de Loire	1,4

Source : Cour des comptes, à partir des données de la DCRGDR

Une première explication tient à un suivi de ce taux par communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et par le réseau assurance maladie, qui entretient des relations étroites et régulières avec les responsables des CPTS, mobilisées à ce sujet. Dans ce contexte, la CPTS du sud-Cher (4,6 %) et de Châteauroux (3,2 %) sont les plus exposées à la recherche de solutions conjointes avec leurs CPAM.

À titre d'exemple, la CPTS du Gâtinais Montargois veille à apporter une réponse aux patients du territoire considérés comme prioritaires, à savoir les patients sans médecin traitant, de plus de 70 ans, en ALD ou bénéficiaire de la C2S²²⁹ :

- La CPTS identifie les médecins généralistes ayant donné leur accord pour le suivi de patients prioritaires sans médecin traitant : une liste géographique des médecins est alors établie.
- Un formulaire dématérialisé concis est mis à disposition des professionnels de la CPTS ou travaillant dans une structure de soins partenaires de la CPTS par la CPAM pour identifier les patients prioritaires, leurs coordonnées et leur profil. Ce document est uniquement à destination des professionnels membres de la CPTS.
- Un message électronique au professionnel et, selon les besoins, au patient, à l'aidant, au parent ou responsable. Le courriel indique les coordonnées d'au moins trois médecins généralistes potentiels issus de la liste, les plus proches du domicile du patient ou de l'adresse enregistrée ; pour éviter les biais géographiques de "sur-orientation", chaque médecin volontaire peut définir une règle d'un nombre maximal d'orientations sur 30 jours glissants (exemple : « *je suis d'accord pour qu'on oriente vers moi sept patients prioritaires sur 30 jours glissants* »).
- Le professionnel indique que c'est au patient, parent, aidant ou au responsable de faire la démarche de contact avec le, ou les, médecins. Il peut remettre cette liste en main propre, ou bien l'exploiter lui-même pour contacter les médecins si c'est un professionnel du secteur médico-social par exemple.

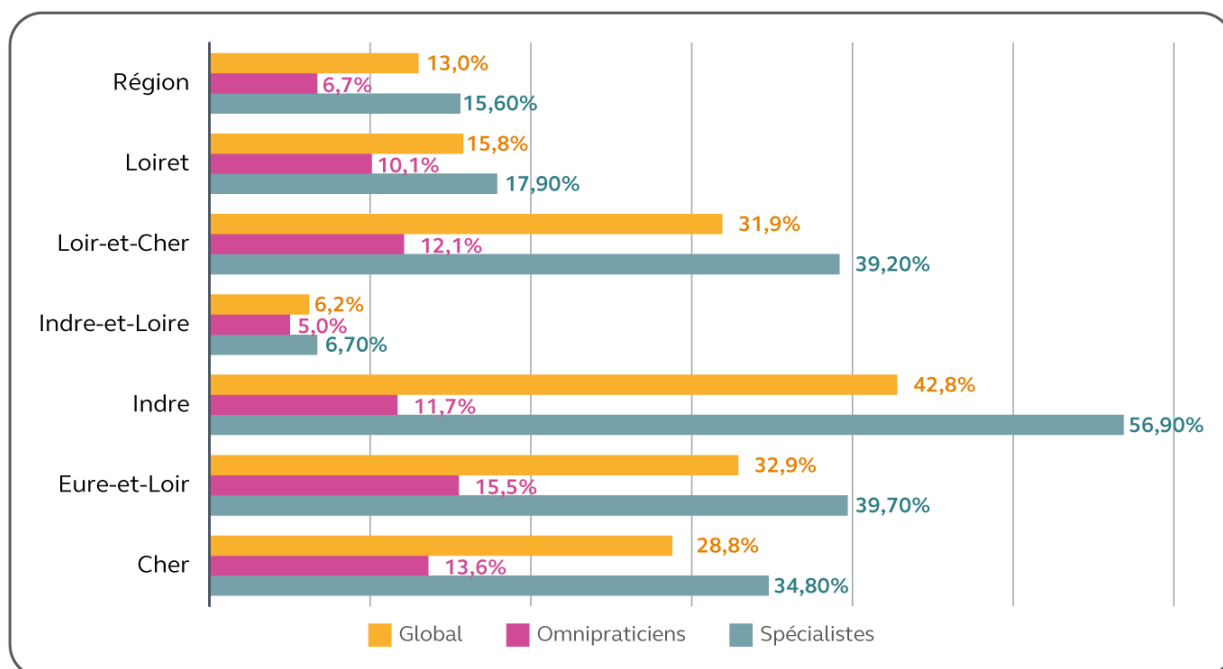
²²⁹ Assurance complémentaire de santé solidaire.

L'analyse du taux de fuite des patients et l'effet d'« impasse territoriale » observé pour les patients bénéficiaires de la C2S

Une étude de la cellule de coordination régionale de la gestion du risque Centre-Val de Loire a été réalisée sur les taux de fuite, constatant une dépense de 81,9 M€, au titre des dépenses de soins des patients de la région auprès des médecins libéraux hors région en 2024, soit 13 % du total des dépenses. Ces fuites concernent les médecins spécialistes à 85 %, pour l'essentiel vers l'Île-de-France.

