

ASSEDEL



**Association Européenne
pour la Défense des Droits et des Libertés**

Rapport

L'accès aux soins et les déserts médicaux en France

2026

L'ASSEDEL (Association européenne pour la défense des droits et des libertés) est une association attachée aux droits humains au niveau européen, mais aussi à l'échelle française.

L'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne énonce le droit à la protection de la santé. Ce droit à la protection de la santé est un objectif à valeur constitutionnelle provenant de l'alinéa 11 du préambule de la Constitution française de 1946. Les diverses valeurs du droit à la protection de la santé montrent que celui-ci est essentiel à tout être humain.

A travers ce rapport, l'ASSEDEL souhaite contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins en France et à participer à résoudre, au moins partiellement, la problématique du phénomène appelé "désert médical". Les rédactrices de ce rapport ne sont pas des expertes dans le domaine médical, mais en étant en contact constant avec les professionnels concernés, le rapport construit bénéficie d'une grande légitimité.

Le rapport de l'ASSEDEL se divise en trois parties: la présentation de la situation, les solutions apportées par la France et leur réception, et enfin les recommandations. La présentation de la situation présente un angle particulièrement important en ce qu'elle concerne spécifiquement en partie la situation dans les territoires d'Outre-mer. Quant à la partie sur les réactions sociétales et les recommandations, le rapport est constitué d'entretiens avec de nombreux syndicats médicaux et des professionnels, soulignant à quel point les avis des professionnels médicaux et des étudiants en médecine sont vitaux.

Dernièrement, l'ASSEDEL souhaite chaleureusement remercier les personnes avec lesquelles elle s'est entretenue pour la rédaction de ce rapport : les syndicats ReAGJIR, SAIA, ISNAR-IMG, les docteurs et étudiants interrogés.

Table des matières

I/ Présentation de la situation.....	4
Définition et éléments de cadrage.....	4
Une problématique d'accès aux soins.....	5
Les différents niveaux des inégalités sociales.....	6
A) L'accès aux soins dans l'Hexagone.....	7
B) L'accès aux soins dans les DROM-COM.....	9
1. Une situation sanitaire et démographique particulière et plus dégradée qu'en métropole	9
2. Une offre de soins en relative progression mais toujours insuffisante et inégalement répartie.....	11
3. Les conséquences pour les populations d'Outre mer.....	13
C) Les causes à l'origine des déserts médicaux.....	15
1. Le numerus clausus et ses limites : une cause majeure de la pénurie de médecins en France.....	15
2. Le vieillissement de la population des médecins.....	16
3. La charge administrative.....	17
4. L'attractivité territoriale.....	18
II/ Les solutions apportées par la France et leur réception.....	20
A) Diverses approches politiques pour tenter de remédier aux déserts médicaux.....	20
1. Les mesures mises en place.....	20
2. Les propositions de loi avancées.....	24
B) La réaction sociétale et professionnelle face à ces approches.....	25
III/ Des recommandations pour aller vers une amélioration progressive de l'accessibilité aux soins.....	34

I/ Présentation de la situation

Définition et éléments de cadrage

Le terme de « désert médical » s'est imposé dans le débat public comme une expression permettant de désigner les difficultés d'accès aux soins rencontrées dans certains territoires. Bien qu'il ne corresponde à aucune catégorie juridique officielle, ce concept générique est devenu un référentiel central des discussions relatives à la démographie médicale et aux inégalités territoriales de santé. Son succès médiatique et politique tient à sa capacité à rendre visible un phénomène complexe associant pénurie de professionnels de santé, allongement des délais de consultation et difficultés croissantes d'accès aux soins.

Dans son acception la plus courante, le désert médical renvoie à l'insuffisance de l'offre médicale disponible au regard des besoins de la population. Cette situation possède une double dimension. D'une part, une dimension spatiale liée à la distance séparant les patients des professionnels de santé. D'autre part, une dimension temporelle, qui se traduit par l'allongement des délais d'obtention des rendez-vous et la diminution du temps médical disponible par patient.

Toutefois, la mesure de ces difficultés fait l'objet de débats méthodologiques. Comme l'a montré Chevillard à partir de l'exemple de la région de Bourgogne-Franche-Comté, l'identification des territoires considérés comme sous-dotés varie selon les indicateurs retenus, tout comme l'estimation de la population concernée¹. Les déserts médicaux ne constituent donc pas une réalité uniforme mais une catégorie susceptible de changer selon les choix statistiques et institutionnels.

Le cadre juridique actuel repose principalement sur l'article L.1434-4 du Code de la santé publique, qui confie aux agences régionales de santé la mission d'identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou, à l'inverse, particulièrement élevée².

Préalablement à la publication de l'arrêté fixant le zonage, l'ARS doit engager une concertation avec les principaux acteurs territoriaux, notamment les Conseils territoriaux de santé (CTS), la Commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui représentent les médecins libéraux.

¹ CHEVILLARD, LUCAS-GABRIELLI, MOUSQUÈS. "Medical deserts" in France: Current state of research and future trends, *L'Espace géographique* 47, no. 4 (2018): 362–380. [Consulté le 28/05/2025], Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>

² *Code de la santé publique, article L. 1434-4*, Version en vigueur au 29 décembre 2023. [Consulté le 28/05/2025], disponible à l'adresse: <https://www.legifrance.gouv.fr/>

À cette fin, les autorités sanitaires utilisent notamment l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé par la DREES et l'IRDES, qui mesure le nombre théorique de consultations accessibles annuellement par habitant, en tenant compte à la fois de l'offre disponible, des besoins de la population et des déplacements entre communes. L'APL constitue ainsi une avancée importante par rapport aux simples indicateurs de densité médicale, dans la mesure où il intègre les logiques réelles de mobilité des patients et l'activité effective des praticiens.

Néanmoins, plusieurs limites ont été identifiées. L'APL est principalement calculée à partir de l'offre de médecins généralistes et sert notamment à l'élaboration du zonage médical territorial. En l'absence d'un zonage spécifique pour une spécialité médicale, les zones définies pour la profession de médecin s'appliquent également aux médecins spécialistes³. Or, comme l'ont rappelé les débats parlementaires relatifs à la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, les agences régionales de santé ne disposent pas systématiquement d'un zonage propre à chaque spécialité⁴. Cette situation a conduit plusieurs organisations représentatives d'internes à dénoncer le risque d'une répartition des professionnels “biaisée et inadaptée aux besoins territoriaux”⁵.

Derrière une métaphore géographique apparemment évidente se cache une réalité complexe où s'entremêlent disponibilité de l'offre médicale, organisation du système de santé, contraintes de mobilité et inégalités sociales. Les limites de cette approche territoriale seront examinées plus en détail dans les recommandations formulées dans le rapport.

Une problématique d'accès aux soins

Les difficultés d'accès aux soins dans les déserts médicaux ne se limitent pas à une simple inégale répartition des professionnels de santé. Elles ont des conséquences directes sur l'état de santé des populations et renforcent les inégalités sociales de santé.

L'allongement des délais de consultation conduit à des retards de prise en charge, voire à des renoncements aux soins, particulièrement problématiques pour les maladies chroniques ou nécessitant un diagnostic précoce. Cela entraîne une dégradation de l'état de santé et peut augmenter les coûts pour le système de soins.

Par ailleurs, la tension sur l'offre de médecine de ville favorise le recours aux urgences pour des situations qui pourraient être traitées en amont, contribuant ainsi à la surcharge hospitalière.

³ *Ibid.*

⁴ SÉNAT. *Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires*, Dossier législatif, Sénat, 2025. [Consulté le 24/05/2025], disponible à l'adresse: <https://www.senat.fr/>

⁵ ISNI, *Contribution Opposition des internes en médecine à la proposition de loi Garot*, ISNI 2025 [Consulté le 01/06/2025], disponible à l'adresse: <https://isni.fr/>

La question du médecin traitant illustre également ces difficultés. Or, ce rôle est central dans la coordination du parcours de soins, la prévention et le suivi médical. Elle peut également entraîner des conséquences financières pour les patients, dans la mesure où le parcours de soins coordonné conditionne le niveau de remboursement des frais de santé par l'Assurance maladie, ainsi que l'application de certaines majorations tarifaires en cas de consultation hors parcours.

Ainsi, les déserts médicaux apparaissent comme un enjeu majeur de santé publique et de cohésion sociale, dépassant la seule organisation territoriale de l'offre de soins.

Les différents niveaux des inégalités sociales

Les difficultés d'accès aux soins ne touchent pas l'ensemble de la population de manière uniforme. Selon les travaux récents consacrés aux inégalités de santé, le niveau de revenu, le genre et la situation géographique figurent parmi les principaux déterminants des écarts observés en matière de santé. Ces différents facteurs interagissent souvent entre eux et produisent des formes cumulatives de vulnérabilité.

Les inégalités socio-économiques constituent à cet égard un facteur particulièrement important. Les personnes disposant des revenus les plus faibles sont davantage exposées aux facteurs de risque, connaissent une incidence plus élevée des maladies chroniques et rencontrent davantage de difficultés d'accès à la prévention et aux soins. Ces écarts se traduisent notamment par des différences importantes d'espérance de vie. En France, les hommes les plus favorisés vivent en moyenne 13 années de plus que les hommes les plus défavorisés, illustrant l'ampleur des inégalités sociales face à la santé.⁶

Dans le cas de l'accès aux services de santé pour les migrants en France, les structures juridiques, le niveau de connaissance qu'en ont les individus, ainsi que les variations au sein des réseaux médicaux, sociaux et politiques, remettent en cause l'illusion d'un système capable de garantir une égalité effective d'accès⁷. Cette dynamique met en évidence que l'accès aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence formelle de dispositifs, mais également de leur appropriation différenciée par les individus et de leur articulation locale. Cette observation met en lumière une limite importante des approches fondées exclusivement sur les indicateurs territoriaux.

⁶ CROIX-ROUGE FRANÇAISE, *Rapport Résilience de la société française – Notre santé menacée : comment la proximité peut tout changer*, Croix-Rouge française. [Consulté le 25/05/2025], disponible à l'adresse: <https://www.croix-rouge.fr/>

⁷ HOYEZ, *L'accès aux soins des migrants en France et la culture de l'initiative locale. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales*, Cybergeog : European Journal of Geography, document 566 (2011). [Consulté le 24/05/2025], disponible à l'adresse: <https://shs.hal.science/halshs-03435081v1>

Les populations vivant dans des territoires ruraux ou faiblement dotés en professionnels de santé doivent fréquemment parcourir des distances plus importantes pour accéder aux soins. Or, cette contrainte géographique affecte différemment les populations selon leurs ressources et leurs capacités de mobilité. Les personnes âgées, les ménages modestes et les individus sans véhicule personnel sont particulièrement vulnérables. Cette problématique est insuffisamment prise en compte par le distancier métrique, qui repose principalement sur les temps de trajet en voiture. Dans ces situations, la distance devient un obstacle pour l'accessibilité réellement vécue par une partie de la population, même lorsque l'offre médicale existe à l'échelle du bassin de vie.

Les interactions entre précarité économique, âge, genre, mobilité et éloignement géographique demeurent encore insuffisamment documentées dans la littérature scientifique. Pourtant, elles constituent un enjeu essentiel pour comprendre les mécanismes concrets qui produisent les inégalités d'accès aux soins.

A) L'accès aux soins dans l'Hexagone

En 2025, les déserts médicaux demeurent une réalité importante du système de santé français. Cette situation s'inscrit dans un contexte de tensions croissantes sur l'offre de soins. Selon la DREES, la France disposait au 31 décembre 2023 de 2 965 établissements de santé, comprenant 369 400 lits d'hospitalisation complète et 88 500 places d'hospitalisation partielle. Toutefois, le nombre de lits a diminué de 4 500 unités en une seule année (-1,2 %), poursuivant une tendance observée depuis plusieurs années⁸. Parallèlement, 13,2 millions de patients ont été hospitalisés au moins une fois en 2023, témoignant d'une demande de soins toujours élevée. Les travaux de la DREES soulignent également que les inégalités d'accès aux soins sont fortement liées aux disparités territoriales dans la répartition des professionnels de santé et des infrastructures sanitaires⁹. Ces déséquilibres touchent particulièrement les territoires ruraux et certaines zones périurbaines, où les difficultés de recrutement médical et l'éloignement des structures de soins contribuent à allonger les délais de prise en charge et à limiter l'accès aux soins de proximité.

Ces inégalités territoriales sont d'autant plus préoccupantes qu'elles concernent fréquemment des espaces déjà fragilisés sur le plan sanitaire, marqués par une population plus âgée et des indicateurs de santé globalement plus défavorables. Dans ce contexte, le Pacte de lutte contre les déserts médicaux présenté en 2025 identifie 151 zones prioritaires nécessitant un renforcement ciblé de l'offre de soins afin de réduire les inégalités territoriales et de garantir un accès plus équitable à la santé sur l'ensemble du territoire¹⁰.

⁸ DREES. 2025. *Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025*. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

⁹ DREES. *Inégalités sociales de santé et territoires : actes du séminaire de recherche de la DREES*. 2021 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

¹⁰ GOUVERNEMENT, *Pacte de lutte contre les déserts médicaux*, Gouvernement, 2025 [Consulté le 18/05/2026], 30p., disponible à l'adresse : <https://www.sante.gouv.fr/>

Par ailleurs, la situation s'est détériorée au cours des dernières années. En 2024, près de six millions de Français ne disposaient pas de médecin traitant¹¹. Face à ces constats, les pouvoirs publics ont renforcé leur action à travers le Pacte de lutte contre les déserts médicaux de 2025, qui vise à améliorer la répartition de l'offre médicale et à concentrer les efforts sur les territoires les plus en tension, notamment les zones prioritaires identifiées et regroupant plusieurs millions d'habitants.

Les conséquences de ces difficultés d'accès aux soins sont aujourd'hui directement perceptibles pour les usagers. Selon le Baromètre 2026 de la Fédération hospitalière de France, plus des deux tiers des Français déclarent avoir renoncé à au moins un soin au cours des cinq dernières années¹². Les principaux motifs invoqués sont les délais excessifs pour obtenir un rendez-vous médical, cités par 59 % des répondants contre 53 % en 2024, ainsi que l'éloignement géographique des professionnels de santé, mentionné par 38 % des personnes interrogées contre 33 % l'année précédente. Ces résultats illustrent l'importance des dimensions temporelle et territoriale dans l'accès effectif aux soins et témoignent d'une aggravation des difficultés rencontrées par la population.

La dégradation de l'accès à la médecine de ville contribue également à la saturation du système hospitalier. La fréquentation des services d'urgence a fortement augmenté au cours des dernières décennies, passant de 10 millions de prises en charge en 1996 à 20,4 millions en 2021¹³. Les données montrent également que cette fréquentation demeure élevée et présente d'importantes disparités territoriales. Or, selon la DREES, entre 20 et 30 % de l'activité des services d'urgence concerne des situations non urgentes qui pourraient être prises en charge dans le cadre d'une consultation de médecine générale¹⁴. Les difficultés d'accès aux soins de premier recours reportent ainsi une partie de la demande vers les établissements hospitaliers, accentuant les tensions déjà observées dans les services d'urgence.

Les tensions démographiques touchant les professions médicales et paramédicales constituent un facteur aggravant des déserts médicaux. Les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels limitent la capacité des territoires sous-dotés à maintenir une offre de soins suffisante¹⁵.

