

INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES

CONTRIBUTION

ACCES AUX SOINS : UNE REPONSE POUR LES TERRITOIRES PAR LES TERRITOIRES

JANVIER 2025

SOMMAIRE

I. « Tous les territoires sont des déserts médicaux ».....	9
A. Question : Qu'est-ce qu'un désert médical ? Quelle partie de la population a le moins accès aux soins ?.....	9
B. Question : La régulation à l'installation est-elle la solution ?	12
C. Question : Les incitations financières marchent-elles ?	17
D. Question : Quels sont les facteurs de rétention ?	18
E. Question : Est-ce que les médecins issus des zones sous denses y restent plus souvent ? Qu'en est-il de ceux y étant passé en stage de formation?	19
F. Question : A quel point ce programme est-il efficace ?	20
G. Question : A-t-on des exemples de tout ça ?	21
II. ANNEXES	24
A. ANNEXE 0 :	24
B. ANNEXE 1	25
C. ANNEXE 2 :	26
D. ANNEXE 3 :	27
E. ANNEXE 4 :	28

LES POINTS CLÉS

En matière d'accès aux soins, le véritable enjeu n'est pas seulement d'être à proximité d'un médecin, mais plutôt de pouvoir obtenir une consultation rapidement. L'objectif doit être de cibler en priorité **les 5,3 millions d'habitants (APL est inférieure à 2,5 consultations/an/habitant)** qui sont les plus en difficulté en matière d'accès aux soins. Environ 1,7 million de personnes font parties des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs kinésithérapeutes. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux.

L'augmentation de **la démographie médicale** à elle seule ne suffira pas à réduire les inégalités d'accès aux soins. Bien que cela constitue un levier d'action, **ce n'est pas une solution unique.** (voir page 8). Il est important de s'intéresser aux facteurs associés à **l'installation** et à la **rétenion** des médecins en zone sous dense pour **accompagner l'augmentation de la démographie médicale de mesures permettant un meilleur accès au soin dans ces territoires.** (voir page 14)

Il est crucial de ne pas compromettre cette augmentation de la démographie médicale par des **mesures de régulation à l'installation trop précoce.** La **régulation à l'installation** ne constitue pas une réponse suffisante à l'amélioration du maillage territorial et pourrait même avoir des effets délétères à moyen et long terme. (voir page 9-12)

Il est primordial de réfléchir à des actions permettant un engagement pérenne dans ces territoires.

Les études, ainsi que les exemples de l'étranger, nous poussent à promouvoir la création d'un **programme d'incitation et de formation à l'exercice de la médecine en zone sous dense.** (voir page 15-17)

Un des piliers méthodologiques de ces programmes est **de promouvoir l'accessibilité aux études de médecine de jeunes issus de ces territoires** « APL <2,5 cslt/an/hab ».

En plus de ce programme, il est nécessaire de continuer à **améliorer la qualité de vie à l'hôpital et lutter contre les violences.** Il est nécessaire de poursuivre ces objectifs pour **rendre à la France son attractivité par rapport aux autres pays Européens.**

La place des internes, et des étudiants en médecine de manière générale, dans l'accès au soin doit se voir de manière structurée avec une vision sur le long terme. **Nous sommes formellement opposés à des mesures bâclées et coercitives,** connue pour être peu efficace, qui n'apprécieraient pas l'aspect temporel et de formation nécessaire à une réponse durable.

Parmi ces actions, **il est primordial de revoir le système de zonage actuel basé sur l'accessibilité potentielle localisée et les bassins de vies (TVS – Territoire Vie Santé) utilisé pour les autres professions de santé.** Ce système de zonage présente des limites claires, il ne permet pas une analyse fine du maillage territorial et expose à une accentuation des inégalités locales. L'exemple de **la ville de Nice**, à la différence de Paris et Marseille où le zonage se fait par arrondissement. A Nice, l'ensemble de la commune est considéré comme un territoire dit « sur dotés », ainsi le système de zonage des chirurgiens dentistes (identique à celui qui est utilisé pour les médecins) interdit une installation dans les quartiers populaires (quartier de l'Ariane et des Moulins) où le manque de professionnels de santé est important. **C'est un exemple concret de mesure coercitive qui aggraverait les inégalités locales.**

L'ISNI porte la création d'un **programme spécifique visant l'amélioration de l'accès aux soins avec comme principal objectif de répondre aux besoins des zones les moins dotées** (APL < ou égal à 2,5 consultations / an / hab ou territoire vie santé 6–8% de la population), qui doit avoir comme caractéristiques :

- Un support logistique et une aide à l'intendance pour les **étudiants issus des zones déficitaires.**
- La création d'un curcus d'incitation et de formation à la pratique en zone sous dense :
 - **Sans aucune mesure coercitive.**
 - **La réalisation, préférentielle, non obligatoire, de stage en zone sous dense dès le deuxième cycle.**
 - **La possibilité de suivre les enseignements au sein d'antennes universitaires départementales afin de ne pas rompre avec leur lieu de vie antérieur pour certain et découvrir les territoires sous denses pour d'autres.**
 - Facilitation de leur internat au sein de leur bassin de vie d'origine.
 - Création d'un projet professionnel et participation aux initiatives locales de coordination des soins (MSP / CPTS).
 - La possibilité de demander **une aide financière** à rembourser totalement ou partiellement sous forme de prêt / **l'amélioration du CESP** avec le respect des choix initiaux des étudiants s'engageant à exercer en zone sous dense_
 - **La possibilité dès le troisième cycle des études d'effectuer une Docteur Junior ambulatoire (DJA) pour toutes les spécialités, notamment autres que médecine générale**
 - L'articulation du **DJA** avec un Assistanat Territorial et la **formation de MSU/médecin accueillant.**

➔ **Il est important de mettre en place rapidement ce cursus pour que son effet soit cumulatif à l'augmentation de la démographie médicale attendue vers 2032.**

Communiqué de presse



La crise de l'accès aux soins en France appelle à la création rapide d'un assistantat territorial

Paris le 9 janvier 2025 - **Une grande partie du territoire français constitue des zones médicalement sous-denses. Aussi, nous proposons une solution pour un meilleur accès aux soins, celle centrale de l'assistantat médical.**

Rappelons le contexte : Une étude récente de l'INSEE ([Insee première, n°2024, novembre 2024](#)), qui va dans le sens de la littérature scientifique internationale, montre que les médecins généralistes s'installent le plus souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat. Il convient donc de permettre aux étudiants de réaliser des stages à distance du CHU et de la faculté. Pour cela, il faut former des maîtres de stage universitaires (MSU) et des professeurs associés ou titulaires qui animent des antennes universitaires territoriales et assurent un encadrement de qualité. Ces stages en zones sous-denses doivent être accessibles à tout moment des études médicales, notamment, concerner les étudiants de deuxième cycle (voire même ceux de deuxième et de troisième année).

Également, la mise en place d'un « docteur junior ambulatoire » peut participer à cet objectif en favorisant la découverte de l'exercice médical en « territoire sous-dense ». Cette proposition a, cependant, l'inconvénient de reposer sur des étudiants et donc d'être bridée par la nécessité d'assurer un encadrement médical, rare ou inexistant dans les zones « médicalement sous-denses ».

Un assistantat territorial

Nous proposons ici, collectivement, d'aller plus loin et de mettre en place **un assistantat territorial**, sur la base du volontariat, d'une durée d'une ou deux années.