Sur le plan des différents départements, la situation se présente ainsi :

Graphique n° 12 : proportion des taux de fuite pour des consultations et actes libéraux selon les départements de la région en 2024

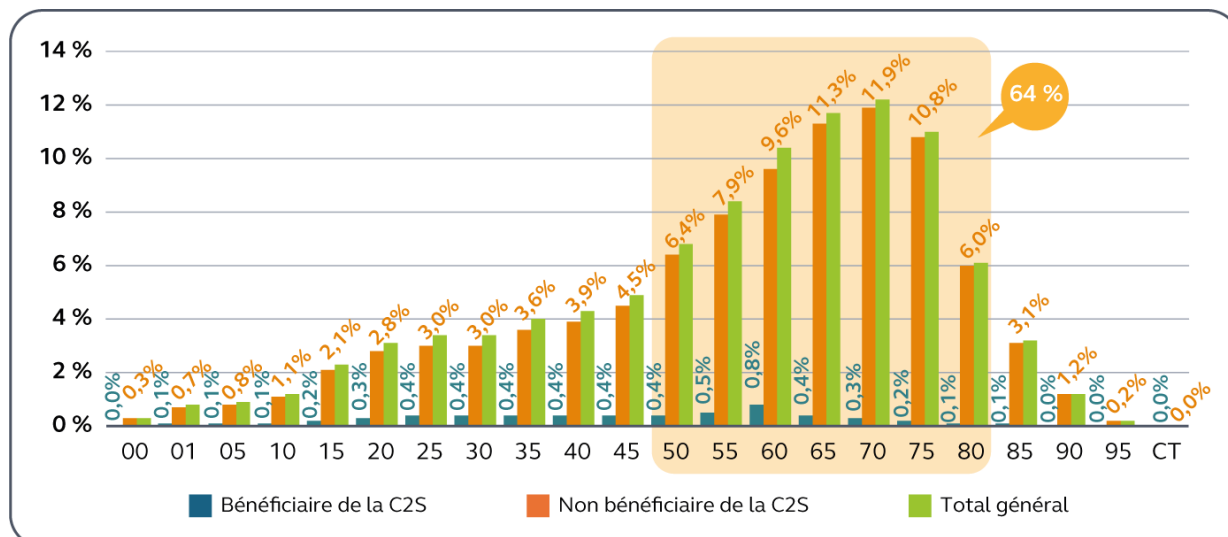


Source : DCGDR, Cellule de coordination régionale de la gestion du risque Centre-Val de Loire

L'analyse réalisée souligne l'importance des secteurs du radiodiagnostic et de l'imagerie médicale, ou encore de l'oncologie radiothérapique. Mais l'originalité du travail présenté à la communauté médicale est aussi de souligner que les patients en situation socio-économique précaire, bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S, gratuite et payante), sont peu représentés dans les taux de fuite (cf. graphique *infra*).

Ce constat corrobore celui des responsables de l'association « Médecins solidaires » sur « les oubliés » qui ne disposent pas du ressort social pour aller chercher du soin ailleurs : pour ces assurés sociaux, le manque de médecins se traduit par un effet d'« impasse territoriale », avec une privation de leur accès aux droits.

Graphique n° 13 : taux de fuite par tranche d'âge vers les spécialistes et les plateaux techniques selon la présence ou non de la C2S²³⁰ en 2024



Source : DCDGDR, cellule de coordination régionale de la gestion du risque Centre-Val de Loire

Les amputations de personnes souffrant de diabète de type 2 : un marqueur potentiel d'interventions et de mutilations évitables pour une détection et une prise en charge plus précoces

Selon plusieurs parties prenantes, les assurés sociaux dépourvus de solution médicale ont largement « intériorisé » la situation de manque, et ne s'en plaignent plus. De ce fait, les diagnostics comme les traitements sont tardifs ; les hospitalisations interviennent trop souvent dans des contextes d'urgence, avec des situations déjà détériorées. Tel est le cas des nécessités urgentes d'amputations pour des patients souffrant de diabète de type 2 et non suivis. Les rapporteurs ont constaté en première analyse que le taux de recours pour des séjours avec amputation pour des diabètes de type 2, dans les départements de la région Centre-Val de Loire, sont nettement plus élevés que la moyenne nationale.

Le taux de séjour pour 1 000 habitants est en effet de 0,20 en moyenne nationale en 2023, mais il atteint 0,31 dans le Cher et dans le Loir-et-Cher, soit plus du double de la moyenne nationale, et 0,27 dans l'Indre. Le Loiret se situe sur la moyenne nationale, et le taux est de 0,19 dans l'Eure-et-Loir, 0,18 dans l'Indre-et-Loire.

²³⁰ Les bénéficiaires de la C2S pris en compte correspondent à la globalité de la mesure, gratuite et payante.