¹¹ *Ibid.*

¹² FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Baromètre de l'accès aux soins des Français*, Fédération hospitalière de France, 2026 [Consulté le 01/06/2026], 16p., disponible à l'adresse : <https://www.fhf.fr/>

¹³ DREES, *Les établissements de santé en 2023*, Drees, 2025 [Consulté le 03/06/2026], 214p., disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

¹⁴ DREES. *Enquête nationale sur les urgences hospitalières – premiers résultats*. Drees, 2023. [Consulté le 06/06/2025], disponible à l'adresse: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

¹⁵ CROIX-ROUGE FRANÇAISE, *Rapport Résilience de la société française- Notre santé menacée : comment la proximité peut tout changer*, Croix-Rouge française. [Consulté le 25/05/2025], disponible à l'adresse: <https://www.croix-rouge.fr/>

L'ensemble de ces éléments met en évidence l'urgence d'apporter des réponses structurelles afin de garantir l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. La lutte contre les déserts médicaux constitue non seulement un enjeu d'aménagement du territoire, mais également une condition essentielle à l'effectivité du droit à la santé et à la cohésion sociale.

B) L'accès aux soins dans les DROM-COM

Le droit à la protection de la santé, consacré par le Préambule de la Constitution de 1946, implique un accès égal aux soins pour l'ensemble de la population française. Ainsi, les habitants des territoires d'Outre-mer devraient bénéficier des mêmes garanties en matière de médecine de premier recours, de soins spécialisés, de prise en charge hospitalière et de prévention que ceux vivant dans l'Hexagone, malgré des contraintes souvent plus importantes dans ces territoires.

La situation des déserts médicaux en Outre-mer se distingue nettement de celle de l'Hexagone, à la fois par l'état de santé des populations et par l'inadéquation de l'offre médicale.

1. Une situation sanitaire et démographique particulière et plus dégradée qu'en métropole

Les territoires ultramarins connaissent des évolutions démographiques très différentes, qui ont des conséquences sur l'organisation et les besoins des systèmes de santé.

En Guyane et à Mayotte, la population augmente très rapidement en raison d'une forte natalité et d'importants flux migratoires transfrontaliers.¹⁶ Cette croissance démographique exerce une pression sur des infrastructures de soins déjà fragiles et insuffisantes pour répondre à l'augmentation des besoins en soins. À l'inverse, dans plusieurs DROM insulaires, la natalité diminue tandis que la population vieillit fortement. Ce phénomène concerne notamment la Martinique et la Guadeloupe, qui figurent parmi les départements les plus âgés de France¹⁷. Selon les projections, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront environ 30 % de la population aux Antilles et presque autant à La Réunion d'ici 2030. Ce vieillissement démographique entraîne l'apparition de nouveaux besoins de santé, notamment en matière de prise en charge des maladies chroniques, de dépendance, de soins de longue durée et d'accompagnement médico-social.

Sur le plan sanitaire, les Outre-mer présentent des spécificités épidémiologiques importantes, dans un contexte marqué par des conditions socio-économiques plus défavorables qu'en métropole.

¹⁶ ALCIMED, *Accès aux soins en Outre-mer : quelles solutions ?* [en ligne], Alcimed, 12/12/2022 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.alcimed.com/>

¹⁷ *Ibid.*

Les populations ultramarines sont davantage exposées à certains facteurs de risque, tels que l'obésité, la sédentarité, le tabagisme ou encore la consommation excessive d'alcool. Ces facteurs ont contribué à une forte progression des maladies chroniques, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers.

Le diabète est l'un des principaux enjeux sanitaires des Outre-mer. Sa prévalence y est deux à trois fois plus élevée qu'en France hexagonale. La Réunion est par exemple le territoire français le plus touché par le diabète de type 2¹⁸.

Les populations ultramarines sont également davantage exposées aux complications liées au diabète, telles que l'insuffisance rénale chronique, les amputations ou les atteintes cardio-vasculaires. Cette situation traduit souvent des diagnostics tardifs, un suivi médical irrégulier et des difficultés d'accès aux soins.

Le cancer représente par ailleurs la deuxième cause de mortalité dans les territoires ultramarins. Même si l'incidence globale des cancers y demeure inférieure à celle observée en France hexagonale, certains cancers spécifiques sont nettement plus fréquents. En 2022, les taux d'incidence standardisés de l'ensemble des cancers (hors cancers de la peau non mélanomes) étaient inférieurs à ceux de l'Hexagone : France hexagonale : 316,6 cas pour 100 000 habitants ; Guadeloupe : 245,1 ; Martinique : 215,6 ; Guyane : 195,5 ; La Réunion : 203¹⁹.

Malgré une incidence globale plus faible, les chances de survie après un cancer sont souvent inférieures à celles observées en métropole. Les taux de survie à cinq ans révèlent ainsi d'importantes inégalités territoriales : Cancer du sein : 81 % de taux de survie à cinq ans à la Réunion contre 88 % en métropole ; Cancer de la prostate : 85 % à La Réunion, contre 93 % en métropole ; Cancer de l'utérus : 67 % à la Réunion contre 74 % en métropole ; Cancer du corps de l'utérus en Guadeloupe : seulement 55 % de survie, soit environ vingt points de moins qu'en métropole.²⁰

Ces écarts s'expliquent par plusieurs facteurs. L'accès aux soins est souvent plus difficile dans les territoires ultramarins, ce qui allonge les délais de prise en charge. La participation aux campagnes de dépistage demeure également plus faible, tandis que les difficultés socio-économiques rencontrées par une partie de la population peuvent constituer un frein supplémentaire à l'accès aux soins. De plus, de nombreuses pathologies sont diagnostiquées à un stade plus avancé de la maladie, ce qui réduit les chances d'une prise en charge précoce et efficace.

¹⁸ ALCIMED, *Accès aux soins en Outre-mer : quelles solutions ?* [en ligne], Alcimed, 12/12/2022 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.alcimed.com/fr/>

¹⁹ CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), *La santé dans les Outre-mer* [en ligne], CESE, janvier 2026 [Consulté le 19/05/2026], 194 p., disponible à l'adresse : <https://www.lecese.fr/>

²⁰ *Ibid.*

Par ailleurs, certaines maladies génétiques sont davantage présentes dans les territoires ultramarins. La drépanocytose en constitue un exemple majeur : la fréquence des porteurs du trait drépanocytaire atteint 5,2 % dans les DROM contre 2,7 % en métropole sur la période 2006-2010²¹.

De plus, la plupart des territoires ultramarins, à l'exception de Saint-Pierre-et-Miquelon, sont confrontés à des risques épidémiques liés à leur climat tropical. Les maladies vectorielles transmises par les moustiques, comme la dengue, le paludisme, le chikungunya ou encore le virus Zika, représentent une menace constante pour la santé publique. La Réunion en est un exemple récent : en 2025, l'île a été touchée par une importante épidémie de chikungunya, avec plus de 55 000 cas confirmés au cours des premiers mois de l'année.²²

2. Une offre de soins en relative progression mais toujours insuffisante et inégalement répartie

Malgré les enjeux démographiques et sanitaires croissants, l'offre de soins demeure insuffisante dans certains territoires et peine à s'adapter à l'évolution des besoins. L'accès aux soins en Outre-mer demeure fortement inégalitaire, aussi bien en comparaison avec l'Hexagone qu'entre les différents territoires ultramarins, voire au sein d'un même territoire.

La densité médicale en Outre-mer a évolué de manière contrastée par rapport à la France métropolitaine

En moyenne, en France, on comptait 27,3 médecins pour 10 000 habitants en 2023, contre 28,5 en 2014, ce qui traduit une légère baisse nationale. À l'inverse, dans les DROM, la densité médicale a augmenté sur la même période. Les Antilles se distinguent particulièrement : la Guadeloupe et la Martinique ont enregistré les plus fortes hausses de France, avec respectivement +9,5 % et +6,2 % de médecins généralistes. La Réunion et la Guyane connaissent à l'inverse une diminution du nombre de médecins généralistes, estimée respectivement à 5,2 % et 15,1 %. Toutefois, cette baisse reste moins importante que celle observée dans l'Hexagone, où la moyenne atteint 24,5 %²³.

Les départements d'Outre-mer ont globalement une densité de médecins généralistes proche, voire parfois supérieure, à la moyenne de la France métropolitaine qui est de 147 médecins généralistes pour 100 000 habitants, sauf Mayotte qui reste très sous-dotée.

²¹ ALCIMED, *Accès aux soins en Outre-mer : quelles solutions ?* [en ligne], Alcimed, 12/12/2022 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.alcimed.com/fr/>

²² CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), *La santé dans les Outre-mer* [en ligne], CESE, janvier 2026 [Consulté le 19/05/2026], 194 p., disponible à l'adresse : <https://www.lecese.fr/>

²³ FRANCEINFO, *Déserts médicaux : y a-t-il assez de médecins généralistes Outre-mer ?* [en ligne], Outre-mer la 1ère, France Télévisions, 25/04/2025, [Consulté le 19/05/2026], disponible à l'adresse : <https://la1ere.franceinfo.fr/>

Densité de médecins pour 100 000 habitants dans les DROM, en 2023

	Ensemble des médecins	Densité pour 100 000 habitants				
		Ensemble des médecins	dont généralistes	dont spécialistes	Chirurgiens dentistes	Pharmaciens
Guadeloupe	1209	319	150	169	62	120
Martinique	1171	332	152	180	68	99
Guyane	717	242	123	120	30	46
La Réunion	3170	364	176	189	67	94
Mayotte	265	89	49	39	9	31
France hexagonale	223 611	341	147	194	67	109

Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population

Cependant, ce rattrapage relatif cache de très grandes disparités notamment avec les territoires les mieux dotés de l'Hexagone. Par exemple, à Paris, on compte 76,8 médecins pour 10 000 habitants, contre seulement 8 à Mayotte²⁴.

De plus, il existe un manque de médecins libéraux en Outre-mer qui renforce la dépendance aux hôpitaux, créant une situation d'« hospitalo-centrisme ». Dans certains territoires, l'offre de soins en ville est très insuffisante : à Mayotte, par exemple, aucun pédiatre n'exerce en libéral, tandis qu'en Guyane et en Martinique, on ne compte que sept pédiatres libéraux en 2023. Cette faiblesse de l'offre libérale entraîne un engorgement des établissements hospitaliers et une forte pression sur les soignants. Les hôpitaux occupent donc une place centrale dans l'accès aux soins, mais ils sont eux-mêmes confrontés à des difficultés importantes : manque de personnel, tensions organisationnelles et problèmes financiers. Les postes vacants de praticiens hospitaliers y sont nombreux. En 2019, environ 37 % des postes de médecins hospitaliers en Outre-mer n'étaient pas pourvus, soit un taux supérieur d'environ 10 points à la moyenne nationale²⁵. Cette situation a provoqué plusieurs mobilisations du personnel médical. Par exemple, en juin 2024, une cinquantaine de médecins ont notamment organisé un sit-in au centre hospitalier de Mayotte pour dénoncer le manque d'effectifs.²⁶

Dans plusieurs territoires ultramarins, l'accès aux médecins spécialistes reste très limité, voire inexistant pour certaines disciplines. La pénurie touche particulièrement les spécialistes en

²⁴ FRANCE INFO LA 1ÈRE, *En Outre-mer, les déserts médicaux reculent* [en ligne], France Télévisions, 24/06/2025 [Consulté le 31/01/2026], disponible à l'adresse : [la1ere.franceinfo.fr/](https://www.la1ere.franceinfo.fr/)

²⁵ CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), *La santé dans les Outre-mer* [en ligne], CESE, janvier 2026 [Consulté le 19/05/2026], 194 p., disponible à l'adresse : <https://www.lecese.fr/>

²⁶ OUEST-FRANCE, *Reportage. À Mayotte, l'hôpital à l'agonie, les médecins en grève* [en ligne], Ouest-France, 11/06/2024 [Consulté le 31/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.ouest-france.fr/>

cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie, radiologie et imagerie médicale, aussi bien à l'hôpital qu'en cabinet. En 2024, Nouméa faisait face à un manque d'ophtalmologues, de dermatologues et de gastro-entérologues.²⁷ En Guadeloupe, certaines spécialités très importantes, comme l'oncologie, la chirurgie vasculaire et thoracique ou encore la chirurgie pédiatrique, comptaient moins de cinq praticiens sur l'ensemble du territoire.²⁸

De fortes inégalités entre territoires ultramarins et au sein de chaque territoire

D'une part, tous les DROM-COM ne sont pas confrontés au même niveau de pénurie comme vu précédemment. Alors que la Guadeloupe et la Martinique ont connu une progression notable de leur nombre de généralistes, la Guyane et surtout Mayotte restent très en deçà des moyennes nationales. La Réunion figure parmi les départements français les mieux pourvus en médecins avec environ 412,7 praticiens en activité pour 100 000 habitants, alors que la Guyane présente une densité nettement plus faible, estimée à environ 282,3 médecins pour 100 000 habitants²⁹.

D'autre part, les inégalités sont également très fortes à l'intérieur même des territoires ultramarins. L'offre de soins est souvent concentrée dans les principales zones urbaines et les chefs-lieux, laissant certaines zones rurales ou isolées en grande difficulté. À Mayotte, la majorité des médecins exercent autour de Mamoudzou³⁰ ce qui facilite davantage l'accès aux soins dans cette zone que dans le nord ou le sud de l'île, qui sont sous-dotés.

La situation est particulièrement préoccupante en Guyane. Ce territoire se caractérise par une superficie immense et une population répartie de manière très inégale. La plupart des habitants vivent sur le littoral, notamment autour de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, tandis que de nombreuses communes de l'intérieur restent très isolées. Certaines ne sont accessibles que par avion, par pirogue ou après plusieurs heures de trajet sur des pistes forestières. Dans ces conditions, l'accès aux soins est souvent compliqué et les inégalités entre les territoires sont particulièrement marquées. Certaines communes, comme Maripasoula et Camopi, ne disposent d'ailleurs d'aucun médecin installé de façon permanente.

La Nouvelle-Calédonie connaît également d'importantes disparités territoriales. Avant la crise de 2024, la majorité des médecins exerçaient dans la province Sud, principalement dans

²⁷ LES NOUVELLES CALÉDONIENNES, *Santé en Outre-mer : médecins, ophtalmologues ou sages-femmes, les professionnels de santé manquent à l'appel* [en ligne], Les Nouvelles Calédoniennes, 18/03/2024 [Consulté le 26/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.lnc.nc/>

²⁸ *Ibid.*

²⁹ CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), *La santé dans les Outre-mer* [en ligne], CESE, janvier 2026 [Consulté le 19/05/2026], 194 p., disponible à l'adresse : <https://www.lecese.fr/>

³⁰ FRANCE INFO LA 1ÈRE, *Santé : où en est la médecine de ville à Mayotte ?* [en ligne], France Télévisions, 24/03/2025 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://la1ere.franceinfo.fr/>

l'agglomération du Grand Nouméa. À l'inverse, les provinces Nord et des Îles étaient beaucoup moins bien dotées en professionnels de santé. La situation était particulièrement difficile dans la province des Îles, qui ne comptait aucun médecin spécialiste sur son territoire.³¹ Les habitants devaient donc souvent se déplacer vers le Grand Nouméa pour accéder à des consultations spécialisées, ce qui renforçait encore les inégalités d'accès aux soins entre les différentes parties de l'archipel.