L'assistantat territorial, aurait de nombreux avantages :

- Il repose sur des médecins ayant fini leur formation (thèse et diplôme de DES validés) et donc ne nécessitant pas d'encadrement, même si un lien avec l'équipe universitaire de référence doit être entretenu dès leur début de carrière
- Il doit être articulé avec la fin de l'internat pour permettre un *continuum* lors la phase de « docteur junior » (phase d'autonomisation progressive des étudiants dans la phase finale de leur internat). Il ouvre la porte au recrutement de futurs maîtres de stage universitaires pour encadrer la phase de « docteur junior » ambulatoire, en zone sous-dense, les assistants territoriaux étant des maîtres de stage universitaire (MSU) en devenir
- Il correspond à une période de post-internat immédiat pendant laquelle les jeunes médecins sont très majoritairement remplaçants
- Il peut être rapidement mis en œuvre et mettre potentiellement à disposition de la population plusieurs milliers de médecins pour intervenir dans les zones sous-denses
- Il doit concerner la grande majorité des disciplines médicales car les difficultés d'accès aux soins ne concernent pas que la médecine générale

- Il doit se construire dans le cadre d'un contrat « gagnant – gagnant » avec les jeunes médecins concernés, avec des mesures d'accompagnement à négocier avec les collectivités territoriales : facilités de transport, soutien aux jeunes parents (garde des enfants, scolarisation), accompagnement du médecin et de sa famille (accès aux infrastructures de loisirs, culturelles et sportives, facilité de logement, mise à disposition de l'outil de travail, aide à l'installation, guichet unique départemental d'accompagnement à l'installation ...)

Une mesure attractive

Les promotions d'internes étant déjà supérieures à 8 000/an et estimées à 10 500/an à partir de 2026, l'impact de cet assistantat sur l'accès aux soins peut être rapide, s'il est attractif :

- Pour les médecins souhaitant avoir un exercice libéral (environ 60 % des médecins formés), **l'assistantat territorial** donnerait accès à des droits comparables à ceux des assistants hospitaliers dès la fin de la première année effectuée. Ces médecins doivent pouvoir bénéficier du contrat de début exercice. Pour ceux qui souhaiteront prolonger sur une deuxième année, cela leur donnerait le droit au titre d'« ancien assistant » à une prime d'exercice territorial et à la possibilité de continuer à bénéficier de l'accès au contrat de début exercice pendant cette deuxième année
- Pour les médecins souhaitant avoir un exercice hospitalier, la réalisation de cet assistantat en milieu hospitalier sous-dense (CHG) leur donnerait la possibilité d'entrer dans la carrière de praticien hospitalier (PH), avec un échelon supérieur à ceux ne l'ayant pas fait (troisième échelon pour la première année et quatrième échelon pour la deuxième année). Le titre d'ancien assistant et la prime d'exercice territorial devraient, de même, leur être accordés. L'ancienneté acquise devrait être prise en compte pour leur retraite.

Incitation à l'installation

Nous rappelons que nous ne sommes pas favorables à des mesures contraignantes sur l'installation car elles sont inefficaces en période de pénurie et facilement contournables.

Ainsi, nous proposons des mesures fondées sur la formation et l'encadrement en territoire sous-dense, propositions qui ont déjà prouvé leur efficacité à l'étranger dans la littérature sur le sujet.

Notons, cependant, que les chefs de clinique-assistants des hôpitaux (CCU-AH) devront bénéficier des mêmes avantages que les assistants territoriaux, afin de maintenir l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires qui sont la clé de voute du système de la formation médicale et de la recherche biomédicale.

Ainsi, ensemble, nous pensons que l'assistantat territorial permettra, dans le cadre d'un contrat gagnant-gagnant avec les jeunes médecins, d'apporter une solution rapide au problème de la démographie médicale.

Pr Benoit Veber
Président de la Conférence des Doyens de médecine (CDD)

Dr François Arnault
Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Killian L'Helgouarc'h et Thomas Citti
Président et Vice-Président de L'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI)

Lucas Poittevin
Président de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF)

Ce cursus doit s'accompagner de mesures globales d'accès aux soins et de qualité de vie au travail :

*** : spécifique au cursus (réponse à moyen terme)**

° : réponse à court terme à l'accès au soin

1. **Avant** les études :

- a. ° Être favorable au développement d'initiatives locales dès le lycée pour augmenter l'attractivité et vulgariser les métiers de la santé (ex : option santé Occitanie)
- b. * Soutenir les étudiants issus des zones sous-denses en leur offrant une aide pour l'intendance quotidienne (bourses, logement, transport, etc.) durant leur formation en LASS/PASS.

2. **Pendant** les études :

- a. Créer un parcours de réflexion et d'apprentissage du projet d'installation professionnel pour tous les internes :
 - i. ° Une journée d'information sur les différentes opportunités possibles lors de l'installation médicale dont une spécifique sur les « zones sous dotées »
 - ii. ° Favoriser l'accompagnement personnalisé de l'étudiant afin de l'aider à développer sa réflexion autour de son projet professionnel (choix de spécialité, mode et lieu d'exercice, exercice mixte...)
 - iii. ° Sensibiliser à l'économie de la santé et aux outils nécessaire à l'installation médicale (fiscalité, entrepreneuriat etc)
 - iv. * Développement d'un projet professionnel avant la fin de l'externat pour ceux souhaitant s'installer en zone sous dense
 - v. * Accompagnement personnalisé (revenu du praticien, qualité de vie, qualité de vie au travail, impact sur le conjoint et la famille...) tout au long des études de médecine
- b. Limitier les arrêts des études en améliorant les conditions d'études :
 - i. ° Élargissement des indemnités transports et logement à tous les stages dans les territoires, pas seulement ambulatoire
 - ii. ° **Décompte et respect du temps de travail des internes tel que défini dans la loi (article R6153-2 du code de santé publique)**
 - iii. ° **Lutte contre toute forme de violence au travail (harcèlement moral, violences sexistes et sexuelles)**
 - iv. ° Rendre effectif les aménagements de stages pour raisons de santé (handicap, situation de fragilités...)

- c. Faire des antennes universitaires des lieux de vie et de rencontre des internes avec le territoire :
 - i. ◦ Développer les antennes universitaires locales au niveau départemental permettant d'organiser la formation, le suivi et l'accompagnement des étudiants (logement, lieux de coworking, self...) de manière délocalisée
 - ii. * Favoriser les stages en périphérie de ces antennes universitaires que ce soit pour le deuxième ou le troisième cycle et de tout mode d'exercice (libéral, salarié...)
- d. Encourager et valoriser les engagements personnels d'accès aux soins :
 - i. ◦ Rétrocession de la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoire) en zone sous dense à 100% pour les internes lors du Docteur Junior
 - ii. * Émoluments de base majoré pour les internes, notamment les Docteurs Juniors, qui effectuent un stage en zone APL < 2,5
- e. ◦ Encourager le retour des étudiants en médecine français formés à l'étranger en augmentant l'attractivité des études de médecine en France (temps de travail, VSS, émoluments de base, statut de l'interne) et en réfléchissant à un système de retour favorisé
- f. ◦ Régularisation des PADHUE par l'accès à une formation standardisée et aux ressources pédagogiques proposées au sein du DES choisi au même titre que les étudiants de troisième cycle en France

3. **Après** les études :

- a. Optimisation du temps médical :
 - i. ◦ Continuer de développer les exercices en groupe (MSP, centres de santé, consultations avancées dans les hôpitaux de proximités) et de l'amélioration du lien ville-hôpital
 - ii. ◦ Lever les freins à l'exercice mixte public/privé et entre les différentes structures d'exercice possible
 - iii. ◦ Favoriser l'augmentation du nombre d'assistants médicaux
 - iv. ◦ Soulager les médecins libéraux des tâches non strictement médicales en simplifiant les démarches administratives
 - v. ◦ Mettre le numérique au service du transfert facilité de l'information et du suivi du patient
 - vi. ◦ Développer des cabinets médicaux mobiles connectés
 - vii. ◦ Réflexion sur les nouveaux métiers de la santé et leur place dans le système de soin
- b. ◦ Faire de la prévention et l'éducation thérapeutique des maladies un élément essentiel de la santé de demain
- c. ◦ Favoriser le développement des HAD
- d. ◦ Mise en place de la convention médicale 2024 et réévaluation de son efficacité à distance

I. « Tous les territoires sont des déserts médicaux »

A. Question : Qu'est-ce qu'un désert médical ? Quelle partie de la population a le moins accès aux soins ?

Actuellement, 84 % de la population française vit dans une commune où exerce un médecin généraliste, 90 % des Français peuvent consulter un médecin généraliste en moins de 10 minutes et 75 % de la population accède à un spécialiste en moins de 20 minutes.