Le potentiel élevé de l'approche pluriprofessionnelle de la réponse aux besoins de santé de premier recours

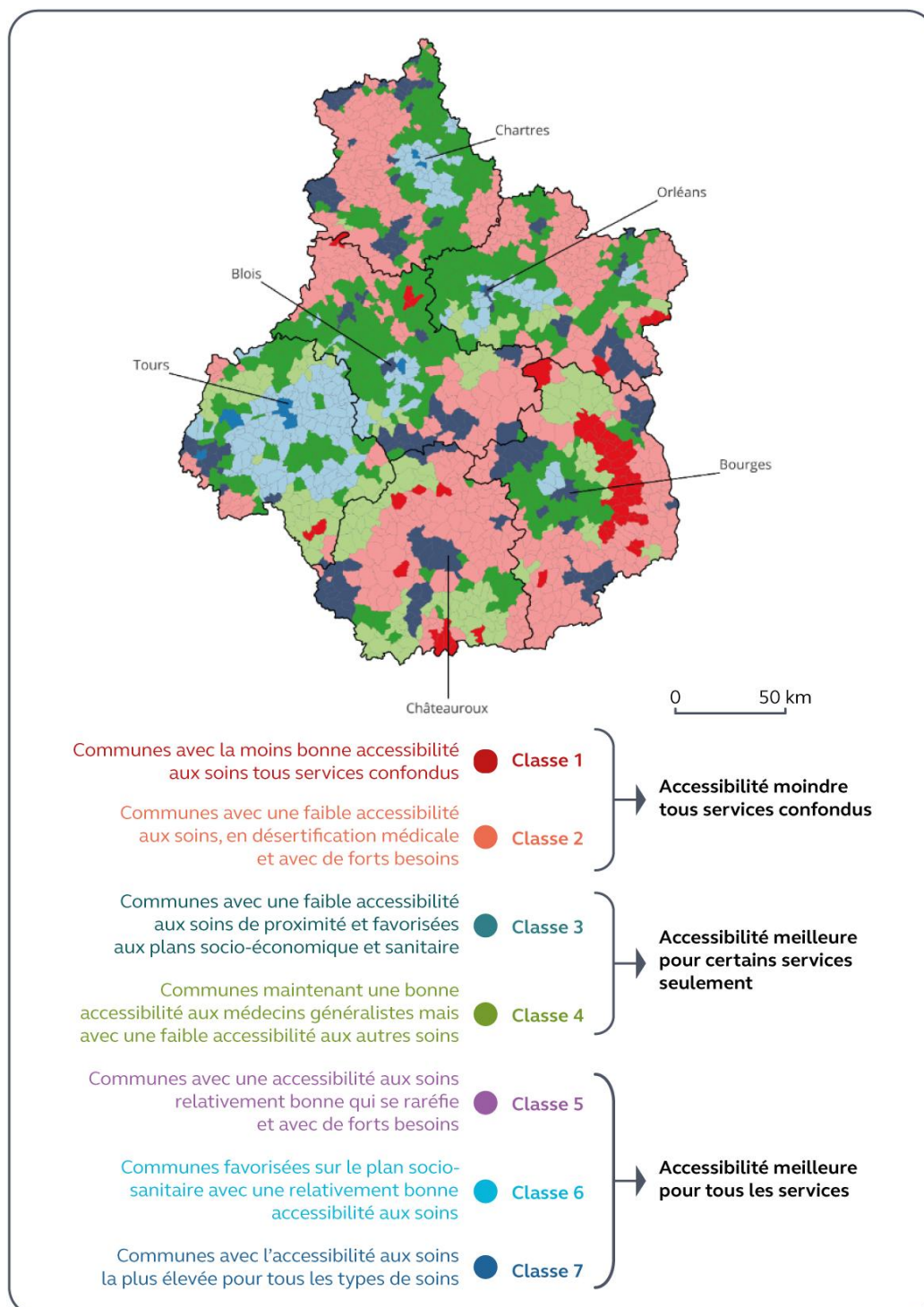
L'approche par les besoins de soins des assurés sociaux présente le grand intérêt de permettre de s'écarter des seules analyses établies isolément, pour chacune des professions de santé, sans prendre en compte la réalité des attentes des jeunes médecins pour s'installer – disposer d'un environnement soignant suffisant pour une pratique de qualité – mais aussi les relais possibles entre professionnels et établissements de santé.

L'Irdes a mené une étude²³¹ pour tenir compte du caractère multi-professionnel des soins de première ligne, en associant alors l'APL des médecins généralistes, l'APL des infirmiers libéraux, l'APL des masseurs-kinésithérapeutes, la distance de la pharmacie la plus proche, la distance du laboratoire de biologie médicale le plus proche, la distance du radiologue le plus proche, la distance du service d'urgence le plus proche pour l'accès aux soins de santé. Pour introduire des éléments sur la dynamique de l'offre, leur modélisation intègre la variation annuelle de l'APL des médecins généralistes, ainsi que la part des généralistes âgés de plus de 60 ans. Pour articuler ces variables *supra* avec les besoins en matière de soins de santé, sont aussi intégrés le taux de mortalité standardisé, le taux standardisé de mortalité prématurée et le revenu médian par unité de consommation.

Sur ce socle de données, une typologie territoriale a été construite, permettant de distinguer sept classes communales d'accessibilité des soins primaires.

²³¹ Irdes, document de travail n° 93, *Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses*, Bonal M., Padilla C. Chevillard, G. Lucas-Gabrielli V., Mars 2025. La carte à l'échelle globale (territoire hexagonal et ultra-marin) figure en page 14 de la même publication mais la finesse d'analyse rend sa lecture malaisée.

**Carte n° 15 : représentation de la région Centre-Val de Loire
avec les sept classes d'accessibilité des soins primaires**



Source : Irdes, document de travail n°93, « Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses », Bonal M., Padilla C. Chevillard, G. Lucas-Gabrielli V., Mars 2025, page 14.

Cette carte confirme l'ampleur des défis pour l'accès aux soins dans cette région mais elle apporte une nuance multiprofessionnelle novatrice qui permet d'évoluer des expressions consacrées « déserts médicaux » ou « zones sous-denses en médecins » vers celle de « communes prioritaires pour l'amélioration de l'accès aux soins primaires », clarificatrice pour engager des actions concrètes.