3. Les conséquences pour les populations d'Outre mer

L'insuffisance et la mauvaise répartition des médecins en Outre-mer ont des conséquences sur l'accès aux soins et sur l'état de santé des populations. D'abord, les difficultés d'accès à un médecin de ville ou à un spécialiste entraînent des retards de dépistage et de prise en charge, notamment en gynécologie-obstétrique, en santé mentale et pour certains cancers. Dans les territoires où la densité médicale est très faible et concentrée autour des chefs-lieux, les habitants des zones plus éloignées doivent parcourir de longues distances pour consulter. De plus, comme les délais d'attente peuvent être importants, cela conduit certains patients à reporter leurs soins ou à y renoncer totalement. À Mayotte, par exemple, 45 % des habitants âgés de 15 ans ou plus déclarent en 2019 avoir renoncé à des soins médicaux nécessaires ou les avoir reportés,³² principalement en raison du coût, des délais d'attente ou des difficultés d'accès à l'offre de soins.

Le manque de professionnels de santé a également des répercussions sur l'ensemble du système de soins. Les médecins déjà installés sont fortement sollicités et les services d'urgences sont davantage utilisés pour des soins qui pourraient être pris en charge en médecine de ville.

Par ailleurs, comme il manque certains spécialistes dans certains territoires, de nombreux patients doivent alors être transférés vers l'Hexagone ou vers des pays voisins pour recevoir des traitements, notamment pour certaines greffes, maladies rares ou certains cancers. Les évacuations sanitaires sont devenues nécessaires pour l'accès aux soins. À Mayotte, par exemple, leur nombre est passé d'environ 500 en 2010 à 1 452 en 2021. Aux Antilles, plus de 6 % des patients se rendent chaque année dans l'Hexagone pour se faire soigner, une proportion qui atteint des niveaux très élevés pour certaines spécialités comme la chirurgie pulmonaire.³³

Ces déplacements médicaux, souvent indispensables, représentent une contrainte importante pour les patients et leurs familles. L'éloignement du domicile ainsi que les frais de transport et d'hébergement compliquent l'accès aux soins. De plus, ces dépenses ne sont pas toujours prises

³¹ CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), *La santé dans les Outre-mer* [en ligne], CESE, janvier 2026 [Consulté le 19/05/2026], 194 p., disponible à l'adresse : <https://www.lecese.fr/>

³² ALCIMED, *Accès aux soins en Outre-mer : quelles solutions ?* [en ligne], Alcimed, 12/12/2022 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.alcimed.com/fr/>

³³ JIM, *Quand les Antillais partent se faire soigner dans l'Hexagone* [en ligne], Journal International de Médecine, 04/11/2025 [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.jim.fr/>

en charge par la Sécurité sociale, notamment lorsque la pathologie peut « théoriquement » être soignée sur place, ce qui peut représenter un coût important pour les patients et créer des inégalités entre ceux qui ont les moyens financiers d'y faire face et ceux qui ne les ont pas.

Enfin, la faiblesse de la médecine de ville fragilise la continuité des soins. Dans plusieurs territoires ultramarins, les professionnels de santé libéraux sont peu nombreux ou fortement concentrés dans certaines zones. Lorsqu'un patient sort de l'hôpital sans pouvoir bénéficier d'un suivi médical de proximité, les risques de complications, de réhospitalisation ou de dégradation de son état de santé augmentent. Le manque de coordination entre la ville et l'hôpital constitue ainsi une conséquence supplémentaire de la pénurie médicale qui touche les Outre-mer. Cela constitue ainsi une conséquence supplémentaire de la pénurie médicale qui touche les Outre-mer.

C) Les causes à l'origine des déserts médicaux

1. Le numerus clausus et ses limites : une cause majeure de la pénurie de médecins en France

L'une des principales causes des déserts médicaux en France est la pénurie progressive de médecins, qui trouve en grande partie son origine dans le numerus clausus. Mis en place en 1971, ce système limitait chaque année le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre des études de médecine après la première année. L'objectif était alors de réduire les dépenses de santé et d'éviter une supposée « surpopulation médicale ». Dans les faits, le nombre d'étudiants formés a fortement chuté : il est passé d'environ 15 000 à la fin des années 1960 à seulement 3 200 en 1992³⁴. Or, comme il faut environ dix ans pour former un médecin, les conséquences de cette politique se sont surtout fait ressentir à partir des années 2000, lorsque les nouvelles générations sont arrivées sur le marché du travail.

Cette réduction du nombre de médecins formés a provoqué une pénurie particulièrement visible chez les médecins généralistes. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, leur nombre a diminué d'environ 13 % depuis 2010³⁵, alors même que la population française vieillit et nécessite davantage de soin. Une grande partie des généralistes actuellement en activité a plus de 60 ans et part progressivement à la retraite sans être remplacée.

Cependant, la situation doit être nuancée: le nombre total de médecins en France augmente aujourd'hui. D'après la DREES, la France comptait environ 237 000 médecins en activité au 1er janvier 2025, soit près de 10 % de plus qu'en 2012. Mais cette hausse concerne principalement

³⁴ HARMONIE SANTÉ, *Fin du numerus clausus : quel impact sur les déserts médicaux ?*, Harmonie Santé, 05/09/2019, [Consulté le 21/05/2006], disponible à l'adresse : <https://www.harmonie-sante.fr/>

³⁵ BÉRARD Émilie et VIGNERON Emmanuel, *En finir avec les déserts médicaux (III) : Pour une politique de santé globale : assurer le parcours de soins* [en ligne], *Futuribles*, n° 468, septembre-octobre 2025, p. 75-89, mis en ligne le 26/08/2025, [Consulté le 21/05/2026], disponible à l'adresse : <https://shs.cairn.info/>

les médecins spécialistes, dont le nombre a fortement progressé, alors que les médecins généralistes stagnent ou diminuent encore dans de nombreux territoires. Autrefois, la profession était répartie presque à égalité entre généralistes et spécialistes alors qu'aujourd'hui les spécialistes représentent environ 60 % des médecins³⁶.

Le numerus clausus est donc souvent critiqué pour son manque d'anticipation du vieillissement de la population et des départs massifs à la retraite. De plus, la sélection difficile a favorisé les étudiants issus des grandes villes et des milieux les plus favorisés, renforçant indirectement la concentration médicale dans les zones urbaines.

Face à cette situation, le numerus clausus a été remplacé par le numerus apertus en 2020. Contrairement à l'ancien système, qui fixait un strict quota national d'étudiants admis en deuxième année de médecine, le numerus apertus laissait chaque université déterminer son nombre de places en fonction de ses capacités de formation et des besoins sanitaires identifiés localement avec les Agences régionales de santé (ARS). Grâce à cette réforme, le nombre d'admis en médecine est passé d'environ 8 000 à 9 000 étudiants par an sous le numerus clausus à près de 12 000 en 2024³⁷. Toutefois, les résultats ont été jugés encore insuffisants.

En effet, pour Yannick Neuder, auteur de la proposition de loi visant à supprimer le numerus apertus, ce système constituait encore une forme de numerus clausus puisqu'il continuait de reposer sur les capacités d'accueil des universités, jugées trop limitées. Avec la loi de 2025³⁸, il n'existe désormais plus de quota et chaque université peut accueillir autant d'étudiants qu'elle estime être en mesure de former. La réforme vise ainsi à mieux prendre en compte les besoins de santé des territoires, qui deviennent prioritaires par rapport aux seules capacités de formation des facultés.

Les projections évoquent entre 15 000 et 17 000 admissions annuelles à terme, contre environ 12 000 sous le numerus apertus. La réforme cherche également à limiter le départ d'étudiants français vers l'étranger. En 2023, près de 4 000 étudiants français suivaient des études de médecine en dehors de France³⁹. La loi prévoit ainsi des dispositifs permettant à certains de ces étudiants de réintégrer le cursus français.

Toutefois, cette réforme suscite des interrogations. Dans certaines facultés, les capacités d'accueil auraient déjà atteint leurs limites avec l'augmentation importante des effectifs ces

³⁶ LES ÉCHOS, *Pourquoi les déserts médicaux persistent malgré l'augmentation du nombre de médecins*, Les Échos, 4/08/2025, [Consulté le 27/05/2006], disponible à l'adresse : <https://www.lesechos.fr/>

³⁷ DIPLOMA SANTÉ, *Fin du numerus apertus : définition, suppression et impact pour les étudiants en santé*, Diploma Santé, 12/12/2025, [Consulté le 27/05/2006], disponible à l'adresse : <https://diploma-sante.fr/>

³⁸ VIE PUBLIQUE, *Loi Neuder : numerus apertus, études de médecine – 27 juin 2025* [en ligne], Vie publique, 28/06/2025, [Consulté le 25/05/2026], disponible à l'adresse: <https://www.vie-publique.fr/>

³⁹ DIPLOMA SANTÉ, *Fin du numerus apertus : définition, suppression et impact pour les étudiants en santé*, Diploma Santé, 12/12/ 2025, [Consulté le 27/05/2006], disponible à l'adresse : <https://diploma-sante.fr/>

dernières années. Il pourrait donc être difficile d'accueillir davantage d'étudiants sans impacter la qualité de la formation. Des difficultés sont notamment signalées concernant les stages, où le nombre d'étudiants peut parfois être supérieur aux capacités d'encadrement des médecins et des internes. Par ailleurs, les facultés des grandes métropoles disposent généralement de davantage de ressources et de terrains de stage que celles situées dans des territoires moins dotés, ce qui risque de maintenir par la suite les inégalités de répartition des médecins sur le territoire.

2. Le vieillissement de la population des médecins

La France est confrontée à un double phénomène démographique. D'une part, le vieillissement de la population entraîne une hausse continue des besoins de soins. D'autre part, une part importante des médecins approche de l'âge de la retraite, ce qui risque de réduire l'offre de soins dans de nombreux territoires. Cette situation crée un « effet ciseau » entre une demande médicale en forte augmentation et une offre qui peine à suivre.

En France, un médecin généraliste sur deux en activité est âgé de plus de 55 ans et près de 15 % des médecins ont plus de 65 ans⁴⁰. Certaines spécialités sont davantage touchées par ce vieillissement, notamment la psychiatrie, la médecine générale et la radiologie, dont l'âge moyen est supérieur à la moyenne nationale. Selon les estimations de la DREES, près de 30 000 médecins partiront à la retraite entre 2023 et 2030⁴¹. Dans certaines zones rurales ou périurbaines, plus de 40 % des praticiens sont déjà en âge de cesser leur activité.

Par ailleurs, le vieillissement du corps médical est en partie masqué par le développement du cumul emploi-retraite. Entre 2010 et 2023, le nombre de médecins retraités poursuivant une activité a augmenté de 260 %, passant de 5 612 à 20 159 praticiens⁴². Cette évolution montre qu'une part croissante de l'offre de soins repose sur des médecins ayant déjà atteint l'âge de la retraite.

Cette situation est particulièrement préoccupante dans les territoires les moins attractifs. Les départements de la « diagonale du vide », tels que la Lozère, la Haute-Marne ou encore l'Indre, comptent parmi ceux où la population médicale est la plus âgée⁴³. Lorsque plusieurs médecins cessent leur activité sur une courte période ou partent définitivement à la retraite, leur remplacement n'est pas toujours assuré. Ce manque de succession réduit fortement l'offre de soins locale et accentue les inégalités territoriales d'accès à la santé.

⁴⁰ MÉDECIN INFO, *Vieillesse des médecins : quel impact sur la désertification médicale ?* [en ligne], Médecin Info, 25/01/2026, [Consulté le 02/06/2006], disponible à l'adresse : <https://www.medecin-info.fr/>

⁴¹ *Ibid.*

⁴² MEDSCAPE FRANCE, *Démographie médicale : explosion du nombre de médecins retraités en activité* [en ligne], Medscape France, 12/06/2023, [Consulté le 02/06/2026], disponible à l'adresse : <https://français.medscape.com/>

⁴³ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM), *Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2026*, Tome 1 [en ligne], CNOM, mars 2026 [Consulté le 02/06/2006], 163 p., disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

Toutefois, les données de l'Atlas du CNOM 2026 mettent également en évidence un important renouvellement générationnel. La proportion de médecins âgés de moins de 40 ans est passée de 15,7 % en 2010 à 33,4 % en 2026, tandis que l'âge moyen des médecins en activité régulière a diminué de 50,2 ans à 47,5 ans. Cependant, cette évolution s'accompagne également d'une augmentation de la part des médecins âgés de 60 ans et plus, passée de 16,2 % à 21 % sur la même période⁴⁴. La profession connaît donc simultanément un renouvellement par l'arrivée de jeunes praticiens et le maintien d'une part importante de médecins âgés.

Malgré ce renouvellement progressif, les nouvelles installations demeurent insuffisantes pour compenser les nombreux départs à la retraite, en particulier dans les territoires sous-dotés. De plus, l'activité des médecins tend à diminuer avec l'âge : selon la DREES, le nombre d'actes réalisés baisse de 32 % après 60 ans⁴⁵. Les praticiens les plus âgés assurent également moins de gardes et de permanences de soins. Cette diminution progressive de l'offre médicale contribue à l'allongement des délais de rendez-vous, aux difficultés croissantes pour trouver un médecin traitant et à l'engorgement des services d'urgence

3. La charge administrative

La charge administrative constitue aujourd'hui une contrainte majeure pour les médecins généralistes libéraux et contribue indirectement à la désertification médicale. Elle regroupe l'ensemble des tâches non directement liées aux soins : rédaction d'ordonnances et de certificats, gestion du tiers payant, suivi des dossiers administratifs (ALD, MDPH, arrêts de travail), gestion comptable et administrative du cabinet ou encore coordination avec les autres professionnels de santé. Ces missions se sont progressivement alourdies sous l'effet de la multiplication des procédures administratives et des réformes du système de santé.

Cette charge représente une part importante du temps de travail médical. Selon une étude citée par Le Quotidien du Médecin, les tâches non médicales occupent en moyenne 13 heures et 6 minutes par semaine, soit entre 22 % et 33 % de l'activité d'un médecin généraliste libéral. La DREES (2022) estime à plus de 400 heures par an le temps consacré aux démarches administratives, tandis que 76 % des généralistes considèrent que cette charge a fortement augmenté au cours des cinq dernières années (CNOM, 2023). Près de 60 % d'entre eux estiment également qu'elle dégrade la qualité de la relation entre le médecin et son patient ⁴⁶.

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ MÉDECIN INFO, *Viellissement des médecins : quel impact sur la désertification médicale ?* [en ligne], Médecin Info, 25/01/2026, [Consulté le 02/06/2006], disponible à l'adresse : <https://www.medecin-info.fr/>

⁴⁶ AGIR EN GÉNÉRALISTE HÔPITAL ET LOCAL (AGHL), *Le fardeau invisible : au cœur de la charge administrative des médecins généralistes libéraux* [en ligne], AGHL, 02/10/2025, [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.aghl.fr/>

Concrètement, sur une journée de travail de 10 à 12 heures, seule une partie est consacrée aux consultations et à la prise en charge des patients. Une proportion importante du temps restant est absorbée par des démarches administratives diverses, réduisant ainsi le temps disponible pour l'exercice médical proprement dit.

Cette situation limite le nombre de consultations pouvant être réalisées et réduit l'attractivité de l'exercice libéral, notamment auprès des jeunes médecins. Face à cette charge croissante, certains praticiens choisissent de diminuer leur temps de travail, de restreindre leur patientèle ou de se tourner vers des modes d'exercice jugés moins contraignants sur le plan administratif. Dans les territoires déjà fragilisés par un manque de professionnels de santé, cette perte de temps médical contribue à allonger les délais de rendez-vous, à compliquer l'accès à un médecin traitant et, plus largement, à renforcer le phénomène des déserts médicaux.