Toutefois, en matière d'accès aux soins, le véritable enjeu n'est pas seulement d'être à proximité d'un médecin, mais plutôt de pouvoir obtenir une consultation rapidement.

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) mesure le nombre de consultations disponibles par an et par habitant. Selon cette mesure, 8,1 % de la population générale bénéficie de moins de 2,5 consultations par an (ce chiffre atteint 12,4 % si l'on exclut les médecins de plus de 65 ans). **Cela concerne donc environ 9 000 communes et 5,3 millions de personnes qui sont confrontées à une faible accessibilité aux soins.**

Parmi les territoires présentant une faible accessibilité, deux scénarios se distinguent :

- Des communes sous-dotées dans des territoires vie-santé confrontés à une offre de soins insuffisante ou susceptible de le devenir à court terme. Dans ce cas, il est nécessaire de favoriser l'installation de nouveaux médecins.
- Des communes sous-dotées mais situées dans des territoires où l'offre de soins globale n'est pas déficitaire. Ici, les problèmes d'accessibilité sont localisés. La réponse adaptée consiste à réorganiser la présence médicale au sein du territoire en mobilisant des leviers autres que les incitations à l'installation, tels que les nouvelles technologies ou la coopération entre les professionnels de santé.

Réponse :

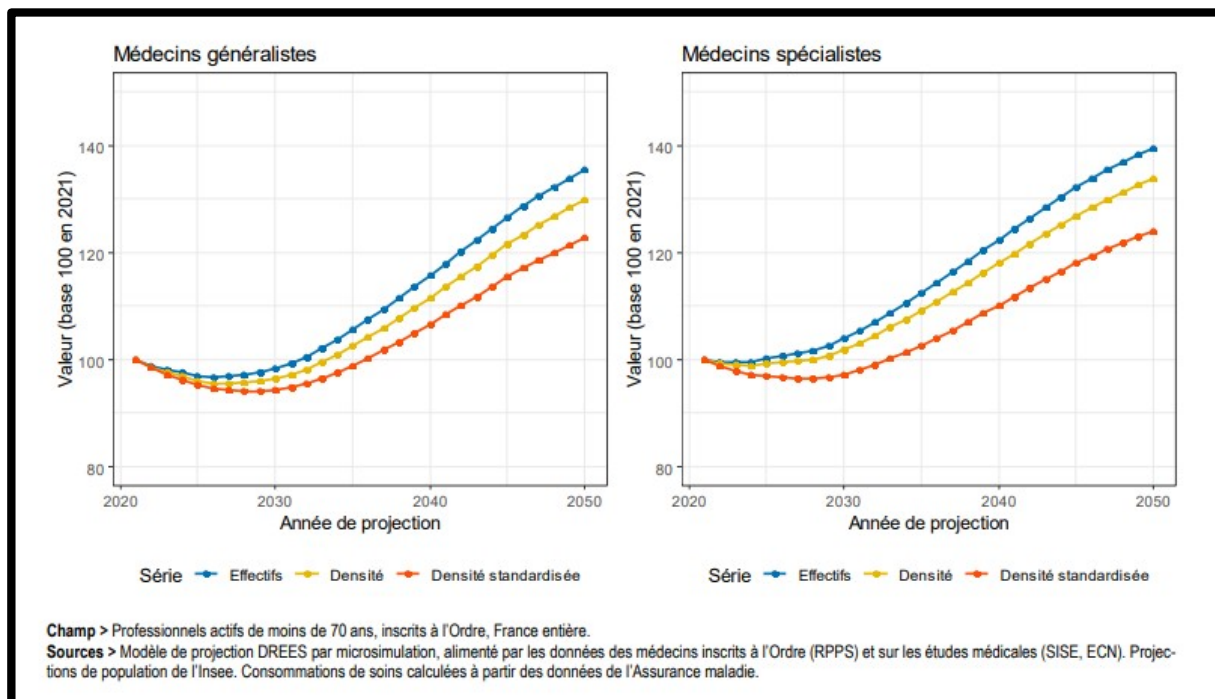
Il est essentiel de prioriser les besoins des territoires où l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. L'objectif doit être de cibler en priorité les 5,3 millions d'habitants qui sont les plus en difficulté en matière d'accès aux soins.

il est primordial de revoir le système de zonage actuel basé sur l'accessibilité potentielle localisée et les bassins de vies (TVS – Territoire Vie Santé) utilisé pour les autres professions de santé. Ce système de zonage présente des limites claires, il ne permet pas une analyse fine du maillage territorial et expose à une accentuation des inégalités locales.

L'exemple de **la ville de Nice**, à la différence de Paris et Marseille où le zonage se fait par arrondissement. A Nice, l'ensemble de la commune est considéré comme un territoire dit « sur dotés », ainsi le système de zonage des chirurgiens dentistes (identique à celui qui est utilisé pour les médecins) interdit une installation dans les quartiers populaires (quartier de l'Ariane et des Moulins) ou le manque de professionnels de santé est important. **C'est un exemple concret de mesure coercitive qui aggraverait les inégalités locales.**

« En augmentant la démographie médicale nous aurons plus de médecins et donc moins d'inégalités sur le territoire. Si nous y ajoutons une régulation à l'installation nous pourrions répondre au besoin de la population »

Il est évident que nous avons besoin de davantage de médecins sur l'ensemble du territoire, en particulier en raison des évolutions dans les modes d'exercice de la profession. Bien que les récentes réformes aient effectivement pour objectif d'augmenter le nombre de médecins, celui-ci devrait d'abord diminuer, puis stagner jusqu'en 2032, avant de repartir à la hausse, avec une projection d'environ 16 000 nouveaux médecins chaque année par la suite.

