

LUTTE CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX EN FRANCE

LES AVANTAGES DE L'INSTALLATION OBLIGATOIRE

Par Benjamin Montmartin, Sean Scull et Frédérique Vidal

Novembre 2025



SKEMA PUBLIKA

SKEMA PUBLIKA est un think tank indépendant qui a pour objectif de produire une pensée internationale, accessible et loin des codes formatés pour alimenter le débat public et mieux éclairer en amont les décideurs nationaux et internationaux.

Adossé à SKEMA Business School, le think tank aborde des sujets politiques et sociétaux ayant trait aux politiques publiques, sur lesquels SKEMA a une légitimité à s'exprimer. Il les aborde sous l'angle des signes précurseurs, anticipe et formule des recommandations pour « l'après ». Il adopte une approche multidisciplinaire et hybride du traitement de l'information, associant intelligences humaine et numérique. Il s'appuie sur la dimension internationale et transculturelle de SKEMA, présente sur cinq continents et riche de milliers d'étudiants et de centaines de chercheurs.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	3
INTRODUCTION.....	4
I. L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE EN FRANCE.....	6
A. LA POLITIQUE DE TARIFICATION ET DE RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE	6
B. L'EFFET DES DÉSERTS MÉDICAUX SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS.....	9
II. LES SOLUTIONS POUR REMÉDIER AUX DÉSERTS MÉDICAUX.....	10
A. LES POLITIQUES DE RÉGULATION DES INSTALLATIONS.....	10
B. LES POLITIQUES D'INCITATIONS BASÉES SUR LE VOLONTARIAT	11
C. UN BESOIN DE POLITIQUES PUBLIQUES CIBLÉES	12
III. LES MODÈLES ÉTRANGERS : UNE SOURCE D'INSPIRATION ?	14
A. EN EUROPE	14
B. HORS D'EUROPE	14
RECOMMANDATIONS.....	17
1. PRIVILÉGIER LA RÉGULATION DE L'INSTALLATION DES MÉDECINS.....	17
2. LES POLITIQUES D'INCITATIONS FONDÉES SUR LE VOLONTARIAT	17
3. RÉORGANISER LA FORMATION MÉDICALE.....	17
CONCLUSION	18
AUTEURS.....	19

INTRODUCTION

« L'Académie nationale de médecine estime, dans un rapport de 2023, que 30 % de la population française vit dans un désert médical¹. »

La forte concentration géographique des médecins libéraux en France soulève des défis importants pour le système de santé en créant notamment des « déserts médicaux ». C'est un phénomène qui prend de l'ampleur depuis plusieurs années. France Inter rapporte que soixante-neuf départements ont vu leur densité médicale reculer entre 2010 et 2024². Cette multiplication des déserts médicaux engendre un accroissement des difficultés d'accès aux soins et un renforcement des inégalités territoriales entre zones pourvues et moins bien pourvues en services médicaux.

Face à l'ampleur du problème, des initiatives gouvernementales ont été mises en place afin de lutter contre la dynamique de désertification médicale. Deux principales approches sont discutées : les politiques de régulation des installations et les politiques incitatives basées sur le volontariat. La première approche vise à imposer aux jeunes médecins d'exercer dans des zones sous-dotées pour une période déterminée. Cela permet de garantir un accès géographique plus équitable aux soins et répond aux besoins de service public. La politique de régulation des installations permet ainsi de réduire les inégalités d'accès aux soins et constitue une solution rapide pour répondre aux besoins des populations. Toutefois, en contraignant la liberté d'installation, elle peut nuire à l'offre et à la qualité des soins, car un médecin contraint de s'installer dans un territoire pourrait se démotiver, réduire son temps d'exercice et donc son implication. La seconde approche, basée sur le volontariat, encourage les médecins à s'installer dans des zones sous-dotées par des avantages financiers et non financiers, respectant ainsi la liberté d'installation des médecins. Les incitations utilisées incluent des primes à l'installation, des exonérations fiscales, et des améliorations des conditions de travail, contribuant à rendre ces zones plus attractives. Cette seconde option est généralement plus facile à implémenter dans la mesure où une approche non coercitive est davantage acceptée par les médecins libéraux. Précisons qu'en France les médecins jouissent d'une parfaite liberté d'installation. C'est-à-dire que les médecins ont le droit de s'installer où ils veulent pour exercer leur profession. À titre de comparaison, peu de pays autorisent une telle approche.