4. L'attractivité territoriale

L'attractivité des territoires est un facteur majeur dans les choix d'installation des médecins et participe ainsi à expliquer les inégalités de leur répartition. Dans une enquête de l'Ordre des médecins, l'offre de services publics est le deuxième critère le plus cité par les internes (57 %) et les remplaçants (62 %), derrière la proximité familiale. Les opportunités d'emploi pour le conjoint jouent également un rôle important dans le choix du territoire d'exercice : 86 % des internes ayant un conjoint déclarent que celui-ci influence leur projet d'installation.⁴⁷

Au-delà du cadre de vie, les conditions d'exercice professionnel des médecins apparaissent tout aussi importantes. L'enquête de l'Ordre des médecins révèle ainsi que 87 % des médecins remplaçants et 81 % des internes considèrent que la présence d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital sur le territoire est un critère déterminant⁴⁸. En effet, la présence de structures (CPTS, hôpitaux de proximité, structures médico-sociales, etc.) et de professionnels en nombre suffisant permet aux praticiens de ne pas se retrouver isolés et démunis lors de l'accompagnement des patients. Elle contribue également à une meilleure répartition de la charge de travail et offre des conditions d'exercice plus attractives, notamment en facilitant l'organisation des gardes, des remplacements ou encore des visites à domicile⁴⁹. Ces éléments favorisent ainsi un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

En conséquence, les territoires qui ne disposent pas d'un environnement professionnel attractif ou de services publics suffisants peinent davantage à attirer de nouveaux médecins, ces derniers

⁴⁷ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM), *Étude sur l'installation des jeunes médecins* [en ligne], CNOM, 11/04/2019, [Consulté le 06/06/2026], 27 p. disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ REAGJIR, *Déterminants du projet professionnel des jeunes médecins généralistes* [en ligne], ReAGJIR, septembre 2024, [Consulté le 06/06/2026], 21p. disponible à l'adresse : <https://reagjir.org>

s'orientant plus souvent vers les villes et les agglomérations. Cette concentration contribue au maintien des déserts médicaux dans certains territoires ruraux ou isolés.

Face à ces difficultés, de nombreuses collectivités ont développé des stratégies pour renforcer leur attractivité : création de maisons de santé pluriprofessionnelles, aides au logement, accompagnement à l'installation ou encore campagnes de recrutement. Certains maires vont jusqu'à afficher des annonces à l'entrée de leur commune afin de trouver un médecin.⁵⁰ Dès lors, la lutte contre les déserts médicaux ne peut être dissociée d'une politique plus large d'aménagement du territoire.

II/ Les solutions apportées par la France et leur réception

Il est peu original d'écrire qu'il y a un décalage entre les mesures entreprises au niveau parlementaire et gouvernemental et les mesures recommandées par les citoyens concernés, mais lorsque l'on touche au sujet des déserts médicaux, ce décalage est mis en exergue.

A) Diverses approches politiques pour tenter de remédier aux déserts médicaux

1. Les mesures mises en place

Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'aggravation de l'accessibilité médicale en France, les initiatives législatives ne manquent pas. Avec de nombreuses approches diversifiées, l'Assemblée nationale, le Sénat, et le gouvernement ne cessent de tenter de remédier à cette situation, à leur rythme.

Nous détaillerons alors chronologiquement les mesures mises en place.

D'abord, l'année 2009 a vu la naissance de la loi Hôpital, patients, santé et territoires⁵¹ qui a créé le contrat d'engagement de service public (CESP). Ce contrat d'engagement de service public fut réformé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 27 juillet 2019. Le CESP permet aux étudiant.es en médecine, à partir de la quatrième année,

⁵⁰ DOCNDOC, *Déserts médicaux : stratégies locales pour attirer des médecins* [en ligne], DOCNDOC, 03/03/2026, [Consulté le 06/06/2026], disponible à l'adresse : <https://docndoc.fr/medecins/>

⁵¹ VIE PUBLIQUE, *Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Vie publique, 23 juillet 2009 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/>

d'exercer leurs fonctions dans une zone qualifiée de "sous-dotée" en offre de soins en échange d'une allocation⁵².

Les étudiant.es de médecine et d'odontologie de deuxième ou troisième cycle, et les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne sont autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie.

Les candidatures à un CESP sont examinées et classées par ordre de mérite par une commission de sélection⁵³. La commission de sélection est présidée par le directeur de l'UFR (Unité de formation et de recherche), et composée du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), du président du conseil général de l'ordre de la filière concernée, du président de l'union régionale des professionnels de santé concernée, d'un directeur d'un établissement public de santé de la région et de représentants d'étudiant.es.

Après un premier examen sur dossier, les candidats retenus sont convoqués pour un entretien individuel qui consiste en l'appréciation de leur projet professionnel. La commission prend en compte le projet professionnel de l'étudiant.e et ses résultats universitaires⁵⁴.

Les dossiers des candidats retenus sont ensuite transmis au Centre national de gestion (CNG).

Un arrêté ministériel fixe le nombre de CESP pouvant être signés par les étudiant.es au titre de l'année universitaire.

L'étudiant.e engagé.e dans un CESP reçoit une allocation mensuelle de 1 200 euros. Le CESP est d'une durée minimale de deux années, durée durant laquelle le signataire exerce ses fonctions dans des territoires identifiés comme ayant une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Le signataire peut effectuer son engagement à titre libéral (avec une obligation de pratiquer les tarifs conventionnés), à titre salarial, en tant que remplaçant, ou dans le cadre d'une activité mixte⁵⁵.

Le dispositif du CESP, selon le Ministère de la santé, revête une double-dimension⁵⁶ : sociale puisqu'il permet de bénéficier d'un financement lors de ses études, et citoyenne puisqu'il participe au développement de l'attractivité de l'exercice de la médecine ou de l'art dentaire dans les territoires où la densité médicale est faible.

⁵² AGENCE DE SERVICES ET DE PAIEMENT, Contrat d'engagement de service public (CESP), Agence de services et de paiement, 20 mai 2026 [Consulté le 20/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.asp.gpouv.fr/>

⁵³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, *Comment candidater au CESP ?*, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 03 octobre 2024 [Consulté le 12/06/2025], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ PAPS ILE-DE-FRANCE, *Une bourse pour vos études grâce au CESP*, PAPS Ile-de-France, 27 janvier 2026 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/>

⁵⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, *Comment candidater au CESP ?*, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 03 octobre 2024 [Consulté le 12/06/2025], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

Selon le bilan du Centre national de gestion (CNG) de 2023/2024, l'évolution du nombre de CESP signés est de +263,8% en médecine⁵⁷.

En 2012, le premier Pacte territoire santé fut défini par l'Etat, il consiste en un plan global de lutte contre les déserts médicaux. Le Pacte territoire santé contenait des objectifs chiffrés tels que la signature de 1 500 CESP d'ici 2017 (objectif largement atteint avec un cumul de 2279 CESP signés de 2011 à 2017)⁵⁸. Il avait aussi pour but d'augmenter le nombre de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale et la création de maisons de santé. Le dispositif de praticien territorial de médecine générale (PTMG)⁵⁹ accroît l'attractivité des territoires défavorisés en encourageant les jeunes médecins à s'y installer. Lors de l'installation d'un jeune médecin, ce dernier bénéficie d'un revenu garanti (à condition de réaliser 165 consultations par mois). Le médecin contractant s'engage à exercer au moins une partie de son activité, si ce n'est la totalité, dans des territoires où l'offre, l'accès, ou la continuité des soins est insuffisante.

Le Pacte territoire santé s'est décliné en un deuxième volet (correspondant à la période de 2015 à 2017) où il poursuit sa lancée auprès des mesures déjà mises en place⁶⁰. Le volet 2015-2017 propose la création de 1000 maisons de santé. Les maisons de santé sont des structures permettant aux professionnels de santé de mutualiser les tâches administratives et les frais de structure en se regroupant. Ces maisons, désormais appelées maisons "France santé", représentent une priorité absolue pour le budget de l'Etat et de la sécurité sociale pour 2026 selon le Premier ministre français Sébastien Lecornu⁶¹.

Selon le Ministère de la santé, par exemple, les maisons de santé pluriprofessionnelles ont plus que triplé en Bretagne entre 2012 et 2016⁶². En Centre-Val de Loire, 50 jeunes médecins se sont installés en zones fragiles par le biais des contrats PTMG⁶³.

Depuis 2018, la téléconsultation a vu son champ d'application et de pratique élargi. Elle est désormais accessible sur l'ensemble du territoire de France pour tout médecin, quelle que soit

⁵⁷ CENTRE NATIONAL DE GESTION, *Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie, campagnes 2010/2011 à 2023/2024*, Central national de gestion, 2025 [Consulté le 13/05/2026], 38p., disponible à l'adresse : <https://www.cng.sante.fr/>

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ MG FRANCE, *Praticien territorial de médecine générale*, MG France, 23/03/2014 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.mgfrance.org/>

⁶⁰ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Pacte territoire santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015 [Consulté le 18/05/2026], 43p., disponible à l'adresse : <https://www.social-sante.gouv.fr/pts>

⁶¹ GOUVERNEMENT, *5 000 maisons "France santé" d'ici à 2027*, Gouvernement, 15/09/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://info.gouv.fr/>

⁶² *Op.cit.*, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Pacte territoire santé*

⁶³ *Ibid.*

sa spécialité⁶⁴. Des conditions de prise en charge de la téléconsultation sont établies pour préserver la qualité des soins, même en distanciel.

En 2020, le premier médicobus fut mis en place et le numerus clausus fut supprimé : deux étapes marquant un progrès vers un meilleur accès aux soins.

Le numerus clausus fut remplacé par le numerus apertus. Le numerus clausus limitait le nombre d'étudiant.es pouvant faire des études de médecine, système contre-productif pour un pays rencontrant une offre de soins trop peu répartie. Toutefois, la suppression du numerus clausus n'est pas jugée suffisante par le gouvernement qui vise à éliminer toute forme de limitation pour lutter contre la pénurie de médecins⁶⁵.

Les médicobus sont des cabinets médicaux itinérants se déplaçant au sein des territoires ruraux pour offrir des consultations au plus proche des populations. Ce dispositif s'inscrit dans une démarche "d'aller vers" les patients⁶⁶.

L'héritière du Pacte territoire santé est la stratégie nationale de santé "Ma Santé 2022" mise en place pour corriger les inégalités dans l'accès aux soins en favorisant une meilleure organisation des professionnels de santé⁶⁷. Elle a pour but le déploiement de nombreuses communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La CPTS représente un ensemble d'acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire pour résoudre des problématiques en matière de santé⁶⁸. Selon la Direction générale de l'offre des soins, en janvier 2026, la France compte 829 CPTS créés et en cours de création⁶⁹.

⁶⁴ L'ASSURANCE MALADIE, *La téléconsultation*, L'assurance maladie, 21/01/2026 [Consulté le 20/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/>

⁶⁵ DOCNDOC, *Fin du Numerus Apertus : quel avenir pour la Médecine ?*, Docndoc, 17/06/2025 [consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://docndoc.fr/>

⁶⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Le médicobus : une démarche "d'aller vers" les patients éloignés des soins dans les territoires ruraux*, Ministère de la santé et de la prévention, 17/05/2024 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

⁶⁷ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022 : un engagement collectif*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 18/09/2018 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

⁶⁸ AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, *Les communautés professionnelles territoriales de santé*, Agence régionale de santé, 11/07/2025 [consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://ars.sante.fr/>

⁶⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire - DGOS - janvier 2026*, Ministère de la santé et de la prévention, 01/2026 [Consulté le 19/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.arcgis.com/>

Dans la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, diverses mesures éclectiques ont été mises en place⁷⁰: l'organisation, à titre expérimental, par les agences régionales de santé, de consultations de médecins dans les déserts médicaux, l'exonération des cotisations vieillesse en 2023 pour les médecins retraités qui reprennent leur activité, l'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les médecins qui exercent dans un désert médical, pour en citer quelques unes. Cette loi a aussi instauré une 4^{ème} année d'internat de médecine générale, année consacrée à des stages en cabinet médical, prioritairement dans les zones sous-dotées en médecins. La quatrième année d'internat et sa mise en place a fait couler beaucoup d'encre, notamment chez les syndicats de médecins et d'internes, aspect que nous développerons par la suite.

En 2025, le Ministère de la santé a publié un Pacte de lutte contre les déserts médicaux établissant une cartographie de 151 zones prioritaires⁷¹. Ces zones accueillent, depuis septembre 2025, des médecins volontaires dans le cadre de la mission de solidarité territoriale. Le Pacte de lutte contre les déserts médicaux comporte 4 propositions centrales⁷² : la diversification des origines géographiques et sociales des étudiant.es en médecine, le développement d'un principe de solidarité dans l'ensemble de la communauté médicale, la modernisation et simplification des organisations entre les professionnels de santé et l'unification des compétences, enfin, l'amélioration de l'attractivité des conditions d'accueil dans les zones sous-dotées en collaborant avec les élus locaux. Ces quatre axes sont mis en œuvre à travers différentes mesures concrètes.

La mesure la plus récente est la loi n°2025-580 du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation⁷³. La suppression du numerus apertus est une mesure notable de cette loi qui permettra d'ouvrir les études de médecine à un plus grand nombre d'étudiant.es. De plus, la loi renforce la prise en compte des besoins de santé du territoire devenant prioritaire par rapport aux capacités de formation des universités.

⁷⁰ VIE PUBLIQUE, Loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, Vie publique, 24/12/2022 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://vie-publique.fr/>

⁷¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, *Pacte de lutte contre les déserts médicaux : 151 zones prioritaires identifiées pour la mise en oeuvre de la mission de solidarité obligatoire des médecins libéraux*, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 21/07/2025 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

⁷² GOUVERNEMENT, *Pacte de lutte contre les déserts médicaux*, Gouvernement, 2025 [Consulté le 18/05/2026], 30p., disponible à l'adresse : <https://www.sante.gouv.fr/>

⁷³ VIE PUBLIQUE, *Loi du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation*, Vie publique, 28/06/2025 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://vie-publique.fr/>

2. Les propositions de loi avancées

En parallèle des mesures déjà établies, et parfois abandonnées, par l'Etat, deux principales propositions de loi font l'objet de débat.

En premier lieu, la proposition de loi Garot (visant à “lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane”) votée par l'Assemblée nationale, mais n'ayant pas satisfait le Sénat. La proposition de loi Garot a fait beaucoup parler d'elle auprès des professionnels de santé en ce qu'elle établit une régulation dans l'installation des médecins⁷⁴. L'article imposant la régulation fut écarté par la commission des affaires sociales, mais en vain, puisque l'Assemblée nationale l'a rétabli⁷⁵. La proposition de loi Garot sera discutée en séance publique le 11 juin 2026⁷⁶. Une adoption définitive de ce texte tel qu'il est signifiera que les médecins libéraux ou salariés devront, avant de s'installer, demander l'autorisation de l'Agence régionale de santé. Cette autorisation ne sera pas donnée de droit lorsque le territoire est déjà suffisamment pourvu, et pourra même être refusée. Dans les zones “surdotées”, l'autorisation ne sera délivrée qu'à la condition qu'un autre praticien ne cesse son activité.