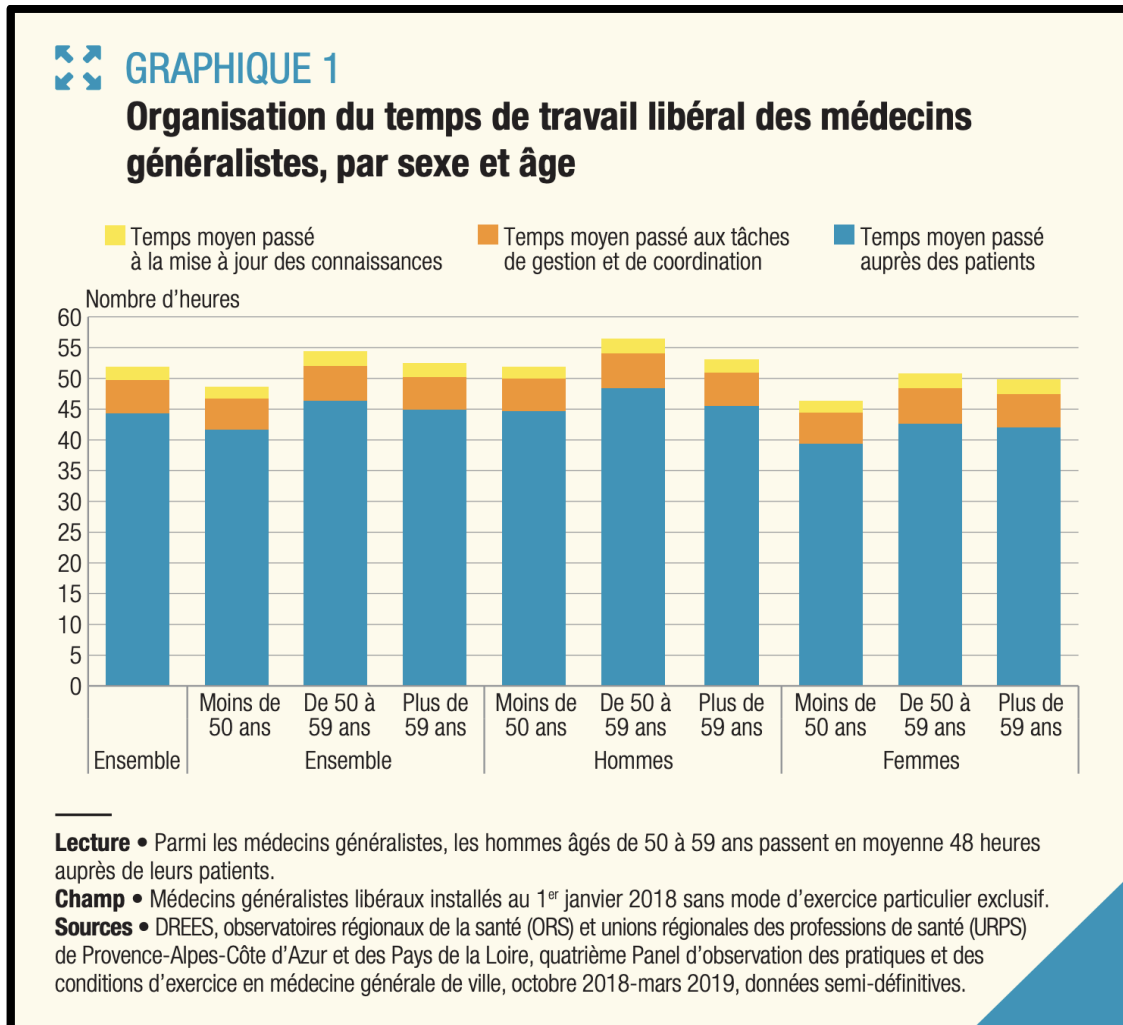


Effectifs, densités et densité standardisée pour les médecins généraliste et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 ¹

Cela d'autant plus que la densité médicale en France est de 2,964 médecins pour 1 000 habitants, avec une très légère augmentation. La densité française est inférieure à la moyenne européenne, comme la Belgique et la Finlande, au contraire de l'Allemagne dont la densité médicale est supérieure à 4 médecins pour 1000 habitants.

¹ Dossier n°76 - Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques

Nous constatons également des changements liés au temps de travail des jeunes médecins. Il est inférieur de 20,25 % à celui de leurs aînés (environ 10 heures de moins par semaine), mais pas autant que ce qui peut être dit.



Enfin, nous observons une tendance croissante vers l'exercice en groupe, dans des structures salariales, mono- ou pluri-professionnelles. En 2024, le nombre de médecins salariés a dépassé celui des médecins libéraux.

Réponse : L'augmentation de la démographie médicale à elle seule ne suffira pas à réduire les inégalités d'accès aux soins. Bien que cela constitue un levier d'action, ce n'est pas une solution unique. Il est important de s'intéresser aux facteurs associés à l'installation et à la rétention des médecins en zone sous dense pour accompagner l'augmentation de la démographie médicale de mesures permettant un meilleur accès au soin dans ces territoires.

Il est crucial de ne pas compromettre cette augmentation, par le biais de mesures de régulation à l'installation, en réduisant l'attractivité des études médicales, ce qui pourrait entraîner une hausse des abandons, voire une fuite des étudiants et des médecins vers l'étranger.

B. Question : La régulation à l'installation est-elle la solution ?

Aujourd'hui, il existe deux principaux types de régulation de l'installation des médecins dans le monde.

L'une d'entre elles impose à certaines catégories de médecins, comme les médecins étrangers (ou les étudiants), de s'installer dans des zones considérées comme déficitaires.

Toutefois, cette approche présente des effets négatifs à moyen terme. Une fois la période obligatoire terminée, ces médecins quittent souvent ces territoires pour s'installer ailleurs, ce qui aggrave les inégalités (Barer, Wood et Schneider, 1999).

De plus, ces praticiens peuvent être moins engagés dans leur métier, travailler moins et offrir une prise en charge de moindre qualité aux patients (Grobler et al., 2009).

Enfin, le rapport de la DRESS 2021 explique que l'obligation temporaire d'exercice en zone sous-médicalisée est une solution de court terme, qui dans certains cas peut être contre-productive à long-terme.

L'autre impose une restriction globale à l'installation médicale (rapport DRESS 2021).

Tableau 4 • Inégalités territoriales de densité médicale en France, en Norvège, au Danemark et en Finlande

	France		Norvège	Danemark	Finlande
Unité géographique	Départements (Nomenclature des unités départementales spécifiques 3 [NUTS 3]) ²		Régions (7) [NUTS2]	Régions (5) [NUTS2]	Régions (5) [NUTS2]
	(France métropolitaine)				
Population moyenne	670 000		740 000	1,1 million	1,1 million
Type de médecins	Médecins actifs	Médecins actifs libéraux	Médecins actifs		
Écart entre la densité la plus haute et la plus basse	1 à 5,3 1 à 2,9 hors Paris	1 à 3,3 1 à 3,0 hors Paris	1 à 1,4	1 à 1,5	1 à 2,0
Coefficient de variation ¹	0,31 0,25 hors Paris	0,30 0,29 hors Paris	0,14	0,16	0,23

En prenant l'exemple de la Finlande, qui a une démographie médicale très proche de la France et chez qui une régulation à l'installation est présente. En effet, on y constate une quasi-absence de médecine libérale, les professionnels de santé sont employés par les municipalités, centre de santé et hôpitaux de districts, les choix de localisation sont donc, de fait, limités aux postes vacants pour lesquels les médecins se portent candidats.

On voit sur le tableau au-dessus que le coefficient de variation de la densité médicale en Finlande est proche de celui de la France. Il est important de noter que ce coefficient de variation est calculé à l'échelle régionale et ne témoigne pas de manière sensible les inégalités territoriales, notamment en cas de soins primaires qui nécessitent un maillage plus fin des zones de calcul.

Enfin, la DREES émet une précision importante en soulignant que l'efficacité des mesures de régulations à l'installation semble dépendre d'un contexte spécifique et d'une politique d'ensemble qui nécessite une adhésion de la part des professionnels concernés. **Notamment dans les pays Nordiques où les préoccupations d'équité sont anciennes et bien marquées.**

Au Royaume Uni, après l'échec des mesures de régulation à l'installation, qui ont été abandonnées depuis, il semble qu'une politique proactive consacrant des financements substantiels à l'amélioration de la situation des zones défavorisées ait eu des résultats positifs.

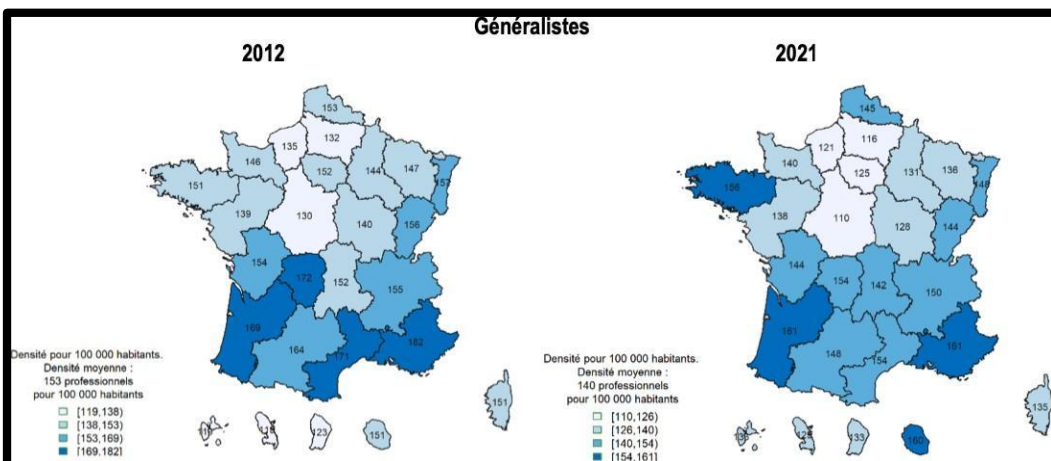
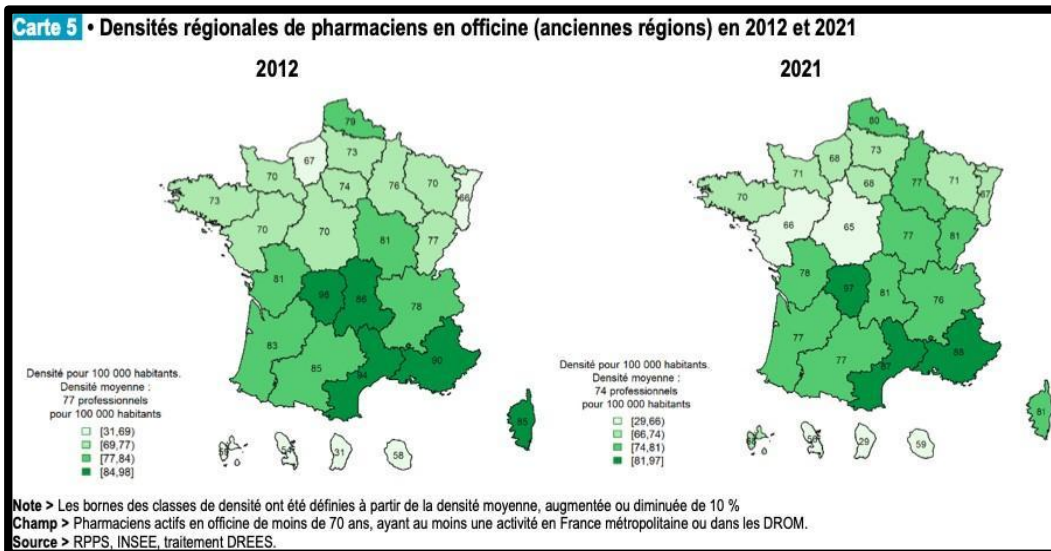
Plus localement, en France, certaines professions, comme celle des **pharmaciens**, ont vu apparaître des mesures coercitives. Les graphiques ci-dessous illustrent les effets pervers de cette régulation. Contrairement à l'idée reçue, la régulation des pharmaciens n'améliore pas la répartition des officines sur le territoire national, en comparaison avec les médecins généralistes, dont l'installation est pourtant beaucoup moins encadrée. En effet, la région la mieux dotée en pharmaciens compte 3,34 fois plus de praticiens que la région la moins bien pourvue, tandis que ce rapport n'est que de 1,46 pour les médecins généralistes.

