

Proposition 16 — Réformer les aides à l'installation médicale en ZIP

Synthèse éditoriale établie à partir de la page HTML fournie. Les montants et calendriers reproduisent les hypothèses présentées sur cette page.

Pourquoi agir ?

- Une hausse nationale qui ne résout pas les écarts : La DREES compte 242 200 médecins actifs début 2026, soit 12,2 % de plus qu'en 2012. Cette progression inclut toutes les spécialités et tous les modes d'exercice : elle ne signifie pas que chaque village dispose d'un généraliste accessible.
- Une baisse de l'offre accessible : Selon la DREES, l'accessibilité potentielle aux généralistes est passée de 3,8 consultations annuelles par habitant en 2015 à 3,3 en 2024. Cet indicateur estime une offre accessible, et non les rendez-vous réellement obtenus.
- Un fossé entre territoires : En 2024, les 10 % d'habitants les moins bien dotés ont une accessibilité moyenne de 1,3 consultation par an, contre 5,7 pour les 10 % les mieux dotés : un rapport de 4,3. Une moyenne nationale masque donc des situations très différentes.
- Des zones durablement fragiles : La proportion d'habitants vivant dans des territoires sous-dotés en généralistes est passée de 3,8 % à 5,7 % entre 2015 et 2018 selon une étude DREES. Cette mesure historique ne doit pas être confondue avec le zonage ZIP actuel.
- Des conséquences quotidiennes : Dans une commune où les cabinets refusent de nouveaux patients, une personne diabétique peut devoir se déplacer pour ses contrôles. Une prime d'installation ne suffit pas si le médecin n'a ni secrétariat, ni collègues, ni locaux adaptés.
- Mesurer une amélioration réelle : La cible de 3 000 entrées par an doit être confrontée aux départs, au temps de consultation et aux patients effectivement suivis. Déplacer un médecin d'une commune fragile à une autre ne crée pas automatiquement une offre supplémentaire.

Ce que nous apprend l'Histoire

- Des choix de formation aux effets différés : Le numerus clausus a longtemps limité les admissions en médecine. Ses effets sur le nombre de praticiens se font sentir avec plusieurs années de décalage, car la formation est longue et les départs à la retraite ne sont pas immédiatement remplacés.
- 2012 : un point de comparaison : En remontant la série DREES, la hausse totale des médecins atteint 12,2 % entre 2012 et 2026. Mais l'augmentation globale cache des trajectoires différentes entre généralistes, spécialistes, salariés et libéraux.
- 2015 à 2022 : une accessibilité en recul : La DREES estime l'accessibilité aux généralistes à 3,8 consultations par habitant en 2015 et à 3,3 en 2022. Cette baisse reflète notamment le temps médical disponible, les besoins de population et la répartition des cabinets.
- 2018 à 2024 : des généralistes moins nombreux : La DREES observe une baisse moyenne de 0,5 % par an des effectifs de généralistes entre début 2018 et début 2024, avec un effet partiel des changements de classement de certaines spécialités. Une reprise apparaît ensuite.
- 2025 et 2026 : une reprise à interpréter : Le nombre de généralistes atteint 100 000 début 2025 puis 101 000 début 2026, soit environ 1 % de hausse annuelle. Ces effectifs ne garantissent pas une amélioration immédiate des rendez-vous dans les ZIP.
- La leçon des décennies précédentes : Les politiques d'installation doivent tenir compte des retraites, des conditions d'exercice et du temps médical. Par exemple, financer un secrétariat peut libérer des consultations, tandis qu'une prime seule peut déplacer l'offre sans augmenter son volume.

Ce qui existe aujourd'hui

- Un ciblage territorial déjà organisé : Les agences régionales de santé délimitent des zones d'intervention prioritaire (ZIP). Ce zonage permet de concentrer certaines aides, mais ne mesure pas à lui seul les patients nouvellement suivis ou la durée de présence des médecins.
- Des primes nouvelles en 2026 : L'Assurance maladie prévoit pour les nouveaux bénéficiaires une aide de 10 000 € en ZIP et de 5 000 € en zone d'action complémentaire, accompagnée de majorations territoriales. Les anciens contrats continuent selon leurs engagements.
- 53,1 M€ pour les contrats démographiques : Selon la Cour des comptes, quatre contrats de l'Assurance maladie représentaient 53,1 M€ en 2023 pour environ 4 800 bénéficiaires. Ce chiffre mesure des dépenses et bénéficiaires, pas autant d'installations nettes supplémentaires.
- 32,9 M€ pour les étudiants engagés : La Cour des comptes recense 32,9 M€ versés en 2023 à environ 2 000 étudiants dans le cadre du CESP, contre environ 170 installations d'anciens bénéficiaires cette année-là. Les bénéficiaires financés et les installations ne correspondent pas à la même cohorte.
- Des aides difficiles à évaluer : La Cour des comptes décrit un empilement de dispositifs, une information parfois peu lisible et des contrôles insuffisants. Les coûts engagés ne prouvent donc pas, à eux seuls, un gain durable d'accès aux soins.
- Une réforme à articuler avec l'existant : Il faut préserver les droits déjà signés et éviter de financer deux fois les mêmes dépenses. Pour un cabinet aidé, le suivi devrait indiquer sa date d'ouverture, le nombre de patients pris en charge et sa présence trois puis cinq ans après.