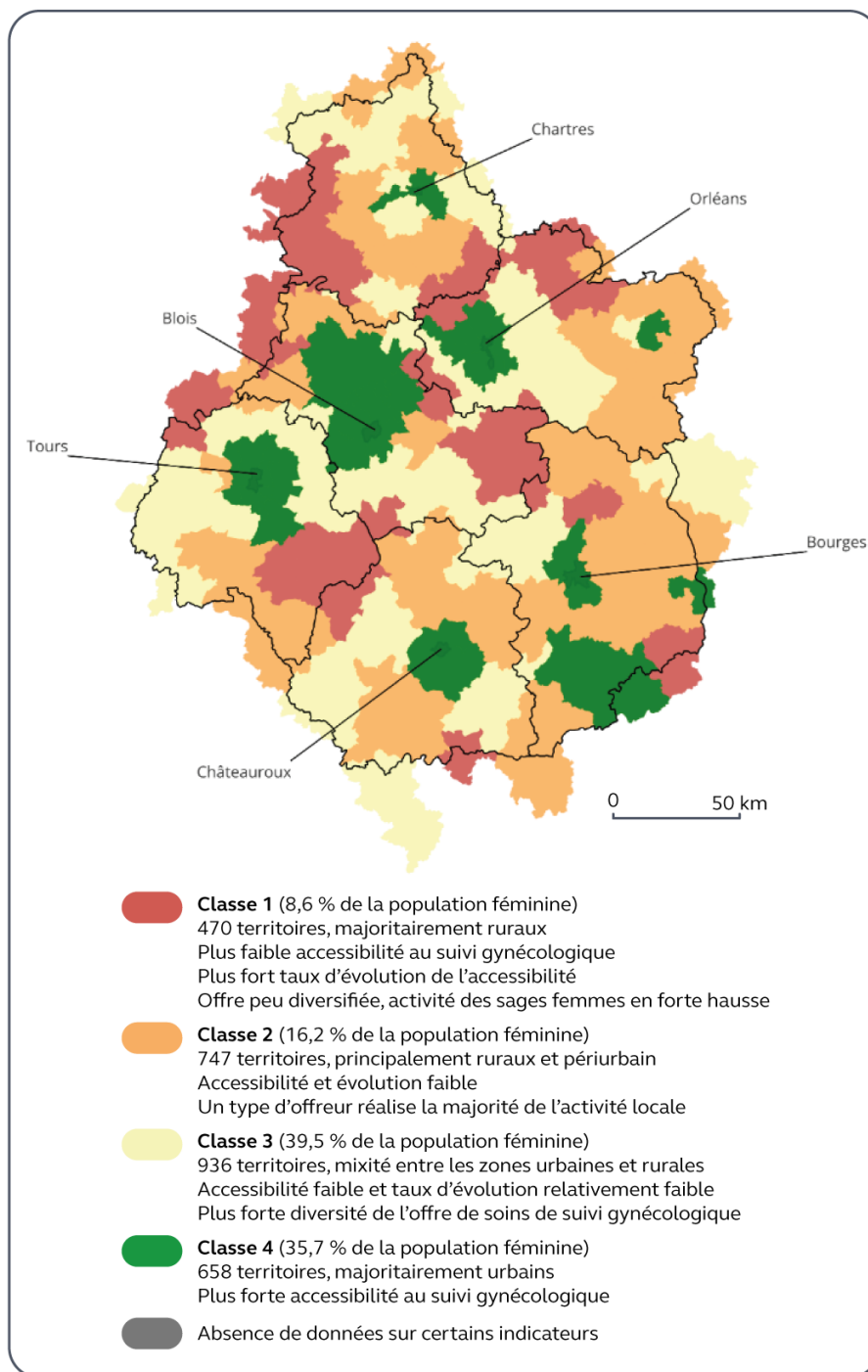
L'intérêt de l'approche multiprofessionnelle *supra* peut aussi être illustrée de manière approfondie par la double complémentarité entre gynécologues et sages-femmes pour le suivi gynécologique, d'une part, et l'offre de ville et l'offre hospitalière, d'autre part.

Une étude a été publiée sur les dynamiques territoriales observées depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes en 2016²³². Trois dimensions de la santé sexuelle ont été abordées : le suivi gynécologique, la contraception, les dépistages du cancer de l'utérus et les infections sexuellement transmissibles. « *Les sages-femmes constituent de fait une nouvelle offre de soins pour les femmes, en complément des gynécologues et des généralistes* »²³³, et leur installation est régulée depuis 2019 : elles ne peuvent pas s'installer dans un territoire considéré comme surdoté à moins d'un départ, et elles reçoivent aussi des incitations financières à l'installation. L'étude montre une nette réduction des inégalités territoriales de 2016 à 2022, et une réduction des temps de parcours. Elle montre aussi une forte dynamique d'inclusion des femmes résidant dans des structures médico-sociales, pour lesquelles la problématique d'accès aux soins gynécologiques est avérée.

²³² Revue francophone sur la santé et les territoires, Karnycheff T., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. Chevillard G. *Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes ?* 23 février 2025.

²³³ *Ibid.*, page 3. La carte à l'échelle globale (territoire hexagonal et ultra-marin) figure en page 14 de la même publication mais la finesse d'analyse rend sa lecture malaisée.