Au niveau infirmier, un « zonage conventionnel » a été mis en place en 2012. Ce zonage a eu un impact fort sur les zones sur dotées avec une densité globale d'infirmière stable. L'impact est, selon l'IRDES, à nuancer dans les zones sous dotées où l'évolution est positive mais pas réellement plus que dans les zones intermédiaires. La chercheuse conclue que **l'effet positif du zonage est cumulé à celui des mesures incitatives**. Des rapports du Sénat et de l'assemblée nationale ont montré que les installations qui n'avaient pas lieu en zone sur dotées ne se reportaient pas sur les zones sous dotées.

Tout cela dans un contexte très particulier, bien différent de celui des médecins, celui **d'une forte augmentation du nombre d'infirmière libérale en activités** (+54,6% entre 2006 et 2016) et d'inégalités régionales d'accessibilité aux infirmiers particulièrement importante. Ce faible effet positif du zonage infirmier n'est absolument pas extrapolable à la profession médicale dont, d'une part, la répartition territoriale est plus homogène que celle des infirmiers et, d'autre part, dans un contexte de stagnation de la démographie médicale.

Un exemple récent des effets délétères des mesures coercitives (29/01/2025) : La dernière médecin généraliste de la commune de Bully a été réquisitionnée par la gendarmerie après avoir choisi de ne plus effectuer la PDSA

obligatoire pour un burn out. Cette dernière s'est senti contrainte de se mettre en arrêt maladie pour préserver sa santé mentale, au total les habitants de Bully n'ont plus accès à leur, dernier, médecin généraliste.



En outre, cette régulation a entraîné un désintérêt croissant pour les études de pharmacie ces dernières années, avec un nombre de places vacantes en constante augmentation. À la rentrée universitaire 2022-2023, pas moins de 1 100 places étaient restées vacantes dans cette filière, représentant plus de 30 % des places disponibles. Ces deux arguments illustrent parfaitement les **limites de la régulation à l'installation**.

Nous pouvons donc aisément comprendre que la régulation à l'installation ne permet pas une répartition fine des professionnels de santé. Elle peut permettre une diminution des installations en zones dites « bien dotées » mais ne permet pas forcément une installation prioritaire au sein des zones les moins dotées.

En l'état actuel de la démographie médicale et en fonction de son application, la régulation à l'installation pourrait même avoir l'effet pervers **d'aggraver les inégalités** en n'apportant qu'une réponse partielle et non ciblée aux territoires « APL < 2,5 csl/an/hab ».

Dans le contexte de la crise de vocation du métier de médecin, en **baissant l'attractivité des études médicales**, elle expose au risque **d'abandon** des études médicales, à la **fuite** des étudiants et médecins à l'étranger.

Concernant donc les internes, il ne faut surtout pas les cibler par des mesures coercitives supplémentaires. La contrainte est déjà omniprésente tout au long de nos études, à travers l'EDN, les stages délocalisés tous les six mois, la régulation hospitalière post-internat, ainsi que l'accès encadré au secteur 2 (cléricat, assistantat).

Aggraver la situation des internes serait contre-productif. Il est nécessaire d'améliorer leur qualité de vie au travail, de veiller au respect strict du temps de travail, de lutter activement contre les violences sexistes et sexuelles (VSS), et de revaloriser le statut des internes en tant qu'agents publics à part entière.

Par ailleurs, plusieurs études montrent que **l'imposition de stages courts en zones sous-dotées est moins efficace à l'installation des jeunes médecins** par rapport à l'élaboration d'un **programme d'accessibilité à la médecine en zone sous dense**.

Réponse : La régulation de l'installation expose à des effets délétères sur la démographie médicale, notamment en réduisant l'attractivité des études de médecine. Elle n'apporte pas de réponse suffisante quant à l'amélioration du maillage territorial. Cela ne résoudra pas les disparités d'accès aux soins.

Imposer des restrictions d'installation dans les zones déjà bien pourvues ne pousse pas les médecins à s'établir dans les zones sous-dotées, et ne répond pas aux besoins des populations les plus vulnérables.

De plus, l'obligation d'installation temporaire, notamment pour les médecins étrangers ou les étudiants, peut avoir des effets négatifs à moyen terme. **Elle ne constitue pas une réponse durable à la problématique de santé publique qu'est l'accès au soin, car elle ne favorise pas l'engagement pérenne dans ces territoires.**

C. Question : Les incitations financières marchent-elles ?

L'impact des aides financières, quelle augmentation motiverait une installation ?

- **Au Portugal**, une **augmentation de 40 % du revenu** pour les médecins s'installant en zone rurale a permis une **hausse de 13 % des installations**. Ce chiffre a doublé lorsque cette incitation financière a été combinée à une réduction du temps de travail et à la possibilité de diversifier leur activité (Ramos et al., 2017).
- **En Australie**, passer d'une pratique en zone urbaine à une zone rurale (située à moins de 30 minutes des infrastructures essentielles, tout en offrant une qualité de vie satisfaisante) peut s'entendre après un **doublément ou un triplement du revenu** (Scott et al., 2013 ; Günther et al., 2010).
- **En France**, en 2007, une majoration tarifaire a été mise en place, entraînant une **augmentation de 4 % des effectifs médicaux** (Cour des comptes, 2014 ; Freschi et Viguier, 2018). Bien que cet effet de levier ne soit pas négligeable, il reste modeste et s'est avéré très coûteux.
- Enfin, au Canada, l'**étude de Fournier (2024)** portant sur 30 ans de mesures d'attractivités financières reconnaît que la décision d'un professionnel hautement qualifié, tel qu'un médecin, de s'installer dans une région éloignée est un processus complexe. Celui-ci ne peut être influencé que de manière marginale par des incitations économiques à court ou moyen terme.

Le [rapport de la DRESS de 2021](#) souligne que les incitations financières sont largement utilisées mais leur efficacité reste limitée lorsqu'elles sont appliquées de manière isolée. Ces mesures ne prennent pas en compte la **complexité des facteurs qui influencent la décision d'installation et de rétention des médecins**.