En second lieu, une autre initiative visant à “améliorer l'accès aux soins dans les territoires” portée par le sénateur républicain Philippe Mouiller poursuit son chemin législatif avec une procédure accélérée⁷⁷. La proposition de loi Mouiller fut adoptée par le Sénat le 13 mai 2025. La commission des affaires sociales fut saisie au fond le mercredi 14 avril 2025, et le gouvernement a engagé la procédure accélérée le 28 avril 2025. La proposition de loi Garot étant jugée “trop coercitive”, la proposition de loi Mouiller suggère deux dispositifs d'encadrement. D'abord, les médecins s'installant dans les zones sur-denses doivent s'engager à réaliser un certain nombre d'actes dans les territoires moins bien dotés. Ensuite, une mise en place d'une mission de solidarité territoriale obligatoire est proposée pour les médecins déjà installés. Ils devront réaliser jusqu'à deux jours de consultations par mois dans les territoires jugés prioritaires par les ARS. La proposition de loi Mouiller présente la mission de solidarité comme sur une mission de volontariat, mais l'ARS peut nommément désigner un médecin qui devra réaliser cette mission sous peine de sanction financière.

⁷⁴ CNER, *Loi sur les déserts médicaux : la régulation des médecins toujours en discussion*, CNER, 08/04/2025 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://cner-france.com/>

⁷⁵ LCP, *Déserts médicaux : l'Assemblée adopte la proposition de loi qui prévoit de réguler l'installation des médecins*, LCP, 08/05/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://lcp.fr/>

⁷⁶ Sénat, *Dossier législatif : Lutter contre les déserts médicaux*, Sénat, 28/05/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://senat.fr/>

⁷⁷ Sénat, *Dossier législatif : Améliorer l'accès aux soins dans les territoires*, Sénat, 21/05/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://senat.fr/>

B) La réaction sociétale et professionnelle face à ces approches

Le fil rouge de cette sous-partie sur la réaction sociétale et professionnelle face aux approches politiques est le décalage entre les solutions proposées par les professionnels de santé et celles adoptées effectivement par les politiciens.

Ce décalage fut mis en exergue par le président du syndicat ReAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants) Docteur Thomas lors de l'entretien que nous avons eu avec lui.

Le syndicat ReAGJIR fut créé pour faire face à une remise en question de la liberté d'installation, problématique toujours autant actuelle aujourd'hui, notamment dans le contexte de la proposition de loi Garot. ReAGJIR est un syndicat très actif à l'égard de la question de l'accès aux soins en France, nous avons eu la chance de pouvoir s'entretenir avec son président pour l'interroger sur ce sujet.

Docteur Thomas est originaire de Loire-Atlantique, il a fait ses études à Nantes et une partie de son internat à Angers. Docteur Thomas exerce en tant que médecin remplaçant, il a travaillé dans des endroits urbains et des endroits plus ruraux considérés comme sous-dotés (la Mayenne, la Sarthe). Il fut élu président de ReAGJIR en juin 2025.

Docteur Thomas nous a fait part de son expérience professionnelle au sein des zones sous-dotées. Il affirme que les mesures ne font pas face à la pénurie, mais la réorganisent. La priorité semble être d'adopter des solutions à l'apparence innovante, mais qui demeurent temporaires, alors que l'importance réside dans le long-terme.

Par rapport à la régulation potentielle de l'installation des médecins, le syndicat ReAGJIR s'y oppose fermement. Réguler une pénurie n'est pas une solution, et le Docteur Thomas met en avant le fait que divers pays comme l'Allemagne ont mis en place cette régulation, sans qu'elle fasse ses preuves par rapport à l'égalité dans l'accès aux soins. En France, certaines professions médicales sont régulées, sans que cela ait des effets clairs et positifs.

Nous avons demandé au président de ReAGJIR s'il ressentait un décalage entre les mesures mises en place et les véritables besoins des professionnels de santé. La réponse fut nette: oui. *“Les besoins sont croissants avec le vieillissement de la population, de plus en plus de pathologies chroniques, mais il n'y a aucun plan pour amorcer cette augmentation”*. Docteur Thomas continue de nous expliquer que tous les ans, lors de la discussion sur le financement de la sécurité sociale, chaque parti politique essaie d'être le défenseur du système de santé français, mais les besoins des personnes ne sont pas en cohérence avec l'agenda politique ni avec le budget.

L'ASSEDEL a aussi abordé la 4ème année d'internat de médecine, si conflictuelle et qui sera tout de même mise en place dans quelques mois (l'année universitaire 2026-2027). Le syndicat ReAGJIR nous fait part de ses inquiétudes. La 4ème année était censée être une année en cabinet, mais aujourd'hui beaucoup de facultés n'ont pas les postes pour former les

étudiant.es dans des cabinets. Un grand nombre d'étudiant.es seraient contraints à faire un stage dans un hôpital, ce qui va à l'encontre du but de la réforme. De plus, l'objectif est que le "docteur junior" travaille aux côtés du médecin maître de stage, il faut donc doubler le matériel, avoir des locaux libres, avoir de la place dans les locaux. Tout cela représente un coût conséquent.

Quant au potentiel de la solidarité territoriale et du volontariat, les réactions sont partagées. Le dispositif de la solidarité territoriale s'est très fortement inspiré de Médecins solidaires qui fonctionne très bien, mais on ne peut pas généraliser cela sur tout le territoire nous dit Docteur Thomas. "*On demande peu à beaucoup*" est efficace, le pacte de solidarité "*demande beaucoup à quelques-uns*", selon le président de ReAGJIR.

L'ASSEDEL s'est aussi entretenue avec la présidente du Syndicat autonome des internes d'Alsace (SAIA): Madame Mollet-Rastello, interne en médecine.

Madame Mollet-Rastello nous a parlé de l'idée de l'addition d'une quatrième année d'internat. Elle dit que celle-ci est née d'une réforme du 3ème cycle, la médecine générale était la seule à ne pas avoir de socle de consolidation, une réflexion fut entreprise pour mettre en place une réforme. L'objectif était d'établir une année professionnalisante où les aspects gestion d'entreprise, lien avec l'Ordre des médecins, la gestion du secrétariat, seront appris sur le terrain aux côtés d'un maître de stage. Toutefois, la présidente du SAIA est convaincue que cette quatrième année n'est pas une mesure pour améliorer l'accès aux soins puisque les endroits où les docteurs juniors s'installeront sont des endroits déjà dotés de médecins.

Le SAIA n'est pas complètement opposé à la mise en place d'une quatrième année d'internat, mais la mesure telle que prévue ne remplit pas ses objectifs de professionnalisation. Cette mesure est davantage vue comme une contrainte, et il y a des difficultés à trouver des maîtres de stage.

Sur le sujet de la contrainte, nous en avons profité pour interroger la présidente sur la régulation de l'installation des médecins et les mesures recommandées par le syndicat pour éviter cette "coercition". Le SAIA préconise de "*redonner du temps médical aux médecins*" avec une simplification administrative. De plus, il insiste sur l'importance d'avoir des formations de qualités en dehors des grandes villes pour encourager les étudiant.es à habiter dans ces zones ensuite. Les deux grands axes à prioriser sur la régulation de l'installation sont une augmentation de la formation et un développement de l'assistantat territorial.

Nous avons demandé à Madame Mollet-Rastello son ressenti, en tant qu'interne, par rapport à sa future perspective professionnelle. Elle nous a partagé un sentiment de défaitisme et une impression d'être instrumentalisé. Un discours culpabilisant et négatif se propage envers les étudiant.es en médecine et les professionnels de santé, qui parfois décident même de déménager de la France pour échapper aux aspects coercitifs et à une responsabilité individuelle injustifiée. Il y a une impression de faire le maximum, mais en vain. Le budget est une question épineuse pour les politiques et l'Assurance Maladie, mais l'accès à la santé est un droit. Madame Mollet-Rastello nous affirme qu'il est difficile de s'engager dans un projet professionnel avec

des velléités politiques changeantes. Par exemple, avec le plan France Santé, beaucoup de maisons de santé ont perdu leur financement (comme celle du Neuhof).

La présidente du SAIA a aussi énoncé qu'il ne faut pas non plus basculer dans une inflation législative et mettre dans la loi ce qui n'en relève pas. L'internat est déjà réglementé, il n'est pas nécessaire de l'encadrer davantage par le volet législatif.

Notre entretien avec la présidente du SAIA s'est terminé sur la conclusion d'un décalage entre les mesures prises par les politiques et les solutions recommandées par les professionnels de santé. Il y a une démagogie sans véritable écoute des syndicats médicaux et sans véritable co-construction. Elle recommande de "*faire confiance à ceux sur le terrain*" et d'attendre d'observer l'efficacité de mesures sur le long-terme.

La contribution de l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) "Opposition des internes en médecine à la proposition de loi Garot"⁷⁸ est essentielle aussi pour comprendre la réaction des professionnels. Elle affirme que la proposition "cible la jeunesse médicale" qui est déjà suffisamment éprouvée par les conditions de travail. De plus, l'ISNI avance que la régulation menace l'attractivité et expose à la financiarisation du système de santé.

L'ASSEDEL s'est entretenue avec le premier vice-président de l'ISNAR-IMG (Syndicat des Internes de Médecine Générale): Monsieur Garcia.

Il nous en a d'abord dit davantage sur la situation générale: la population vieillit et demande plus de soins, parallèlement, de plus en plus de médecins partent à la retraite sans avoir forcément de repreneurs. Deuxièmement, le constat qu'il y aurait des "oasis médicales" ou des zones "sur dotées" est une fausse idée, le territoire français est constitué soit de zones sous-dotées (87%⁷⁹), soit de zones "normo-dotées".

Par rapport à la régulation de l'installation des médecins, Monsieur Garcia nous assure que le manque d'accès aux soins n'est pas un problème de répartition des médecins, mais un problème de pénurie de médecins. De plus, le vice-président d'ISNAR-IMG a mentionné l'exemple du Québec qui avait mis en place une interdiction aux médecins de s'installer dans les zones "surdotées" et cela a eu un effet négatif sur l'attractivité des études de médecine.

Sur l'ajout de la quatrième année d'internat en médecine générale, l'ISNAR-IMG considère que cette année n'est pas véritablement professionnalisante comme elle devrait l'être. Cette quatrième année s'est transformée en un argument des politiques pour montrer à la population que des mesures sur l'accès aux soins sont mises en place. Pour l'Intersyndicale nationale des internes, il y a très peu d'écoute sur le sujet de la quatrième année.

L'ASSEDEL a soumis un questionnaire à des étudiants en médecine de tous les cycles pour s'informer de leurs réactions. La portée du questionnaire est assez limitée, mais

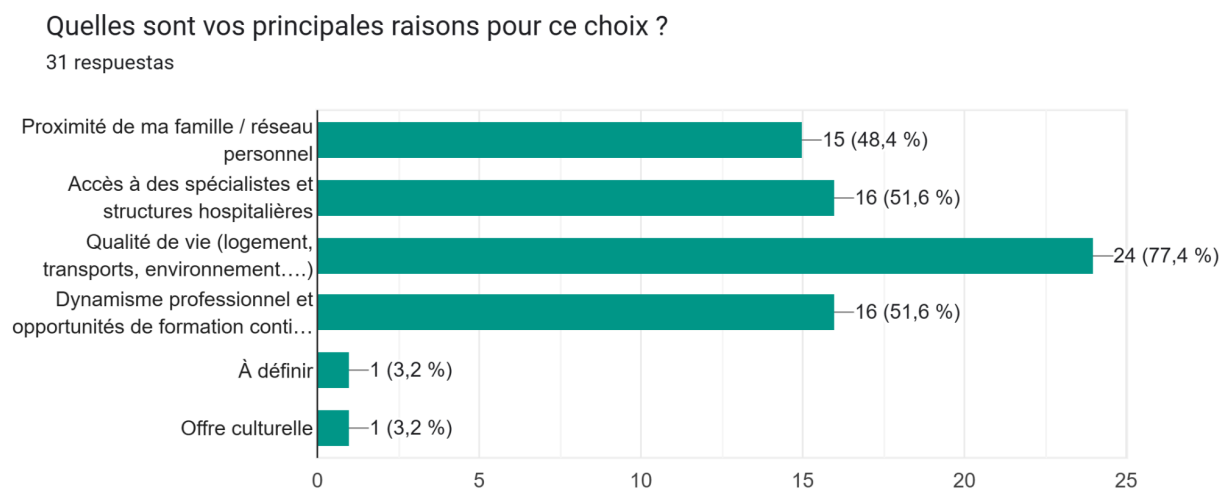
⁷⁸ INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES, Contribution : Opposition des internes en médecine à la proposition de loi Garot, ISNI, 2025 [Consulté le 28/05/2026], 9p., disponible à l'adresse : <https://isni.fr/>

⁷⁹ DATAGOUV, Carte des déserts médicaux en France : le nouveau pacte gouvernemental, Datagouv, 22/08/2025 [Consulté le 02/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.data.gouv.fr/>

l'ASSEDEL recommande un questionnaire gouvernemental qui toucherait beaucoup plus d'étudiants.

Parmi les 31 réponses (échantillon certes assez réduit, mais tout aussi outil comme pré-enquête), 26 étudiant.es considèrent "connaître bien le sujet des déserts médicaux". A la question "Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour accéder à un professionnel de santé?", 21 étudiant.es ont répondu par l'affirmative, que ce soit occasionnellement ou régulièrement.

La grande majorité des interrogé.es souhaitent exercer professionnellement dans des zones urbaines par la suite pour diverses raisons:



L'ASSEDEL a aussi remarqué une forte volonté d'exercer partiellement dans des zones sous-dotées de la part des étudiant.es, qui ne manquent pas non plus de rappeler leur opposition à une obligation allant dans cette direction. Les freins qui empêcheraient les étudiant.es à exercer en zones rurales sous-dotées sont majoritairement l'isolement professionnel et le manque d'infrastructures générales.

Les étudiant.es interrogé.es et défavorables à la proposition de loi Garot ont expliqué leurs raisons:

"Il va se passer exactement ce qui se passe pour l'installation des infirmières ou des kinésithérapeutes: pressions entre confrères pour éviter la concurrence et spéculation financière avec le rachat de la patientèle alors que les patients sont libres de choisir leur praticien."

"Obliger des étudiants à s'installer en zone sous dotée après avoir travaillé 6 ans et choisi potentiellement ses études pour la liberté d'installation, car au moment où nous avons fait ce choix nous n'étions absolument pas au courant de l'évolution dans ce sens de la médecine. Je trouve cela totalement injustifié d'obliger des jeunes médecins qui n'ont pas signé pour ça en entrant en étude de médecine à s'installer en zone rurale même si je comprends la nécessité de résoudre le soucis des déserts médicaux."

“Je pense qu’empêcher les médecins d’aller où ils veulent ne réglera pas le problème des déserts médicaux. Les médecins au début de leur internat doivent déjà souvent déménager et s’ils doivent recommencer après 4 ans, il y a des risques de mal être au travail, de plus de burn out, et de médecins qui resteront le temps où ils sont obligés puis qui partiront.”

“Parce que quand il y a un manque ce n’est pas en le répartissant autrement qu’il n’y a plus de manque.”

“Zone "surdense" mal définie, manque de médecins partout, ne prend pas en compte les différentes spécialités, dépendance des médecins pour s’installer après 10 à 12 ans d’études contraignantes.”

“C’est illusoire de penser qu’il existe des déserts médicaux alors qu’on sait que la France entière est un désert médical. Dans nos hôpitaux à Strasbourg, des services entiers sont fermés pour manque de personnel, pourtant c’est une grande ville.