Carte n° 16 : dynamique d'évolution de l'accès au suivi gynécologique en région Centre-Val de Loire, en quatre classes d'accessibilité



Sources :

- *Revue francophone sur la santé et les territoires*, Karnycheff T., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. Chevillard G. Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes ? 23 février 2025, page 11
- Thomas Karnycheff, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès Guillaume Chevillard, Soins de suivi gynécologique : quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes ? revue francophone sur la santé et les territoires, 23 février 2025, page 11 ;

L'étude indique qu'il demeure des zones de recours aux soins gynécologiques particulièrement difficiles, notamment en temps d'accès. Elle souligne aussi l'importance d'une approche fine au niveau communal, pour une compréhension de certains contrastes invisibles dans une maille géographique de taille supérieure, notamment en Île-de-France. L'étude présente également le grand intérêt d'intégrer dans son analyse l'offre de soins primaires apportée par les établissements de santé, notamment sous la forme d'actes et consultations externes (ACE), souvent ignorés dans les travaux statistiques sur les soins de première ligne. Ce point important avait fait l'objet d'une recommandation de la Cour²³⁴. L'intégration du secteur hospitalier dans ce périmètre de réflexion est encore plus pertinente si on élargit le champ de vision aux besoins de périnatalité-et d'obstétrique, et ainsi aux enjeux de permanence des soins dans un territoire sous-dense où le devenir d'une maternité peut être en jeu.

En effet, lorsque des gynécologues-obstétriciens quittent l'exercice hospitalier pour une installation en ville pour de la gynécologie médicale, ainsi que des sages-femmes, ces professionnels peuvent bénéficier d'aides à l'installation substantielles, de la Cnam comme fiscales, ce qui ne sera pas le cas dans leur exercice salarié, tandis que les activités territoriales de périnatalité et d'obstétrique peuvent s'en trouver menacées. Ce risque invite à élargir la vision quant aux dispositifs territoriaux à construire et à soutenir financièrement : non seulement entre les professions de santé, comme ces deux publications ci-dessus en ont démontré la pertinence, mais aussi entre les secteurs de la ville et des établissements de santé, lorsque des synergies fortes peuvent être établies entre les deux.

²³⁴ Cour des comptes, *Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins*, Rapport annuel d'application des lois de la sécurité sociale 2019, , recommandation n° 28, page 311, Octobre 2019.

Annexe n° 4 : l'efficacité comparée des aides à l'installation selon une étude Irdes-EHESP en économie de la santé

Sous l'égide de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) et de l'École des hautes études de santé publique (EHESP), plusieurs enseignants-chercheurs ont comparé l'efficacité de différentes catégories de mesure sur la densité de médecin généralistes âgés de moins de 40 ans, rapportée à une population de 100 000 habitants²³⁵ :

- l'effet des aides à finalité régionale (AFR), établies sous l'égide de l'Union européenne, intitulée « ZAFR » dans les graphiques ci-dessous ;
- l'effet des aides fiscales dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) ;
- l'effet des aides financières de la Cnam, Caim et Coscom, intitulées « ZMG », dans les graphiques ci-dessous ;
- l'effet de l'aide apportée par l'ouverture d'une maison de santé pluriprofessionnelle, intitulée « PCT » dans les graphiques ci-dessous, pour « *Primary care team* ».

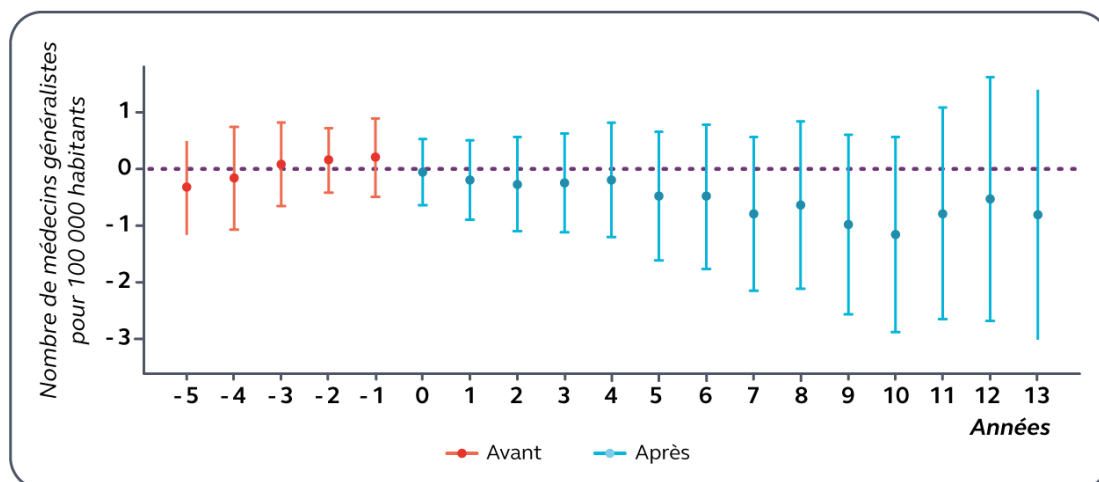
Cette équipe de recherche a mesuré l'effet moyen des différentes catégories de mesures (« *Average treatment for the treated* », ATT dans les graphiques ci-dessous), c'est-à-dire l'ensemble des améliorations constatées sur l'ensemble de la période dans les territoires ayant bénéficié d'une ou plusieurs mesures, par rapport aux autres territoires présentant les mêmes caractéristiques mais n'en ayant pas bénéficié.