D. Question : Quels sont les facteurs de rétention ?

« Une fois, installés, comment faire pour que les médecins restent ? »

Éléments clés pour la rétention des médecins :

Ono, Schoenstein et Buchan, 2014 :

- Équilibre entre vie professionnelle et vie familiale
- Maîtrise des horaires et de la charge de travail
- Collaboration et échanges réguliers avec des collègues
- Durée des consultations
- Attractivité des territoires : opportunités professionnelles pour le conjoint, infrastructures adéquates
- Emploi salarié

Viscomi, Larkins et Gupta, 2013 ; McGrail et al., 2010 : l'étendue du champ de la pratique clinique et des responsabilités constitue une source importante de satisfaction professionnelle

Physicians Shortage Area Program (Université Thomas Jefferson) : le fait d'être issu de zone sous dense (voir Annexe)

E. **Question : Est-ce que les médecins issus des zones sous denses y restent plus souvent ? Qu'en est-il de ceux y étant passé en stage de formation ?**

« Il faut toucher les 8% du territoires sans se perdre dans des mesures incomplètes envers les territoires qui en ont le moins besoin. »

La formation médicale influence-t-elle l'installation en zone rurale ? :

- A. **Être issu d'un milieu rural est un déterminant à l'installation majeur** qui a statistiquement plus d'impact que le fait d'avoir fait un stage de deuxième cycle ou une partie de son internat en milieu rural.
- B. **Physicians Shortage Area Program (PSAP)** du Jefferson Medical College : les étudiants issus de zones rurales ont 25 % plus de chances de s'installer dans ces mêmes zones après leurs études.
De plus, 90 % des médecins restent installés au même endroit cinq à dix ans après leur installation initiale (voir Annexe 4).
- C. **Un stage long ou un cursus sur 4 ans** peut être efficace, à l'inverse des stages courts
- D. **Importance du lien entre l'installation et le tutorat**, la présence d'antennes universitaires dans les territoires
- E. **JAPON Université de JICHI** : pas efficace sur la rétention : probablement lié à la délocalisation des étudiants au début de leurs études (voir Annexe)

Rabinowitz, *et al.*, 2001) – [Viscomi, Larkins et Gupta, 2013 – (Matsumoto, Inoue et Kajii, 2010) (Erney, Allen et Siska, 1991 ; Harris, Coleman et Mallea, 1982) (Pathman, 1996) (Denz-Penhey, *et al.*, 2005). (Farmer, *et al.*, 2015 ; World Health Organization, 2010) – Etude Randomisées (Easterbrook, *et al.*, 1999) et (Xu, *et al.*, 1997)

F. Question : A quel point ce programme est-il efficace ?

« Quel programme spécifique pour répondre aux 8% de la population qui en ont le plus besoin peut-on proposer ? »

Les caractéristiques associées à une proportion importante d'étudiants s'installant en zone rurale à la fin de leurs études:

- La présence d'Université / antennes universitaires dans la zone ciblée
- Statut public
- Existence d'un cursus de formation en soins primaires

Ce type de programme est efficace car 57% des étudiants pratiquent en zone rurale à la fin de ces programmes (US) (comparativement aux 9% des étudiants ne bénéficiant pas du programme). *(Rabinowitz, et al., 2008)*

G. Question : A-t-on des exemples de tout ça ?

<i>PHYSICIAN SHORTAGE AREA PROGRAM</i>	<i>JICHI MEDICAL UNIVERSITY</i>	<i>Exemple de l'AUSTRALIE Programme Med rural :</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Etudiant d'origine campagne ou petite ville • Aide financière modeste (forme de prêt à rembourser) • Suivi et échange régulier avec tuteur du département de Médecine Générale • Orientation préférentielle vers les stages ruraux • Spécialisation en médecine de famille rurale possible <p style="text-align: center;">AUCUNE COERCITION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Université privée • Lycéens recruté dans des préfectures puis délocalisé à Jichi • Financement complet pendant six ans d'études sous forme de prêt non remboursable si respecte obligation • Retour dans leur préfecture pour l'internat médecine générale (3 ans) • 6 ans d'exercice obligatoire dans un hôpital <p style="text-align: center;">9 ans de coercition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1990 : <ul style="list-style-type: none"> - Investissement massif pour la formation - Incitations financières à la rétention - Obligation pour les médecins étrangers d'exercer en zone rurale - 25% étudiants issu de zone rurale et favorisés à s'engager dans des études médicales - Dvlpt de cursus spécifiques vers hôpitaux de périphérie « <i>Flinders university</i> » : quasi totalité de l'internat en cabinets ruraux <ul style="list-style-type: none"> - Financement si engagement de s'installer en zone sous dense ❖ 2000 : JAMES COOK UNIVERSITY : école de médecine rurale : 65% installation en zone rurale
<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 fois plus de chances de s'installer au zone sous dense • 90% des étudiants qui bénéficient du programme y restent 	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 97% respecté leur obligation • 9% y restent avec la majorité de ceux qui restent qui sont issu de zone rurale 	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Légère diminution écart régionaux • Augmentation de la densité des zones très éloignées de 25%

NOS PROPOSITIONS

L'Assemblée Générale de l'ISNI soutient la création d'un programme d'incitation et de formation à la pratique en zone sous-dense (APL \leq 2,5 consultations/hab/an) accessible sur la base du volontariat à tout moment des études. Ce programme ne doit comporter aucune mesure coercitive d'obligation à l'installation.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour l'instauration d'un soutien aux étudiants issus de zones sous-dotées en médecins (APL \leq 2,5 consultations/hab/an) sous la forme d'une aide financière et logistique durant leur premier cycle.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour la création d'aides financières accessibles tout au long du programme sous forme d'un prêt à taux zéro à rembourser partiellement ou totalement à l'issue des études.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour l'instauration d'une aide au développement du projet professionnel dès l'admission dans le programme, en partenariat avec les acteurs locaux impliqués dans l'accès au soin.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour un émolument de base majoré pour les Docteurs Juniors en zone sous-dotée (APL \leq 2,5 consultations/hab/an).

L'Assemblée Générale de l'ISNI est favorable, pour les PADHUE, à une formation standardisée et l'accès aux ressources pédagogiques proposées au sein du DES choisi au même titre que les étudiants de troisième cycle en France.

NOS PROPOSITIONS

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour le développement de campus délocalisés permettant d'améliorer le suivi, l'accompagnement, la qualité de vie et de formation des étudiants en médecine de 2^{ème} et 3^{ème} effectuant des stages en zone sous denses.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour la création de stages en périphérie centrés autour de campus délocalisés, et ce quelque soit le mode d'exercice, pour le deuxième et le troisième cycle. Un accompagnement financier et logistique pour le logement et les déplacements est nécessaire.

L'Assemblée Générale de l'ISNI réaffirme la place capitale de la prévention primaire et de l'éducation thérapeutique dans la stratégie sanitaire, et se positionne en faveur de toute initiative visant à en assurer la promotion et le développement.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se positionne pour la création d'un parcours de réflexion et de formation centré sur l'élaboration du projet professionnel pour l'ensemble des internes.

L'Assemblée Générale de l'ISNI se montre favorable à toute initiative visant à développer l'exercice médical groupé (Maison de Santé Pluriprofessionnelles, Centres de santé, Consultations avancées en hôpital de proximité), à renforcer les liens entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière, et à favoriser l'exercice mixte.