Ensuite c’est rejeter la faute du manque de personnel sur les professionnels et c’est déresponsabiliser le gouvernement des économies qu’ils ont souhaité faire sur la santé.

Enfin, le problème restera le même : on manque de quantité, donc nous étaler ok, mais derrière il en manquera dans d’autres zones où les gens ont aussi besoin de nous.

Pour finir, je souhaite m’installer en zone rurale, où la demande est forte et la population vieillissante, avec cette loi, je n’ai pas le droit de m’installer dans des zones rurales, où il y a 1 seul médecin qui gère seul 2000 patients, sous prétexte qu’il y a suffisamment de médecin. 1 médecin pour 2000 patients en sachant que le médecin ne prend plus de nouveaux patients ce n’est pas assez, et c’est une mauvaise qualité de soins.

Beaucoup de personnes me disent « tu viendras ici on a besoin de médecin », ce à quoi je suis obligée de leur répondre qu’avec cette loi je n’y ai pas le droit, alors qu’ils ont raison, ils sont patients, ils le savent, on a besoin de médecins. Cette organisation où si un médecin est présent dans une zone définie empêche l’installation d’autres médecins est délétère pour cette zone puisque 1 médecin qui couvre une zone comprenant 5000 patients ne peut physiquement, mentalement et émotionnellement pas gérer ça : résultat, baisse de la qualité des soins, danger pour les patients, danger pour le praticien.

Les études médicales sont déjà longues, compliquées et demandent un travail personnel et mental difficile à comprendre lorsqu’on ne l’a pas vécu soi-même. Même si j’ai la vocation de travailler et de m’installer en milieu rural, je ne vois pas pourquoi mes futurs confrères devraient obligatoirement aussi y passer du temps. Cette proposition de loi obligerait les étudiants à encore faire des sacrifices alors qu’ils approchent la trentaine, période cruciale pour établir une stabilité professionnelle et personnelle. Trop d’obligations pour trop peu de respect, reconnaissance et compensation en retour dans un milieu déjà très fragile.”

“Absence de confiance dans les capacités des ARS et des responsables publics pour la gestion de la répartition territoriale des praticiens à long terme, restriction de la liberté d’exercice des praticiens, absence de prise en compte du projet de vie individuel des futurs praticiens, coercition réglementaire du parcours de formation médicale/exercice déjà très développé (choix de ville/spécialité, durée des études médicales, conventionnement secteur 1...), exacerbation des tensions et rupture de confiance entre responsables publics et personnel médical en cas d’adoption, pas de prise en compte des préférences individuelles d’exercice professionnel.”

“Histoire de politiciens à nouveau, qui refusent d'admettre que ce n'est pas le manque de volonté d'installation de la part des médecins, mais le manque de médecin tout court. Aucun médecin n'a assez de patients, tous sont surbookés et ne prennent plus de patients. En changeant d'endroit, ça ne modifiera pas le problème. Puis honnêtement, 9 ans d'études, on donne assez dans nos études, je parlerai presque de maltraitance banalisée vu nos conditions pour avoir le confort de travailler pas loin de nos proches.”

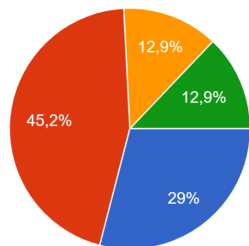
“Impossibilité de s’installer dans des zones rurales où il n’y aucune infrastructure sachant que les jeunes médecins ont souvent autour de la trentaine et sont mariés/ont fondé une famille ce qui requiert nécessairement l’accès à des infrastructures. Risque majeur de fuite des médecins vers l’étranger.”

“Zonage mal réalisé chez les kinésithérapeutes en 2019 ; les zones « surdotées » sont des zones dans lesquelles les patients trouvent difficilement des praticiens ; si c’est pour finir dans un désert global, autant partir à l’étranger.”

Par rapport à la proposition de loi Mouiller et à la quatrième année d’internat:

Que pensez-vous de l'obligation de consacrer jusqu'à 2 jours par mois à des consultations en zones prioritaires (proposition de loi Mouiller) ?

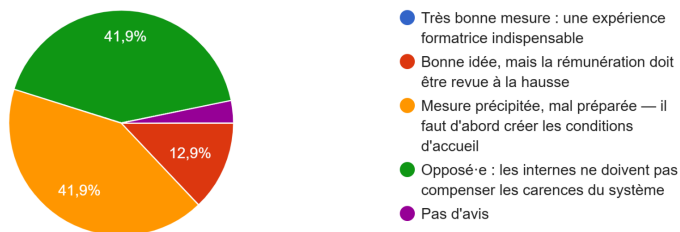
31 respuestas



- Bonne idée, à condition que la rémunération soit juste et les conditions d'exercice adaptées.
- Acceptable si elle reste fondée sur la base du volontariat.
- Je la juge trop contraignante pour les médecins déjà en exercice.
- Cette mesure me paraît insuffisante : des réformes plus ambitieuses seraient...
- Pas d'avis

Que pensez-vous de la 4e année d'internat en zone sous-dotée ?

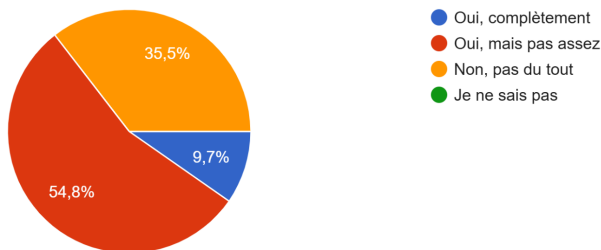
31 respuestas



Enfin, l'ASSEDEL a jugé essentiel d'interroger les étudiant.es sur leurs ressentis à propos des activités politiques sur l'accès aux soins :

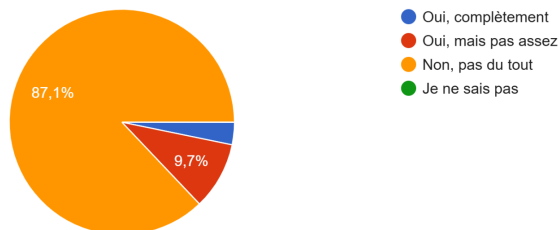
Avez-vous le sentiment d'être suffisamment informé·e sur les politiques qui concernent votre future pratique ?

31 respuestas



Avez-vous le sentiment d'être suffisamment consulté·e sur les politiques qui concernent votre future pratique ?

31 respuestas



Pour conclure cette partie sur les réactions sociétales, ci-après se trouvent ce que les étudiant.es souhaitaient recommander aux décideurs et décideuses politiques :
“Consulter les concernés.”

“Améliorer le réseau territoire santé et les possibilités d’adressage en centre hospitalier pour les spécialistes. Arrêter les économies et les fermetures de lit. Impliquer tous les professionnels de santé dans l’organisation des soins d’un territoire.”

“Former plus, inciter plus, obliger jamais. Déjà essayé dans d’autres pays, la coercition n’a pas fonctionné.”

“Laisser la régulation de la médecine et de l’installation au conseil de l’ordre des médecins, faire des mesures pensées sur le long terme et pas uniquement pour un agenda politique.”

“Rendez attractif vos zones ! Un médecin a une vie de famille, et ne s’installera pas s’il habite à 3h de ses enfants et son/sa conjoint/conjointe. On ne demande pas d’argent, on ne fait pas ce métier pour l’argent, sinon on aurait fait autre chose. Mais nous aussi on a le droit d’avoir une vie à côté de notre profession, nous ne sommes pas définis par notre statut de médecin. Nous sommes humains avant d’être médecin, merci de s’en rappeler.”

“Je recommande aux politiques d’aller directement dans les facs et de discuter avec les étudiants et les jeunes professionnels de santé. Les études de médecine nous transforment en rats de bibliothèque qui ne savent plus s’intéresser à autre chose que la médecine et encore moins à la politique (sauf exception bien évidemment). Il faut encourager les élus - et pas uniquement les partis étudiants - à discuter, écouter et débattre avec le professionnel médical.”

“Développer la communication par rapport aux dispositifs incitatifs à l’exercice en zone sous-dense, réfléchir à une modification de l’affectation territoriale des postes d’internes sur critère de classement à l’EN, sortir du modèle formatif hospitalo-centré des stages de 2nd cycle (développement de terrains de stages en médecine libérale, en zone sous-dense), prendre en compte le projet de vie individuel des professionnels de santé dans les projets de loi, redonner de l’attractivité aux zones sous-denses de manière globale.”

“Nous payons aujourd’hui les conséquences d’une politique ancienne, qui décidait de diminuer le nombre d’étudiants en médecine. Ce n’est pas aux jeunes de payer la conséquence d’une mauvaise décision politique ancienne. La France entière est un désert médical, envoyer un médecin à un endroit, créerait un désert à un autre endroit.. développer les zones sous dotées pourrait être une motivation d’installation.”

“Demander l’avis aux jeunes médecins, étudiants et internes.”

L’ASSEDEL a fait le choix d’insérer les réponses étudiantes telles qu’elles au sein du rapport pour exprimer l’importance de la société étudiante.

III/ Des recommandations pour aller vers une amélioration progressive de l'accessibilité aux soins

En premier lieu, un élément indispensable à souligner est l'importance du long-terme dans la mise en œuvre des mesures. Les études de médecine sont d'une grande longueur, alors toute réforme à appliquer à celles-ci révélera ses effets après le passage d'une dizaine d'années. S'agissant des recommandations générales, la continuité à travers les mandats est cruciale, résister à la promulgation de nouvelles mesures, de nouveaux plans d'action superflus à chaque début de mandat pour satisfaire les échéances électorales est capital.

L'ASSEDEL, au sein de ce rapport, établit une liste numérotée de recommandations à privilégier.

1. L'ASSEDEL soutient pleinement la proposition de loi ReAGJIR visant à favoriser l'accès aux soins par la simplification de l'exercice et le soutien aux professionnels de santé⁸⁰

L'ASSEDEL insiste sur la nécessité de trois axes au sein de la proposition de loi ReAGJIR (ces axes ne sont pas exhaustifs) : la libération du temps médical, le soutien aux étudiant.es et aux jeunes professionnels, et la territorialisation des politiques de santé.

ReAGJIR propose de libérer du temps médical en instaurant un "congé maladie de courte durée non indemnisé accessible à tous les salariés dans la limite de cinq jours par an sur présentation d'une attestation sur l'honneur"⁸¹. Cela permettrait aux médecins de pouvoir allouer plus de temps à des personnes ayant un besoin indispensable de rendez-vous et non seulement un besoin de justification administrative. ReAGJIR propose aussi d'augmenter les compétences et responsabilités des auxiliaires médicaux dans le renouvellement de prescriptions médicales pour les patients en affection de longue durée. La proposition de loi Mouiller mentionne cette montée en responsabilités, mais en incluant les pharmaciens et les infirmiers en pratique avancée (IPA). Le président de ReAGJIR nous a expliqué le choix d'inclure les auxiliaires médicaux, car les pharmaciens ne font pas partie de la matière des soins. Il pourrait y avoir toutefois un modèle de coordination avec les IPA en adhérence à une CPTS.

Le deuxième chapitre de la proposition de loi ReAGJIR plaide en faveur d'un soutien aux étudiant.es et aux jeunes professionnels. Parmi les mesures de ce chapitre, il y a la "création d'antennes universitaires des UFR santé dans les territoires considérés comme sous-dotés afin de favoriser l'ancrage des étudiant.es dans les zones déficitaires et d'augmenter les capacités de

⁸⁰ REAGJIR, Proposition de loi visant à favoriser l'accès aux soins par la simplification de l'exercice et le soutien aux professionnels de santé, ReAGJIR, 27/03/2025 [Consulté le 21/05/2026], disponible à l'adresse : <https://reagiir.org/>

⁸¹ *Ibid.*

formation des universités”⁸². En effet, étudier dans une zone va encourager les jeunes médecins à y installer leurs cabinets, une étude de l’Insee de 2024 affirme que la moitié des médecins s’installent à moins de 43 kilomètres de leur université d’internat⁸³. La présence d’une UFR renforcerait l’attractivité de la zone.

Afin de revaloriser le contrat d’engagement de service public, ReAGJIR propose d’indexer l’indemnité de ce contrat sur l’inflation et de l’ouvrir à l’exercice de remplacement. Par rapport aux remplaçants, ReAGJIR souhaite leur donner une place dans la convention médicale afin “d’ancrer ces professionnels dans le système de santé” (Proposition de loi ReAGJIR, chapitre 2).

Enfin, le troisième angle par lequel aborder l’amélioration de l’accès aux soins est la “territorialisation des politiques de santé” (chapitre 4 de la proposition de loi).

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est déjà un acteur du système de santé, mais ReAGJIR préconise d’en faire “l’acteur central de l’échelle locale”. En addition à cela, le syndicat souhaite “faciliter l’exercice mixte entre ville et hôpital par le biais de groupements de coopération sanitaire”. Par cette mesure, un professionnel d’un établissement de santé serait mis à disposition en ville dans une structure adaptée (centre de santé, maison de santé) pour y renforcer l’offre.

Les mesures énoncées dans ce premier point proviennent toutes de la proposition de loi ReAGJIR (non-exhaustives), l’ASSEDEL réitère son engagement envers cette proposition et estime qu’il est capital pour les membres de la commission des affaires sociales de l’examiner et de la prendre en compte.

2. L’avancement des efforts fournis pour les guichets uniques et la généralisation de ces derniers.

Les guichets uniques sont conçus pour “simplifier les étapes administratives et pratiques liées à l’installation des médecins”⁸⁴. En rassemblant en un seul lieu toutes les différentes démarches administratives à réaliser, les médecins gagnent un temps précieux qui se transformera ensuite en temps médical. ReAGJIR et ISNAR-IMG soutiennent cette initiative de guichet unique et souhaitent que celle-ci soit poursuivie.

La précédente Ministre de la santé, Madame Stéphanie Rist, a entrepris un objectif de généralisation de ces guichets uniques⁸⁵. Les guichets uniques, si généralisés, deviendront de

⁸² *Ibid.*

⁸³ INSEE, Les médecins généralistes libéraux s’installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d’internat, *Insee Première*, novembre 2024, n°2024, 4p., [Consulté le 02/06/2026], disponible à l’adresse : <https://www.insee.fr/>

⁸⁴ L’ASSURANCE MALADIE, *Lancement officiel du Guichet Unique pour l’installation des médecins dans la Somme dès le mois d’avril 2025*, L’Assurance Maladie, 03/04/2025 [Consulté le 02/06/2026], disponible à l’adresse : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/>

⁸⁵ MINISTÈRES TRANSITION ÉCOLOGIQUE, AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, TRANSPORTS, VILLE ET LOGEMENT, *Installation des professionnels de santé : lancement d’une mission pour généraliser les guichets uniques départementaux d’accompagnement des professionnels de santé*, Ministères transition écologique,

véritables outils facilitant la coopération entre les acteurs médicaux et l'accompagnement de ces acteurs.

3. Les solutions de l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) pour l'accès aux soins⁸⁶.

D'une perspective étudiante, l'ANEMF, soutenue par le Syndicat des Internes en médecine de France (ISNI), a proposé ses propres solutions à l'accès aux soins. Ces solutions se déclinent en trois temporalités: le court terme, le moyen terme, et le long terme.