Cette question de la répartition géographique des médecins, et en particulier des médecins libéraux, est un défi majeur pour notre système de santé. Ainsi, l'ambition de cette étude est d'apporter un éclairage sur les problématiques suivantes : *comment expliquer l'apparition et le développement des « déserts médicaux » en France ? Quel type de politique est le plus efficace pour lutter contre les « déserts médicaux » : la régulation ou l'incitation ?*

Dans une première partie, nous analysons l'organisation actuelle de la médecine libérale en France. Dans une deuxième partie, nous discutons de l'efficacité relatives des politiques de régulation et des politiques

¹ Rapport, n°476. (2024). XVII^e Législature - Assemblée Nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion_fin/l17b0476_rapport-fond.

² Inter, F. (2025, 28 février). Les déserts médicaux : quelles conséquences pour notre santé ? France Inter. <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/une-semaine-en-france/le-18-20-une-semaine-en-france-du-vendredi-28-fevrier-2025-5795838>

incitatives pour lutter contre les « déserts médicaux ». Finalement, dans une dernière partie, nous proposons une analyse comparative des politiques publiques mises en place dans d'autres pays.

I. L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE EN FRANCE

A. LA POLITIQUE DE TARIFICATION ET DE RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

En France, il existe deux statuts pour les professionnels de santé : le statut libéral ou salarié. Dans le cadre de cette étude, c'est le premier statut qui va nous intéresser. Les médecins libéraux exercent, comme leur nom l'indique, leur métier sous un statut privé. Ils ne reçoivent aucune rémunération directe de la part des pouvoirs publics et sont rémunérés à l'acte. Selon les données de l'Ordre des médecins³, 53 % des médecins en France exercent sous un statut libéral total ou partiel en 2024 (environ 10 % exercent en statut mixte, c'est-à-dire qu'ils ont à la fois une activité libérale et salariée⁴).

La tarification des médecins libéraux dépend de la convention médicale, qui encadre leurs relations avec l'Assurance maladie et permet aux praticiens d'exercer sous trois secteurs différents. Le premier secteur, dit « secteur 1 », est un régime où le médecin est conventionné avec l'assurance maladie et applique le tarif opposable (défini par l'assurance maladie) pour l'ensemble des actes médicaux. L'assurance maladie rembourse 70 % du tarif opposable aux patients, le reste (30 %) étant pris en charge par des mutuelles privées optionnelles. Le médecin en secteur 1 ne peut ainsi pas pratiquer (sauf exception) de dépassements d'honoraires. Le deuxième secteur, dit « secteur 2 », est un régime où le médecin est conventionné avec l'assurance maladie et fixe librement ses tarifs pour chacun des actes médicaux (en devant respecter un principe de « tact et modération »). L'assurance maladie rembourse 70 % du tarif opposable aux patients de ces médecins et les mutuelles prennent partiellement ou totalement en charge le reste des dépenses. Le médecin en secteur 2 peut ainsi pratiquer des dépassements d'honoraires systématiques qui ne sont, très souvent, que partiellement remboursés par les mutuelles privées. Ainsi, les patients ayant recours à un médecin en secteur 2 ont très souvent un reste à charge à payer. Précisons que les médecins secteur 2 ayant les tarifs les plus élevés pratiquent des dépassements d'honoraires supérieur à 500 % du tarif opposable. Le troisième secteur, dit « secteur 3 », est un régime où le médecin n'est pas conventionné avec l'assurance maladie et fixe librement ses tarifs pour chacun des actes médicaux. L'assurance maladie ne rembourse qu'une part infime du prix de l'acte médical (par exemple, 0,61 € pour une consultation chez un médecin généraliste) et la plupart des mutuelles privées proposent rarement de couvrir les dépenses de santé effectuées auprès de médecins non conventionnés. Ainsi les patients ayant recours aux médecins en secteur 3 ont en moyenne un reste à charge extrêmement élevé. Il est important de préciser que ce secteur représente moins de 0,9 % des médecins libéraux⁵.