InterSyndicale Nationale des Internes

12 Rue Cabanis - 75014 Paris

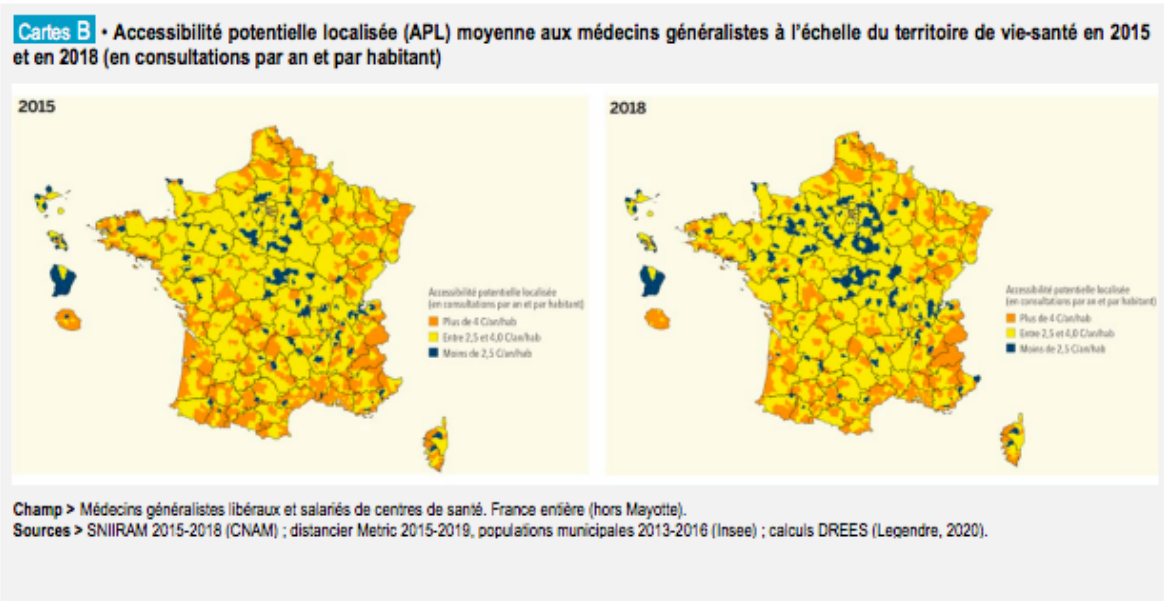
Téléphone : 06 50 67 39 32 (Présidence)

Site : <https://isni.fr/> | Adresse mail commune : contact@isni.fr

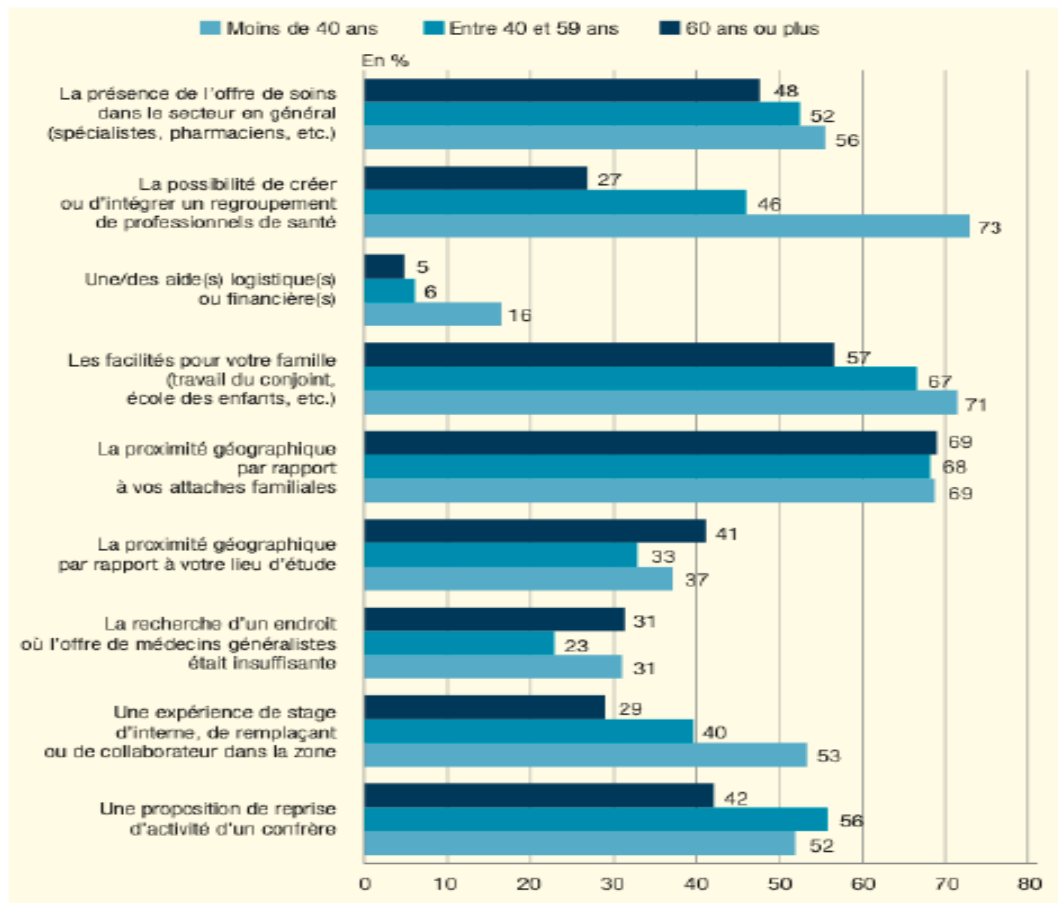
Réseaux sociaux : [Facebook](#) | [Twitter](#) | [Instagram](#) | [LinkedIn](#) | [Youtube](#) | [TikTok](#)

II. ANNEXES

A. ANNEXE 0 :



B. ANNEXE 1



C. ANNEXE 2 :

Encadré 5 • Le Physician Shortage Area Programme (PSAP) du Jefferson Medical College (Pennsylvanie, États-Unis)

Le PSAP existe depuis 1974. Son objectif est de sélectionner et de former des médecins qui exerceront en zone rurale aux États-Unis. Les cohortes d'étudiants formés par le Jefferson Medical College (JMC) font l'objet d'un suivi sur longue période, ce qui a permis plusieurs évaluations par des études longitudinales (Rabinowitz, 2001 ; Rabinowitz, *et al.*, 2005).

Le programme recrute et sélectionne des étudiants qui ont grandi ou ont vécu à la campagne ou dans des villes de petite taille, et qui souhaitent pratiquer la médecine de famille en zone rurale. Il faut noter que les zones considérées comme en pénurie de médecins aux États-Unis sont à 70 % des zones rurales ou semi-rurales.

Ces étudiants reçoivent une aide financière modeste (essentiellement sous forme de prêts à rembourser) et un cursus spécifique est organisé pour eux : des tuteurs du département de médecine générale les suivent pendant toute leur formation et échangent régulièrement avec eux sur l'exercice en milieu rural ; au cours de leurs premières années d'étude, ils sont supposés prendre des stages de médecine générale dans une communauté rurale et ensuite se spécialiser lors de leur internat en médecine de famille rurale (sans qu'il y ait cependant de mécanisme formel pour imposer ces règles).

Le programme concerne environ 6 % des étudiants en médecine du Jefferson Medical College (14 étudiants par an).

Le Physician Shortage Area Program du Jefferson Medical College, déjà cité précédemment, est une des expériences largement référencées (encadré 5). Il a fait l'objet de nombreuses évaluations au fil du temps, facilitées par le suivi sur longue période des cohortes d'étudiants formés. Les premières évaluations montraient que les étudiants participant à ce programme avaient 8 fois plus de chances de s'installer en zone rurale, et que près de 90 % étaient encore au même endroit après cinq à dix ans (Rabinowitz, 1988 ; 1993 ; Rabinowitz, Diamond, Markham, *et al.*, 1999). Après onze à seize ans, la probabilité d'exercer encore la médecine générale dans la même zone rurale était de 68 % pour les étudiants PSAP, versus 46 % pour leurs pairs « non-PSAP » (Rabinowitz, *et al.*, 2005). Une actualisation réalisée en 2007 sur des cohortes de

D. ANNEXE 3 :

Encadré 6 • La Jichi Medical University (JMU) au Japon

La faculté de médecine de Jichi (JMU), établie en 1972, est une organisation assez unique. De statut privé, elle est cofinancée par le gouvernement et les 47 préfectures du Japon, et sa mission est de former des étudiants en médecine qui reviendront exercer dans les zones prioritaires des préfectures (essentiellement des zones rurales en pénurie de médecins) après leur diplôme.