Sur le court terme, pour la libération du temps médical, l'ANEMF suggère une campagne de recrutement massif de secrétaires médicaux. Elle soutient aussi les mesures précitées figurant dans la proposition de loi ReAGJIR. L'ANEMF souhaite la mise en place de l'Assistanat Territorial (AT) d'un ou deux ans, s'exerçant dans les Centres Hospitaliers (CH) ou en ambulatoire⁸⁷. Selon l'Association nationale des étudiants en médecine de France, l'AT pourrait cibler entre 2 000 et 3 000 jeunes médecins par an⁸⁸.

Sur le moyen terme, par rapport au stade de la formation, l'ANEMF recommande d'améliorer la visibilité du CESP qui n'est encore que trop peu connu des étudiant.es. Malgré les aspects positifs du CESP, l'ANEMF considère que ce dispositif n'inclut pas un accompagnement suffisant de l'étudiant par l'ARS. Avec un suivi attentif, l'étudiant.e en médecine serait plus encouragé.e à s'installer de manière pérenne dans la région.

Dans le cadre de l'installation du médecin, l'ANEMF soutient aussi la généralisation des guichets uniques.

L'ANEMF aborde la solution de faire évoluer les métiers en repensant la collaboration entre les professionnels médicaux et paramédicaux, avec le patient au cœur de l'organisation des soins.

4. L'ASSEDEL met en lumière l'importance de la contribution de l'ISNI intitulée "Opposition des internes en médecine à la proposition de Garot" de mars 2025⁸⁹.

Dans cette contribution, l'ISNI soutient l'Assistanat Territorial et l'ouverture du docteur junior ambulatoire.

L'antenne alsacienne de l'ISNI, le Syndicat Autonome des Internes d'Alsace (SAIA), préconise de former davantage de praticiens et de développer l'assistanat territorial. Selon la présidente du SAIA, l'AT permettrait aux jeunes médecins de se projeter dans leur futur exercice avec la

aménagement du territoire, transports, ville et logement, 17/04/2026 [Consulté le 02/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.ecologie.gouv.fr/>

⁸⁶ ANEMF, *Note, Solutions de l'ANEMF pour l'accès aux soins*, ANEMF, 2025 [Consulté le 01/06/2026], 8p., disponible à l'adresse : <https://anemf.org/>

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ ISNI, *Opposition des internes en médecine à la proposition de Garot*, ISNI, 2025 [Consulté le 27/05/2026], 9p., disponible à l'adresse : <https://www.isni.fr/>

découverte d'un bassin de population, le commencement d'une activité libérale, tout en gardant une partie hospitalière et une meilleure rémunération.

5. Les trois axes de recommandations de l'ISNAR-IMG : l'amélioration du temps médical, la facilitation de l'installation des médecins avec les guichets uniques, et l'universitarisation des territoires.

L'ISNAR-IMG s'aligne à la proposition de loi ReAGJIR. L'ISNAR-IMG, pour améliorer l'accès aux soins suggère de rendre l'exercice libéral plus attractif en améliorant les conditions de travail, en valorisant l'exercice coordonné, et en formant les internes à la gestion, la comptabilité et au fonctionnement du libéral⁹⁰. Un aspect original dans les propositions de ce syndicat est la recommandation d'investissement dans la prévention. Ce point global met en exergue l'accès aux soins comme un véritable droit humain. L'ISNAR-IMG soutient qu'il est nécessaire, pour améliorer durablement l'accès aux soins, "de diminuer les besoins évitables de santé" en renforçant la prévention et l'éducation à la santé, en luttant contre les inégalités sociales, et en investissant dans la santé publique et le dépistage⁹¹.

6. Enrichir les paramètres mobilisés pour la mesure des déserts médicaux

Il est recommandé de reconsidérer l'usage de la notion de « déserts médicaux », qui constitue davantage un construit politico-administratif qu'une catégorie statistique stabilisée. Cette expression, apparue au milieu des années 2000, désigne la diminution de l'offre de soins dans certains territoires confrontés à une augmentation des besoins⁹². Elle recouvre en réalité une pluralité de situations hétérogènes, relevant à la fois des inégalités d'accès aux soins, des dynamiques territoriales de démographie médicale et de facteurs socio-économiques plus larges tels que le dépeuplement, l'attractivité territoriale, l'accès aux services publics ou encore l'emploi.

Dans cette perspective, il apparaît nécessaire de dépasser une approche binaire (sur-doté / sous-doté) et homogénéisante, afin de mieux appréhender la complexité des déterminants de l'accès aux soins. La littérature met en évidence la variabilité des dispositifs de zonage et leur évolution dans le temps, traduisant à la fois leur caractère adaptatif et certaines limites en matière de continuité méthodologique. Comme le souligne Chevillard⁹³, les modifications successives

⁹⁰ ISNAR-IMG, *Lecture de la Proposition de Loi Garot avant examen au Sénat le 11 juin 2026*, ISNAR-IMG, [Consulté le 21/05/2026], 6p., disponible à l'adresse : <https://www.ISNAR-img.com/>

⁹¹ *Ibid.*

⁹² VIE PUBLIQUE, Les déserts médicaux en quatre questions, Vie publique, 2 juillet 2025 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/>

⁹³ CHEVILLARD, LUCAS-GABRIELLI, MOUSQUÈS. "Medical deserts" in France: Current state of research and future trends, *L'Espace géographique* 47, no. 4 (2018): 362–380. [Consulté le 28/05/2025], disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>

des maillages territoriaux peuvent affecter la lisibilité des politiques publiques ainsi que leur cohérence temporelle.

Il est ainsi proposé d'enrichir les outils d'analyse existants, notamment l'accessibilité potentielle localisée (APL) et les découpages en bassins de vie, Territoires Vie Santé (TVS), afin d'intégrer des dimensions complémentaires permettant une appréhension plus fine des inégalités territoriales. Ces limites méthodologiques tiennent notamment à une granularité spatiale insuffisante, susceptible de lisser les disparités infra-territoriales et de conduire à une sous-estimation de certaines situations de tension localisée.

Dans ce cadre, l'intégration de l'accessibilité financière constitue un axe d'amélioration majeur. Les travaux de l'IRDES montrent en effet l'existence d'un gradient social dans l'accès aux soins spécialisés, fortement corrélé au niveau des dépassements d'honoraires. Les populations les plus modestes sont ainsi davantage exposées aux renoncements aux soins ou à une restriction de leur accès à l'offre spécialisée⁹⁴.

Par ailleurs, il apparaît nécessaire d'intégrer de manière plus systématique les comportements d'offre, notamment la possibilité de refus de soins ou de limitation d'activité, encore insuffisamment pris en compte dans les modèles actuels d'accessibilité. Enfin, l'ensemble de ces éléments plaide en faveur de la poursuite du développement des outils de zonage, afin d'en affiner la dimension territoriale et de mieux les adapter à l'expérience réelle des citoyennes et des citoyens. Dans cette perspective, il apparaît essentiel que les indicateurs mobilisés soient en mesure d'intégrer les contraintes de mobilité, notamment l'absence d'accès à la voiture. Par ailleurs, ces outils devraient également mieux prendre en compte les coûts financiers, en particulier ceux induits par l'absence de médecin traitant, susceptible d'accroître les inégalités d'accès effectif aux soins.

7. Privilégier les leviers d'attractivité et de formation à la régulation de l'installation

La France ne fait pas uniquement face à un problème de répartition territoriale des médecins, mais également à une insuffisance globale de l'offre médicale. Dans ce contexte, la régulation coercitive de l'installation apparaît comme une réponse partielle à un problème structurel plus large. Répartir une pénurie ne permet pas de la résorber.

Les comparaisons internationales fréquemment mobilisées pour justifier ce type de dispositif doivent être interprétées avec prudence. Les exemples du Danemark, de la Norvège ou de

⁹⁴ LUCAS-GABRIELLI, VÉRONIQUE, MARIE BONAL, CATHERINE MANGENEY, LAURE COM-RUELLE, ET CHRISTOPHE GOUSSET, *Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes : Proposition d'indicateurs*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé: Rapport no 597 (2025). p. 73 [Consulté le 03/06/2025], disponible à l'adresse: <https://www.irdes.fr/>

l'Allemagne reposent sur des systèmes de santé caractérisés par des niveaux de financement, des conditions d'exercice, une organisation territoriale des soins et des densités médicales qui diffèrent sensiblement du contexte français⁹⁵.

Ces expériences peuvent constituer des sources d'inspiration, mais ne sauraient justifier à elles seules une transposition normative. Par ailleurs, plusieurs effets indésirables sont susceptibles d'être associés à une régulation de l'installation. Celle-ci pourrait contribuer à détourner une partie des jeunes praticiens de l'exercice libéral, accélérer les départs vers le salariat ou vers l'étranger, fragiliser davantage l'attractivité de la médecine générale et accroître les contraintes administratives pesant sur les professionnels de santé. L'obligation de préavis pour modifier son lieu ou son mode d'exercice illustre notamment le risque d'alourdissement bureaucratique susceptible de réduire l'attractivité de l'exercice libéral.

À l'inverse, les données disponibles soulignent l'importance des déterminants territoriaux de la formation dans les choix d'installation. Le développement de formations médicales au sein des territoires, l'organisation préférentielle de stages en zones sous-denses dès le deuxième cycle, ainsi que la création de logements et d'internats ruraux constituent des leviers particulièrement prometteurs pour renforcer l'ancrage territorial des futurs praticiens.

Il apparaît également nécessaire de renforcer les dispositifs incitatifs existants, notamment en améliorant le Contrat d'engagement de service public (CESP), en développant des mécanismes d'aide financière ou de prêts conditionnés à l'exercice dans les territoires sous-dotés, tout en respectant les choix d'orientation initiaux des étudiants.

Enfin, des dispositifs de solidarité territoriale volontaire peuvent utilement contribuer à répondre aux besoins les plus urgents dans les territoires en tension, à condition qu'ils reposent sur une logique d'incitation et d'indemnisation, et non sur des mécanismes de sanction.

Dans cette perspective, il est recommandé de privilégier une stratégie fondée sur l'attractivité, la formation et l'amélioration des conditions d'exercice plutôt que sur une régulation coercitive de l'installation, dont les effets sur l'accès aux soins demeurent incertains et qui ne répond pas aux causes structurelles des tensions actuelles.

8. Structuration d'un dispositif de suivi des parcours des médecins pour un pilotage territorial et temporel des ressources humaines en santé

Afin d'agir efficacement sur l'offre de formation et sur la future implantation des médecins, l'intégration d'une double dimension territoriale et temporelle dans l'analyse des parcours des

⁹⁵ ISNI, *Contribution Opposition des internes en médecine à la proposition de loi Garot*, ISNI 2025 [Consulté le 01/06/2025], disponible à l'adresse: <https://isni.fr/>

professionnels de santé apparaît comme une approche particulièrement pertinente, en vue de favoriser une compréhension plus globale des dynamiques territoriales de l'installation.

C'est dans cette perspective que deux entretiens ont été menés auprès de médecins exerçant actuellement dans des établissements hospitaliers. Tous deux âgés d'une trentaine d'années et ayant suivi huit années d'études médicales, ils ont prolongé leurs études de deux années pour des raisons personnelles. Ils exercent aujourd'hui à l'hôpital : l'un en neurologie dans la région du Grand Est, où il vient d'être nommé chef de clinique ; l'autre en psychiatrie dans le Land de Bade-Wurtemberg, en Allemagne, où il poursuit sa formation de spécialiste. Le premier est né et formé en France ; le second, né en Turquie, a repris une partie de ses études en Allemagne.

Le médecin exerçant en Allemagne évoque notamment le parcours d'une collègue francophone ayant fait le choix de s'y installer. Selon son témoignage, cette dernière percevait l'apprentissage de la langue allemande comme une contrainte moindre que les démarches administratives et professionnelles requises pour intégrer le système de santé français. Cette perception renvoie à une différence souvent soulignée dans les trajectoires de médecins diplômés hors Union européenne, les procédures françaises étant généralement considérées comme plus longues et plus complexes que celles observées en Allemagne. Le témoignage rapporté ne semble d'ailleurs pas constituer un cas isolé. Une déclaration recueillie par Radio France fait écho à cette expérience : *“Sachant que de base je suis francophone, je suis au point où apprendre l'allemand serait plus simple et plus judicieux que d'essayer d'intégrer le système de santé français”*⁹⁶.

Le chef de clinique interrogé souligne quant à lui le rôle essentiel joué par les étudiants et les praticiens à diplôme hors Union européenne dans le fonctionnement quotidien des établissements de santé. Il considère ces derniers comme de véritables combattants qui luttent pour exercer dans des conditions équitables, alors qu'ils sont utilisés comme *“main-d'œuvre peu chère”*. Selon ses propos, *“L'hôpital, en état de déclin à la suite d'une politique décevante, ne tiendrait pas sans les faisant fonction d'interne (FFI). Pourtant, leurs difficultés ne sont pas entendues.”* Il exprime également le souhait d'une coopération renforcée entre les différents niveaux hiérarchiques de l'hôpital afin de mieux valoriser l'ensemble des compétences mobilisées dans les soins.

À cet égard, il convient de rappeler que les PADHUE ont longtemps été confrontés à des procédures de reconnaissance complexes et à des conditions d'emploi précaires. Plusieurs mobilisations, dont la grève de la faim menée en mars 2025 par 300 praticiens regroupés au sein de l'association Ipadecc, ont mis en lumière les difficultés persistantes liées à leur régularisation, à la reconnaissance de leur expérience et à leurs conditions d'exercice.

La loi du 30 mai 2025 portée par Yannick Neuder visait à améliorer certains aspects de ces procédures. Toutefois, les effets de cette réforme demeurent encore insuffisamment documentés.

⁹⁶ RADIO FRANCE. *Médecins étrangers et indispensables*, Radio France, 08/01/2025. [Consulté le 26/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/>

Il manque notamment des données permettant d'évaluer son impact sur les écarts de rémunération, les délais administratifs, les parcours de titularisation et la stabilité à moyen terme des praticiens concernés.

Il apparaît également urgent de développer des dispositifs de suivi des étudiants et médecins français engagés dans des parcours de formation ou d'exercice à l'étranger. L'analyse de ces trajectoires permettrait non seulement d'éclairer les mécanismes de mobilité internationale et les déterminants du retour en France, mais aussi de mieux appréhender les facteurs d'attractivité de destinations telles que la Roumanie, la Belgique ou certains territoires ultramarins. Une telle connaissance constituerait un levier essentiel pour l'élaboration de politiques de planification des ressources humaines en santé fondées sur des données probantes.

Dans un contexte où les politiques publiques cherchent à répondre aux enjeux de pénurie médicale, de continuité des soins et d'augmentation des capacités de formation, la mise en place d'outils de suivi, permettant d'analyser les parcours professionnels des médecins gagnerait à être renforcée. Elle pourrait notamment s'appuyer sur une double perspective spatiale et temporelle, déjà mobilisée dans l'analyse de l'accès aux soins. Une telle approche devrait intégrer les taux de réussite aux différentes étapes de qualification, les délais d'intégration dans le système de santé, les trajectoires de mobilité internationale et institutionnelle, ainsi que les déterminants de l'installation et du maintien des praticiens dans les territoires sur le long terme, notamment sur un horizon de dix ans.