Ce que nous proposons

- Cibler les installations utiles : Réserver le nouveau parcours aux premières installations ou aux implantations qui augmentent réellement l'accès aux soins dans une ZIP. Un simple changement d'adresse sans offre supplémentaire ne suffirait pas.
- Récompenser la fidélité : Verser une prime annuelle progressive, après contrôle de l'activité effective : 8 000 € la première année, puis 12 000 €, 16 000 €, 20 000 € et 24 000 €. Le total peut atteindre 80 000 € sur cinq ans, sous conditions publiées.
- Aider le cabinet à fonctionner : Prévoir jusqu'à 20 000 € de dépenses justifiées : 8 000 € pour le cabinet et le numérique, 8 000 € pour le secrétariat ou l'assistance, 4 000 € pour la coordination. Une même facture ne serait jamais financée deux fois.
- Permettre la mobilité raisonnable : Un médecin pourrait passer d'une ZIP à une autre sans perdre automatiquement ses droits. Une interruption justifiée serait traitée selon des règles transparentes ; les sommes indûment perçues pourraient être récupérées de façon proportionnée.
- Ouvrir des coopérations volontaires : Étudier jusqu'à 400 parcours annuels avec des pays hors Union européenne, en finançant langue médicale, adaptation et tutorat. Chaque accord devrait protéger les systèmes de santé partenaires et respecter les autorisations françaises.
- Suivre les résultats concrets : Publier chaque année les installations, les départs, les patients suivis, le temps de consultation et les dépenses. Comparer les ZIP aidées avec des territoires comparables et corriger le dispositif si les habitants ne constatent aucune amélioration.

Calendrier de mise en œuvre

Repère : année n = première année d'application, après adoption des textes et ouverture des crédits ; aucune date civile n'est présumée.

- Avant l'année n : préparer sans promettre : Définir les ZIP éligibles, vérifier les dépassements d'honoraires servant de base à la contribution, recenser les anciens contrats et consulter les médecins, l'Assurance maladie, les collectivités et les pays partenaires. Préparer le texte et son étude d'impact.

- Année n : premier lancement : Après adoption des règles et vote des crédits, ouvrir une première cohorte cible de 3 000 installations. Verser les premières primes après vérification, financer les frais de démarrage éligibles et mettre en place le suivi. Dépense indicative : 104 M€.
- Année n+1 : ajuster les démarches : Accueillir une deuxième cohorte de 3 000 médecins, soit 6 000 entrées cumulées avant départs. Contrôler l'ouverture des cabinets, les justificatifs et les délais d'installation. Dépense indicative : 140 M€.
- Année n+2 : évaluer à mi-parcours : Viser 9 000 entrées cumulées et réaliser une évaluation indépendante : les patients trouvent-ils plus facilement un médecin ? Les communes voisines perdent-elles des praticiens ? Dépense indicative : 188 M€.
- Années n+3 et n+4 : décider : Viser respectivement 12 000 puis 15 000 entrées cumulées, sous réserve de candidats et de crédits. Dépenses indicatives : 248 M€ puis 320 M€. Décider ensuite d'une prolongation, d'une réduction ou d'un arrêt des nouvelles cohortes.
- Années n+5 à n+8 : honorer les engagements : Même si les entrées s'arrêtent après n+4, les primes déjà promises restent à payer : 216 M€, 180 M€, 132 M€ puis 72 M€ selon le scénario. Ces 600 M€ doivent être anticipés dès le lancement.

Combien ça coûte ? Comment on finance ?

- Distinguer dépenses et engagements : Le programme de cinq cohortes représenterait 1 milliard d'euros de paiements entre n et n+4 : 600 M€ de primes, 300 M€ d'appui matériel, 75 M€ de coopération et 25 M€ de gestion et contrôle.
- Ne pas oublier les années suivantes : Les primes augmentent avec l'ancienneté. Après n+4, 600 M€ resteraient dus aux cinq cohortes. Le coût complet serait donc de 1,6 milliard d'euros, et non de 1 milliard.
- Créer une recette à confirmer : La mesure envisage une contribution de 5 % sur les dépassements d'honoraires réellement encaissés. Sur une assiette indicative de 4,5 milliards d'euros en 2024, le calcul théorique donne 225 M€ par an. Ce n'est pas une recette garantie.
- Assumer le besoin complémentaire : À partir de n+4, la dépense annuelle du scénario atteint 320 M€. Même avec 225 M€ de recettes, il manque 95 M€ cette année-là. Ce montant doit être voté ou redéployé après vérification, et non présenté comme déjà financé.
- Tester les recettes moins favorables : Si le rendement réel était inférieur de 10 %, la contribution rapporterait 202,5 M€ et l'écart annuel serait de 117,5 M€ à 320 M€ de dépenses. Les lois de financement devront prévoir une marge de sécurité.
- Protéger les contrats existants : Les crédits du CESP et des anciens contrats CNAM ne sont pas une cagnotte libre. Toute transition doit respecter les droits acquis et éviter les doubles paiements. Faute de financement confirmé, ralentir les nouvelles entrées plutôt que supprimer des primes déjà dues.