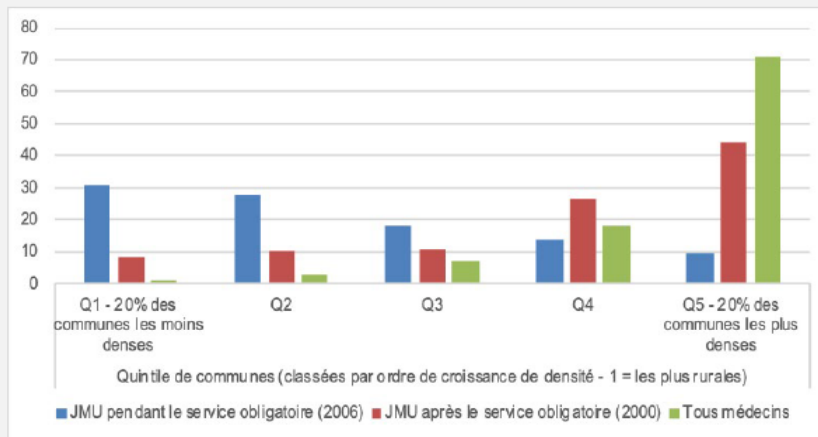
Tous les ans, deux ou trois élèves ayant terminé leurs études secondaires sont recrutés en provenance de chaque préfecture, avec une procédure de sélection à la fois par les préfectures et par la JMU. Les étudiants sont totalement financés pendant leurs six ans d'études, après quoi ils doivent retourner dans leur préfecture pour compléter leur formation pendant un internat de médecine générale de trois ans, puis exercer pendant six ans (la durée de la formation pendant laquelle ils ont été financés) sur un poste qui leur est désigné dans un hôpital public, soit une obligation de service de neuf ans au total. Après cette période de neuf ans, ils peuvent choisir librement leur lieu d'installation.

Les financements accordés pendant la scolarité sont des prêts, non remboursables si le médecin remplit ses obligations. S'il manque à ses obligations, il doit rembourser un montant qui était en 2010 de l'ordre de 150 000 € (180 000 euros), plus des intérêts de 10 % par an. Sur les 3 000 médecins diplômés de 1978 à 2006, 97 % avaient rempli ou étaient en train de remplir leurs obligations en 2006.

Les postes désignés sont pour l'essentiel en zone rurale, mais certains peuvent se situer dans des hôpitaux de petites villes dans lesquels il y a une pénurie de médecins. Ainsi en 2004, 15 % des diplômés de la JMU exerçaient dans le cadre du dispositif dans des communes de plus de 50 000 habitants (Matsumoto, Inoue et Kajii, 2008).

Beaucoup de médecins quittent les zones rurales, notamment les moins densément peuplées, après la période d'obligation : parmi ceux qui faisaient leur service obligatoire en 2000 et l'avaient terminé en 2006, 31 % exerçaient dans les communes les plus rurales en 2000, mais ils n'étaient plus que 9 % en 2006. Malgré tout, comparée à celle de la population médicale globale, leur distribution géographique reste biaisée en faveur des zones rurales. Les médecins qui choisissent d'exercer dans des communes rurales après avoir rempli leurs obligations sont, comme dans beaucoup d'autres études, plus fréquemment originaires d'une zone rurale et intéressés par les soins primaires, mais aussi plus fréquemment ceux qui ont fait l'expérience de cette ruralité pendant le service obligatoire (Matsumoto, Inoue et Kajii, 2010).

Graphique 4 • Répartition de l'ensemble des médecins et des diplômés de l'université de Jichi, pendant et après leur service obligatoire selon la ruralité du lieu d'exercice



E. ANNEXE 4 :

Encadré 8 • La formation, clé de voûte de la stratégie australienne pour accroître l'offre de professionnels de santé en zone rurale

À partir du milieu des années 1990, le gouvernement fédéral australien a mis en œuvre une stratégie nationale pour renforcer l'offre de soins en milieu rural avec un investissement massif sur la formation, considérée comme un élément clé du recrutement et du maintien des professionnels de santé en zones rurales. S'y ajoutent des incitations financières à la rétention et des mesures concernant les médecins formés à l'étranger (qui ont l'obligation d'exercer pendant un certain nombre d'années en zone sous-médicalisée). Le socle commun des mesures est un système de classification des zones.

La sélection des étudiants (la proportion des étudiants d'origine rurale est passée de 10 % à 25 % en une dizaine d'années) et l'immersion en milieu rural pendant les études de médecine sont au cœur de la stratégie, qui articule plusieurs mesures :

- Les élèves du secondaire en milieu rural sont encouragés à considérer une carrière médicale.
- Les facultés de médecine des universités reçoivent des financements en fonction de l'atteinte d'objectifs concernant la proportion d'étudiants d'origine rurale, le développement de cursus de formation à la médecine rurale et la décentralisation des ressources aux centres satellites régionaux et ruraux :
 - les facultés de médecine en place à la fin des années 1990 (10 à l'époque) se sont inscrites dans cette stratégie en mettant en place des processus de sélection permettant d'accroître le nombre d'étudiants d'origine rurale (Henry, Edwards et Crotty, 2009) ;
 - elles ont développé des cursus spécifiques, en déplaçant une partie de la formation clinique des hôpitaux universitaires vers des hôpitaux de proximité et des centres ruraux (Pineau, 2011) ;
 - cette évolution s'est faite de manière diverse et a, semble-t-il, généré beaucoup d'innovations dans les programmes de formation ; Flinders University, en Australie du Sud, est citée comme un exemple pionnier d'un modèle de formation immergée dans la communauté, dans laquelle un groupe d'étudiants effectuent la quasi-totalité de leur formation clinique dans des cabinets ruraux (Strasser et Neusy, 2010).
- Les étudiants en médecine peuvent avoir une prise en charge de leurs frais de scolarité par le gouvernement australien en échange de l'obligation de servir pendant un certain nombre d'années dans des zones en pénurie de médecins.
- En plus de ces programmes d'universités dans lesquels les étudiants sont immergés sur de longues périodes en milieu rural, tous les étudiants en médecine font des stages courts en milieu rural ; obligation est faite aux universités de les organiser, mais il existe aussi un programme national, le John Flynn Placement Program (<https://www.jfpp.com.au/about>), qui offre aux étudiants en médecine la possibilité de faire ce stage court chaque année de leur scolarité, en général l'été, avec la spécificité que l'étudiant retourne au même endroit chaque année, pour créer des liens avec la communauté et le territoire (Mason, 2013).
- Cette orientation pour conforter la médecine rurale a conduit à la création en 1996 de l'Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM), très impliqué dans les cursus de formation. Comparant le Canada et l'Australie, des chercheurs canadiens notent que le fait d'avoir un cursus spécifique à la médecine rurale commence seulement à être considéré à l'époque au Canada (en 2004), alors que l'Australie a fait ce chemin bien antérieurement, reconnaissant que l'exercice en milieu rural isolé devait être considéré comme spécifique et bénéficier d'évaluation, de formation et de soutien différents (Curran et Rourke, 2004).
- De nouvelles écoles de médecine ont été créées en milieu rural, notamment en 2000 l'école de médecine de la James Cook University. Une première évaluation montre que, sur les 7 premières générations de diplômés (de 2005 à 2011, avec évidemment un recul variable selon la promotion, de sept ans à un an), 65 % ont ensuite fait leur année d'internat hors des métropoles, dont 44 % dans des zones périphériques, éloignées ou très éloignées, et qu'ils s'y sont installés ensuite dans les mêmes proportions : six ou sept ans après le diplôme, 61 % sont hors des grandes villes et 43 %, dans les zones éloignées (Sen Gupta, et al., 2014).
- Il est difficile de tirer des conclusions robustes sur les résultats à long terme de cette politique volontariste. Les statistiques semblent montrer que les écarts entre les différentes catégories de zones se sont réduits : en 2018, la densité médicale variait dans un rapport de 1 à 1,7 entre les métropoles et les zones très éloignées²⁴, alors que cet écart était de 1 à 2 en 2013. Les zones très éloignées ont vu leur densité augmenter de 25 %, les zones éloignées, de 21 %, les métropoles, de 7 %²⁵. Néanmoins, plusieurs rapports récents continuent à souligner la situation défavorable de ces zones éloignées ou très éloignées en matière d'accès aux soins.