Pour cette étude, réalisée avec les données du conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) et sur la période de 2005 à 2022, 34 924 communes ont été analysées. Pour la cohérence de la méthode, ont été écartées les communes qui ont perdu le bénéfice d'une mesure après en avoir bénéficié, de même que les communes qui ont bénéficié desdites mesures de 2005 à 2007 (intitulée « *pre-period* » dans les graphiques ci-dessous), ainsi que l'année 2022.

²³⁵ Abdul Saleem, Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « *Money to come ? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas* ». Irdes-EHESP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025

Les résultats se présentent sous la forme statistique suivante.

Graphique n° 14 : l'effet des aides à finalité régionale sur la densité des médecins généralistes de moins de 40 ans (2005-2022)



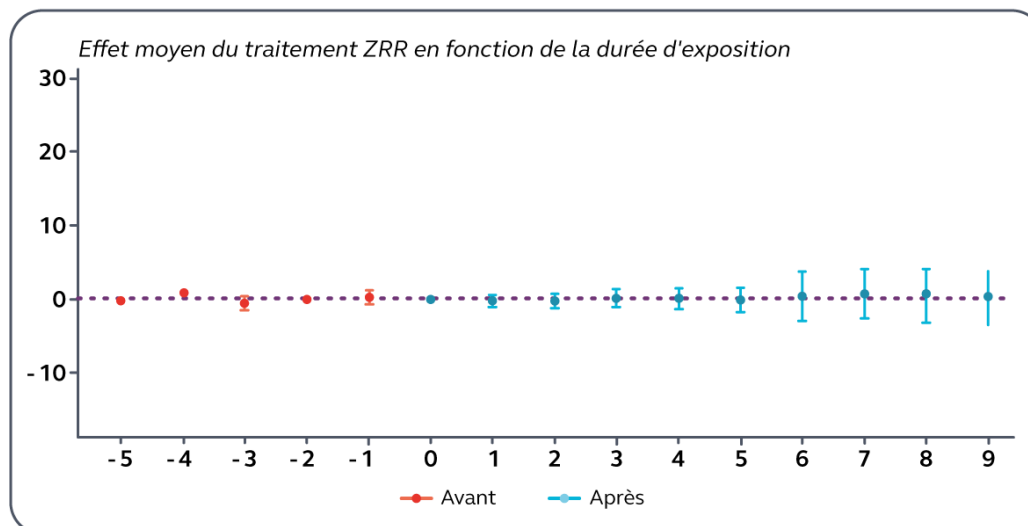
Lecture : en abscisses, figure le nombre d'années postérieures à l'année d'éligibilité de la commune à l'incitation financière, 0 étant la première année ; en ordonnées, figure l'effet moyen de l'éligibilité à l'incitation financière (donc un coefficient), sur la densité médicale communale de médecins généralistes de moins de 40 ans pour 100 000 habitants.

Source: Abdul Saleem, Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Money to come? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas ». Irdes-EHSP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025

Les points sur les droites montrent, année par année, l'effet moyen de l'incitation financière des aides à finalité régionale. La hauteur des droites désigne l'intervalle de confiance : si la droite croise la ligne du zéro, la mesure n'est pas significative et ne se distingue pas du zéro. Si le point est supérieur à 0, l'impact de l'incitation financière sur la densité est mis en avant. Si le point est à zéro ou en zone négative ou si la droite croise la ligne du zéro, il n'y a aucun lien statistique entre l'incitation et la densité. Le graphique montre, y compris plus de dix ans après l'éligibilité des communes analysées, l'absence d'impact des aides à finalité régionale sur la densité médicale des communes éligibles (les points sont toujours situés en-dessous de zéro²³⁶).

²³⁶ L'étude comporte un groupe « intervention d'une mesure » et un groupe « contrôle », pour l'évaluation statistique, ce qui permet une analyse de l'effet moyen en mobilisant la méthode évaluative des doubles différences : différence « post-pre » pour le groupe intervention ; différence « post-pre » pour le groupe contrôle. La double différence résulte donc de la soustraction des résultats entre le groupe « intervention d'une mesure » et le groupe « contrôle ». Pour chaque coefficient estimé en post-période, le calcul repose sur une comparaison avec l'année antérieure (-1) à la première année d'éligibilité (0) de la commune aux incitations financières. La rigueur de la méthode des doubles différences, quasi-expérimentale, permet de sortir de la corrélation pour avancer vers la causalité, avec une maîtrise des effets de sélection (« optimal matching »), ainsi qu'un contrôle des effets dans le temps, avec des effets fixes.