9. Développer davantage les médicobus.

Parmi les dispositifs mis en place pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires sous-dotés, le médicobus apparaît comme une initiative intéressante. Il s'agit d'un cabinet médical itinérant, installé dans un véhicule aménagé, qui se déplace dans les communes rurales afin de proposer des consultations de médecine générale et, dans certains cas, des consultations spécialisées. Destiné en priorité aux patients sans médecin traitant ou rencontrant des difficultés d'accès aux soins, ce dispositif s'inscrit dans le cadre du plan France Ruralités, qui prévoyait le déploiement de 100 médicobus à l'échelle nationale.

Les premiers résultats observés sont encourageants. Dans l'Aube, le médicobus a déjà réalisé 345 consultations et permis à 174 patients de retrouver un médecin traitant⁹⁷. Dans le Finistère, plus de 200 patients ont été pris en charge en seulement deux mois et demi d'activité. Les professionnels de santé mobilisés soulignent également que certains patients n'avaient pas consulté depuis plus de vingt ans, voire trente ans pour certains cas⁹⁸. Ces résultats montrent que

⁹⁷ CANAL 32, *Medicobus : un cabinet médical sur roues contre les déserts médicaux* [en ligne], Canal 32, 16/03/2026, [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.canal32.fr/>

⁹⁸ RTL, *Un patient est venu après trente ans sans rendez-vous médical dans le Finistère : un « médicobus » contre les déserts médicaux* [en ligne], RTL, 03/03/ 2026, [Consulté le 06/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.rtl.fr/>

le médicobus répond à un besoin réel dans les territoires confrontés à la désertification médicale et permet de réintégrer dans le parcours de soins des personnes qui en étaient parfois éloignées depuis de nombreuses années.

Toutefois, leur développement reste limité par un manque de financement. Selon le directeur de l'UDAF (Union départementale des associations familiales) de la Loire, le médicobus ne fonctionne actuellement que trois jours par semaine faute de moyens suffisants, alors même que la demande est importante. Il apparaît donc nécessaire d'augmenter les financements alloués à ce dispositif et l'intégrer dans le droit commun de l'offre de soin afin de permettre son déploiement dans de nouveaux territoires et d'élargir l'activité de ceux déjà en place⁹⁹.

10. L'universitarisation des territoires

Lutter contre la répartition inégale des médecins doit nécessairement aller de pair avec une meilleure répartition territoriale de leur formation. En effet, les étudiants en médecine sont davantage susceptibles de s'installer dans les territoires où ils ont effectué une partie de leurs études ou de leurs stages. Dès lors, l'universitarisation des territoires pourrait être un levier pertinent pour lutter contre les déserts médicaux.

Cette stratégie pourrait notamment passer par la création d'antennes universitaires dans les territoires dépourvus de faculté de médecine et particulièrement touchés par les difficultés d'accès aux soins. Ces structures contribueraient à renforcer l'installation de professionnels de santé formés localement.

Elle passe également par le développement des stages en périphérie, en dehors des centres hospitaliers universitaires (CHU), au sein des structures de soins de proximité. L'ouverture de nouveaux terrains de stage dans les hôpitaux locaux, les centres de santé et les cabinets libéraux permettrait par ailleurs aux étudiants de découvrir d'autres modes d'exercice. Afin d'encourager ces expériences, les stages en zone rurale pourraient être rendus plus attractifs grâce à la prise en charge du logement ou à des aides au déplacement. Un « parcours rural¹⁰⁰ » intégré à la formation médicale et valorisé au sein des cursus pourrait également encourager davantage d'étudiants à envisager un exercice en zone sous-dotée.

⁹⁹ ICI SAINT-ÉTIENNE LOIRE, *Déserts médicaux : les médicobus fonctionnent mais manquent de financements, selon l'UDAF 42* [en ligne], ICI, 19/05/26, [Consulté le 05/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.ici.fr/emissions/>

¹⁰⁰ DOCNDOC, *Territoires ruraux : comment les faire découvrir aux internes ?* [en ligne], DOCNDOC, 04/02/2026, [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://docndoc.fr/>

Bibliographie

CHEVILLARD, LUCAS-GABRIELLI, MOUSQUÈS. “*Medical deserts*” in *France: Current state of research and future trends*, *L’Espace géographique* 47, no. 4 (2018): 362–380. [Consulté le 28/05/2025], Disponible à l’adresse: <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>

Code de la santé publique, article L. 1434-4, Version en vigueur au 29 décembre 2023. [Consulté le 28/05/2025], disponible à l’adresse: <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Sénat, *Dossier législatif : Améliorer l’accès aux soins dans les territoires*, Sénat, 21/05/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l’adresse : <https://senat.fr/>

ISNI. *Contribution Opposition des internes en médecine à la proposition de loi Garot*, ISNI 2025 [Consulté le 01/06/2025], disponible à l’adresse: <https://isni.fr/>

CROIX-ROUGE FRANÇAISE. *Rapport Résilience de la société française – Notre santé menacée : comment la proximité peut tout changer*, Croix-Rouge française. [Consulté le 25/05/2025], disponible à l’adresse: <https://www.croix-rouge.fr/>

HOYEZ, ANNE-CÉCILE. *L’accès aux soins des migrants en France et la culture de l’initiative locale. Une analyse des contextes locaux à l’épreuve des orientations nationales*, *Cybergeog* : *European Journal of Geography*, document 566 (2011). [Consulté le 24/05/2025], disponible à l’adresse: <https://shs.hal.science/halshs-03435081v1>

DREES. *Les établissements de santé en 2023*, Drees, 2025 [Consulté le 03/06/2026], 214p., disponible à l’adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

DREES. *Enquête nationale sur les urgences hospitalières – premiers résultats*. Drees, 2023. [Consulté le 06/06/2025], disponible à l’adresse: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

GOUVERNEMENT, *Pacte de lutte contre les déserts médicaux*, Gouvernement, 2025 [Consulté le 18/05/2026], 30p., disponible à l’adresse : <https://www.sante.gouv.fr/>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Baromètre de l’accès aux soins des Français*, Fédération hospitalière de France, 2026 [Consulté le 01/06/2026], 16p., disponible à l’adresse : <https://www.fhf.fr/>

VIE PUBLIQUE, *Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Vie publique, 23 juillet 2009 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/>

ALCIMED, *Accès aux soins en Outre-mer : quelles solutions ?* [en ligne], Alcimed, 12/12/2022 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.alcimed.com/>

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), *La santé dans les Outre-mer* [en ligne], CESE, janvier 2026 [Consulté le 19/05/2026], 194 p., disponible à l'adresse : <https://www.lecese.fr/>

FRANCEINFO, *Déserts médicaux : y a-t-il assez de médecins généralistes Outre-mer ?* [en ligne], Outre-mer la 1ère, France Télévisions, 25/04/2025, [Consulté le 19/05/2026], disponible à l'adresse : <https://la1ere.franceinfo.fr/>

FRANCE INFO LA 1ÈRE, *En Outre-mer, les déserts médicaux reculent* [en ligne], France Télévisions, 24/06/2025 [Consulté le 31/01/2026], disponible à l'adresse : la1ere.franceinfo.fr/

OUEST-FRANCE, *Reportage. À Mayotte, l'hôpital à l'agonie, les médecins en grève* [en ligne], Ouest-France, 11/06/2024 [Consulté le 31/05/2026], disponible à l'adresse : ouest-france.fr/

LES NOUVELLES CALÉDONIENNES, *Santé en Outre-mer : médecins, ophtalmologues ou sages-femmes, les professionnels de santé manquent à l'appel* [en ligne], Les Nouvelles Calédoniennes, 18/03/2024 [Consulté le 26/05/2026], disponible à l'adresse : lnc.nc

FRANCE INFO LA 1ÈRE, *Santé : où en est la médecine de ville à Mayotte ?* [en ligne], France Télévisions, 24/03/2025 [Consulté le 29/05/2026], disponible à l'adresse : <https://la1ere.franceinfo.fr/>

JIM, *Quand les Antillais partent se faire soigner dans l'Hexagone* [en ligne], Journal International de Médecine, 04/11/2025 [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.jim.fr/>

HARMONIE SANTÉ, *Fin du numerus clausus : quel impact sur les déserts médicaux ?*, Harmonie Santé, 05/09/2019, [Consulté le 21/05/2006], disponible à l'adresse : <https://www.harmonie-sante.fr/>

BÉRARD Émilie et VIGNERON Emmanuel, *En finir avec les déserts médicaux (III) : Pour une politique de santé globale : assurer le parcours de soins* [en ligne], Futuribles, n° 468, septembre-octobre 2025, p. 75-89, mis en ligne le 26/08/2025, [Consulté le 21/05/2026], disponible à l'adresse : <https://shs.cairn.info/>

LES ÉCHOS, *Pourquoi les déserts médicaux persistent malgré l'augmentation du nombre de médecins*, Les Échos, 04/08/2025, [Consulté le 27/05/2006], disponible à l'adresse <https://www.lesechos.fr/>

DIPLOMA SANTE, *Fin du numerus apertus : définition, suppression et impact pour les étudiants en santé*, Diploma Santé, 12/12/25, [Consulté le 27/05/2006], disponible à l'adresse : <https://diploma-sante.fr/>

VIE PUBLIQUE, *Loi Neuder : numerus apertus, études de médecine - 27 juin 2025* [en ligne], Vie publique, 27/06/2025, [Consulté le 25/05/2026], disponible à l'adresse: <https://www.vie-publique.fr>

MÉDECIN INFO, *Vieillesse des médecins : quel impact sur la désertification médicale ?* [en ligne], Médecin Info, 25/01/ 2026, [Consulté le 02/06/2006], disponible à l'adresse : <https://www.medecin-info.fr/>

MEDSCAPE FRANCE, *Démographie médicale : explosion du nombre de médecins retraités en activité* [en ligne], Medscape France, 12/06/2023, [Consulté le 02/06/2026], disponible à l'adresse : <https://français.medscape.com/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM), *Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2026, Tome 1* [en ligne], CNOM, mars 2026 [Consulté le 02/06/2006], 163 p., disponible à l'adresse: <https://www.conseil-national.medecin.fr>

AGIR EN GÉNÉRALISTE HÔPITAL ET LOCAL (AGHL), *Le fardeau invisible : au cœur de la charge administrative des médecins généralistes libéraux* [en ligne], AGHL, 02/10/2025, [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.aghl.fr/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (CNOM), *Étude sur l'installation des jeunes médecins* [en ligne], CNOM, 11/04/2019, [Consulté le 06/06/2026], 27 p. disponible à l'adresse : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>

REAGJIR, *Déterminants du projet professionnel des jeunes médecins généralistes* [en ligne], ReAGJIR, septembre 2024, [Consulté le 06/06/2026], 21p. disponible à l'adresse : <https://reagjir.org>

DOCNDOC, *Déserts médicaux : stratégies locales pour attirer des médecins* [en ligne], DOCNDOC, 03/03/2026, [Consulté le 06/06/2026], disponible à l'adresse : <https://docndoc.fr/medecins/>

VIE PUBLIQUE, *Les déserts médicaux en quatre questions*, Vie publique, 2 juillet 2025 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/>

LUCAS-GABRIELLI, VÉRONIQUE, MARIE BONAL, CATHERINE MANGENEY, LAURE COM-RUELLE, ET CHRISTOPHE GOUSSET, *Inégalités spatiales d'accessibilité aux*

médecins spécialistes : *Proposition d'indicateurs*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé: Rapport no 597 (2025). p. 73 [Consulté le 03/06/2025], disponible à l'adresse: <https://www.irdes.fr/>

RADIO FRANCE. *Médecins étrangers et indispensables*, Radio France, 08/01/2025. [Consulté le 26/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, *Comment candidater au CESP ?*, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 03 octobre 2024 [Consulté le 12/06/2025], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

AGENCE DE SERVICES ET DE PAIEMENT, *Contrat d'engagement de service public (CESP)*, Agence de services et de paiement, 20 mai 2026 [Consulté le 20/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.asp.gpouv.fr/>

PAPS ILE-DE-FRANCE, *Une bourse pour vos études grâce au CESP*, PAPS Ile-de-France, 27 janvier 2026 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/>

CENTRE NATIONAL DE GESTION, *Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie, campagnes 2010/2011 à 2023/2024*, Central national de gestion, 2025 [Consulté le 13/05/2026], 38p., disponible à l'adresse : <https://www.cng.sante.fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, *Un pacte pour lutter contre les déserts médicaux*, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 21/12/2021 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

MG FRANCE, *Praticien territorial de médecine générale*, MG France, 23/03/2014 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.mgfrance.org/>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Pacte territoire santé*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2015 [Consulté le 18/05/2026], 43p., disponible à l'adresse : <https://www.social-sante.gouv.fr/pts>

GOUVERNEMENT, *5 000 maisons "France santé" d'ici à 2027*, Gouvernement, 15/09/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://info.gouv.fr/>

L'ASSURANCE MALADIE, *La téléconsultation*, L'assurance maladie, 21/01/2026 [Consulté le 20/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Ma santé 2022 : un engagement collectif*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 18/09/2018 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire - DGOS - janvier 2026*, Ministère de la santé et de la prévention, 01/2026 [Consulté le 19/05/2026], disponible à l'adresse : <https://www.arcgis.com/>

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, *Les communautés professionnelles territoriales de santé*, Agence régionale de santé, 11/07/2025 [consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://ars.sante.fr/>

DOCNDOC, *Fin du Numerus Apertus : quel avenir pour la Médecine ?*, Docndoc, 17/06/2025 [consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://docndoc.fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Le medicobus : une démarche "d'aller vers" les patients éloignés des soins dans les territoires ruraux*, Ministère de la santé et de la prévention, 17/05/2024 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

VIE PUBLIQUE, *Loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023*, Vie publique, 24/12/2022 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://vie-publique.fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES FAMILLES, DE L'AUTONOMIE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, *Pacte de lutte contre les déserts médicaux : 151 zones prioritaires identifiées pour la mise en oeuvre de la mission de solidarité obligatoire des médecins libéraux*, Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 21/07/2025 [Consulté le 13/05/2026], disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/>

VIE PUBLIQUE, *Loi du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation*, Vie publique, 28/06/2025 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://vie-publique.fr/>

CNER, *Loi sur les déserts médicaux : la régulation des médecins toujours en discussion*, CNER, 08/04/2025 [Consulté le 12/05/2026], disponible à l'adresse : <https://cner-france.com/>

Sénat, *Dossier législatif : Lutter contre les déserts médicaux*, Sénat, 28/05/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://senat.fr/>

LCP, *Déserts médicaux : l'Assemblée adopte la proposition de loi qui prévoit de réguler l'installation des médecins*, LCP, 08/05/2025 [Consulté le 18/05/2026], disponible à l'adresse : <https://lcp.fr/>

CANAL 32, *Médicobus : un cabinet médical sur roues contre les déserts médicaux* [en ligne], Canal 32, 16/03/2026, [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.canal32.fr/>

RTL, *Un patient est venu après trente ans sans rendez-vous médical dans le Finistère : un « medicobus » contre les déserts médicaux* [en ligne], RTL, 03/03/ 2026, [Consulté le 06/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.rtl.fr/>

ICI SAINT-ÉTIENNE LOIRE, *Déserts médicaux : les medicobus fonctionnent mais manquent de financements, selon l'UDAF 42* [en ligne], ICI, 19/05/26, [Consulté le 05/06/2026], disponible à l'adresse : <https://www.ici.fr/emissions/>

DOCNDOC, *Territoires ruraux : comment les faire découvrir aux internes ?* [en ligne], DOCNDOC, 04/02/2026, [Consulté le 04/06/2026], disponible à l'adresse : <https://docndoc.fr/>