**Graphique n° 15 : l'effet des aides fiscales ZRR
sur la densité des médecins généralistes de moins de 40 ans (2055-2022)**



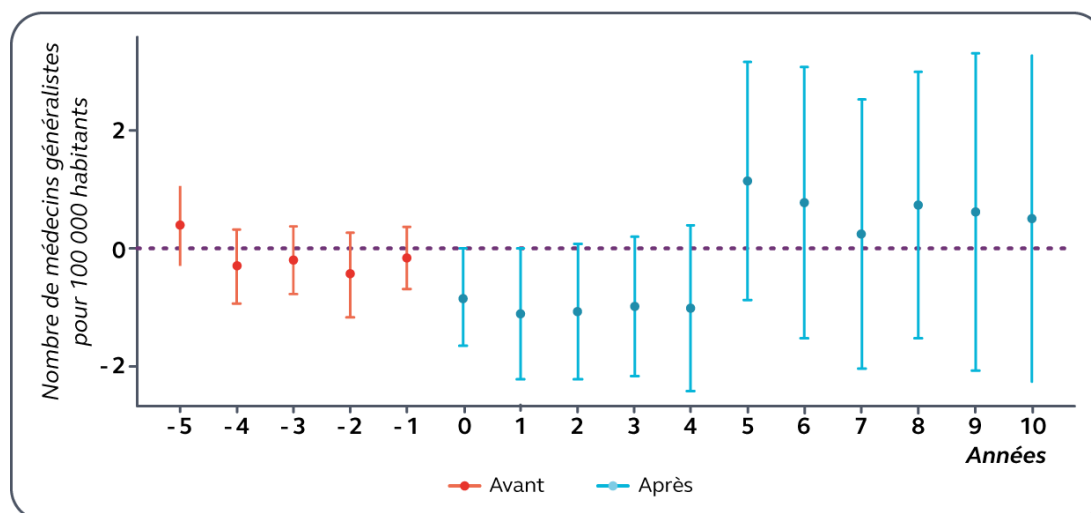
Lecture : en abscisses, figure le nombre d'années postérieures à l'année d'éligibilité à l'incitation financière, 0 étant la première année ; en ordonnées, figure l'effet moyen de l'éligibilité à l'incitation financière (donc un coefficient), sur la densité médicale communale de médecins généralistes de moins de 40 ans pour 100 000 habitants.

Source: Abdul Saleem, Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Money to come ? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas ». Irdes-EHESP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025

Les points sur les droites montrent, année par année, l'effet moyen de l'incitation financière des aides fiscales dans les zones de revitalisation rurale (ZRR). La hauteur des droites désigne l'intervalle de confiance : si la droite croise la ligne du zéro, la mesure n'est pas significative et ne se distingue pas du zéro. À nouveau, le graphique montre, y compris neuf ans après l'éligibilité des communes analysées, l'absence d'impact de ces aides sur la densité médicale des communes éligibles : les points sont toujours situés au coefficient zéro, ou très voisins de celui-ci et la droite croise la ligne du zéro²³⁷.

²³⁷ Cf note de méthode 239.

Graphique n° 16 : effet des aides de la Cnam (Caim et Coscom), lorsqu'isolées (sans MSP), sur la densité des médecins généralistes (2005-2022)



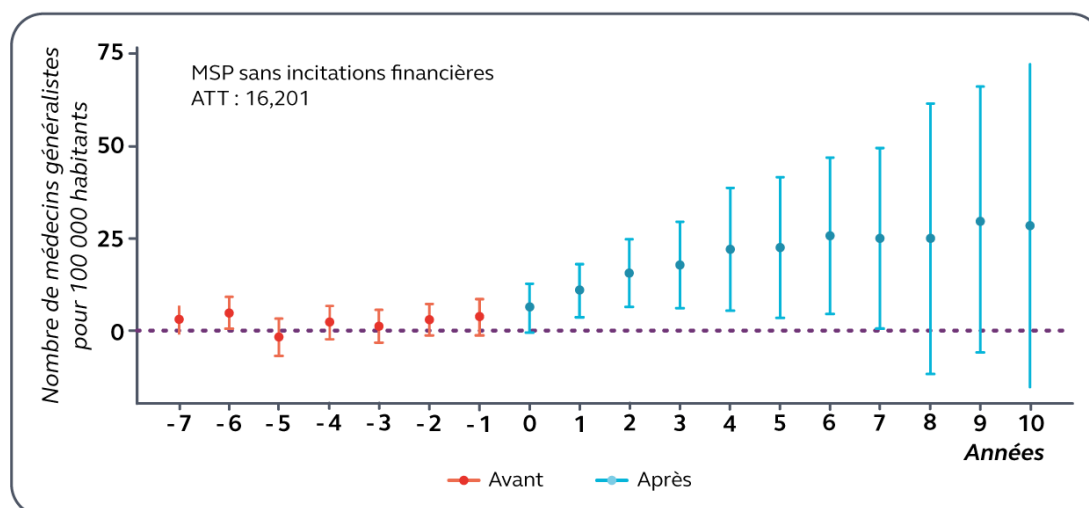
Lecture : en abscisses, figure le nombre d'années postérieures à l'année d'éligibilité à l'incitation financière, 0 étant la première année ; en ordonnées, figure l'effet moyen de l'éligibilité à l'incitation financière (donc un coefficient), sur la densité médicale communale de médecins généralistes de moins de 40 ans (en nombre de médecins pour 100 000 habitants).

Source: Abdul Saleem, Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Money to come ? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas ». Irdes-EHESP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025

Les points montrent, année par année, l'effet moyen de l'incitation financière des aides conventionnelles de la Cnam (Caim et Coscom), sans s'inscrire dans le cadre d'un exercice médical regroupé. La hauteur des droites désigne l'intervalle de confiance : si la droite croise la ligne du zéro, la mesure n'est pas significative et ne se distingue pas du zéro. Le graphique montre statistiquement, notamment après cinq années, un effet modeste mais réel sur la densité médicale des communes éligibles, mais le résultat n'est pas significatif : les points sont situés un peu au-dessus de zéro à partir de la cinquième année, mais les droites croisent la ligne du zéro²³⁸.

²³⁸ Cf. note de méthode 239.

Graphique n° 17 : effet de l'ouverture d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) dans une commune, sans aide financière, sur la densité des médecins généralistes (2005-2022)



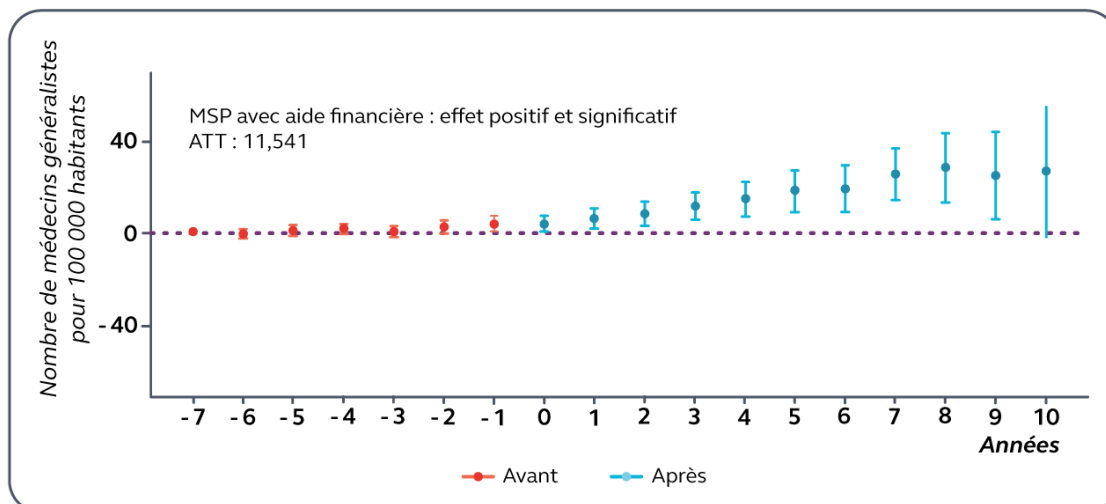
Lecture : en abscisses, figure le nombre d'années postérieures à l'année d'éligibilité à l'incitation financière, 0 étant la première année. En ordonnées, figure l'effet moyen de l'éligibilité à l'incitation financière (donc un coefficient), sur la densité médicale communale de médecins généralistes.

Source : Abdul Saleem, Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Money to come ? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas ». Irdes-EHESP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025

Les points montrent, année par année, l'effet moyen de l'incitation de l'implantation d'une maison de santé professionnelle sur la densité médicale. La hauteur des droites désigne l'intervalle de confiance : si la droite croise la ligne du zéro, la mesure n'est pas significative et ne se distingue pas du zéro. L'exercice médical regroupé apparaît dans le graphique ci-dessus comme le levier le plus efficace pour améliorer la densité médicale. Sur l'ensemble de la période, les résultats montrent statistiquement un effet positif important sur la densité médicale des communes éligibles : l'effet moyen est de 16,2 sur l'ensemble de la période, soit le nombre moyen de médecins de moins de 40 ans pour 100 000 habitants permis par l'ouverture d'une MSP, sans aide financière des médecins. Le graphique montre cependant un croisement avec la ligne du zéro lors de la huitième année, avec un effet toujours positif mais une perte de significativité²³⁹.

²³⁹ Cf. note de méthode 239.

**Graphique n° 18 : l'effet de l'ouverture
d'une maison de santé pluriprofessionnelle dans une commune
en présence d'une aide financière, sur la densité des médecins généralistes (2005-2022)**

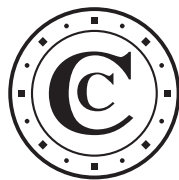


Lecture : en abscisses, figure le nombre d'années postérieures à l'année d'éligibilité à l'incitation financière, 0 étant la première année. En ordonnées, figure l'effet moyen de l'éligibilité à l'incitation financière (donc un coefficient), sur la densité médicale communale de médecins généralistes.

Source: Abdul Saleem, Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Money to come ? The Impact of zoning policy combine with financial Incentives on French GP's practice location in underserved areas ». Irdes-EHESP, Welfare and policy (WAP), Bordeaux, 6 mai 2025

Les points montrent, année par année, l'effet moyen de l'incitation représenté par l'implantation d'une maison de santé professionnelle sur la densité médicale, mais avec la présence d'incitations financières pour les médecins par ailleurs. La hauteur des droites désigne l'intervalle de confiance : si la droite croise la ligne du zéro, la mesure n'est pas significative et ne se distingue pas du zéro. Sur l'ensemble de la période, les résultats montrent statistiquement un effet moyen positif de 11,5, soit le nombre moyen de médecins de moins de 40 ans pour 100 000 habitants permis par l'ouverture d'une MSP, dans un contexte de présence d'aides financières. L'effet positif évalué s'avère statistiquement solide y compris jusqu'à la dixième année, car les droites ne croisent pas la ligne du zéro²⁴⁰.

²⁴⁰ Cf. note de méthode 239.



Dans le cadre de sa mission d'assistance au Parlement, en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 et de l'article L. 132-5 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalise toute enquête demandée par les commissions chargées des finances, de l'Assemblée nationale et du Sénat, sur la gestion des services ou organismes soumis à son contrôle ou à celui des chambres régionales ou territoriales des comptes.