Le statut des médecins libéraux met en lumière une logique contradictoire en France, à l'intersection de deux sphères ou logiques distinctes. D'une part, il existe une logique de financement public, dans la mesure où la demande (c'est-à-dire les patients) est en grande partie prise en charge par l'État via l'Assurance maladie. De ce fait, les patients estiment avoir droit à des soins médicaux de proximité et de qualité, puisqu'une partie

³ Atlas de la démographie médicale en France. (2024). https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf

⁴ Drees. Démographie des professionnels de santé. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf

⁵ Assurance Médical. (2025). Effectif de professionnels de santé libéraux par secteur conventionnel et par département - 2016 à 2023. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/secteur-professionnels-sante-liberaux-departement>

majoritaire des revenus des médecins libéraux provient des remboursements de la Sécurité sociale. D'autre part, le comportement des médecins est régi par une logique libérale, fondée sur la rentabilité et l'indépendance, dans la mesure où ils gèrent une micro-entreprise et ont tout intérêt à maximiser leurs revenus, notamment par le biais de leurs tarifs.

Un article de Benjamin Montmartin et Marcos Herrera⁶ sur les tarifs des médecins libéraux part d'un constat alarmant : les dépassements d'honoraires en France ont triplé au cours des 20 dernières années. Dans cet article, les auteurs mobilisent une base de données géolocalisées comprenant plus de 4 000 médecins spécialistes de secteur 2 (ophtalmologie, gynécologie et pédiatrie). L'objectif est de comprendre les mécanismes expliquant le comportement tarifaire des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires. Les résultats montrent une forte interdépendance entre le prix d'un médecin et celui de ses concurrents directs, ce que l'on appelle la complémentarité stratégique des prix. Autrement dit, si mes plus proches concurrents pratiquent un prix élevé, je vais faire de même et vice versa. Cela traduit des comportements potentiellement non concurrentiels puisque cette complémentarité des prix augmente avec l'intensité de la concurrence et la proportion de médecins « secteur 2 » parmi les concurrents. Par ailleurs, les auteurs observent des disparités en fonction du sexe du praticien et du revenu médian des patients. En effet, les femmes médecins pratiquent des prix significativement plus faibles que leurs homologues masculins (entre 5 et 10 % d'écart). Le niveau de revenu des patients a également une incidence sur les prix pratiqués puisque les auteurs estiment que les prix augmentent de 0,4 à 0,75 € pour chaque tranche de 1 000 € de revenu médian supplémentaire. En résumé, on note une dynamique auto-entretenu d'augmentation des dépassements d'honoraires poussée à la fois par une concentration spatiale croissante des médecins dans les zones métropolitaines et une augmentation de la proportion des médecins qui s'installent en secteur 2.

L'UFC - Que Choisir s'intéresse également aux dépassements d'honoraires pratiqués dans huit spécialités de médecine au niveau départemental. Cette étude montre d'importantes inégalités de prix entre département ce qui induit de facto une inégalité territoriale d'accès aux soins. Selon cette étude, les honoraires pratiqués pour une consultation sont jusqu'à 2,5 fois plus onéreux d'un département à l'autre. D'après les chiffres de l'article, les départements ayant les tarifs les plus élevés se trouvent en Île-de-France et dans les régions littorales du Sud. Ce sont les zones géographiques où la démographie médicale est relativement moins défavorable. Cette réalité illustre une double problématique de l'accès aux soins. D'un côté, des patients qui résident dans un « désert géographique » avec une faible offre médicale. De l'autre, des patients qui résident dans un « désert financier » avec une offre médicale satisfaisante mais qui pratique des tarifs très élevés⁷. Cette concentration de médecins pratiquant des prix élevés est problématique car elle prive d'accès aux soins les patients les plus vulnérables qui n'ont pas les moyens de payer les dépassements. Par conséquent, la liberté d'installation et de tarification renforce les disparités géographiques et financières d'accès aux soins.

De surcroît, ce constat des limites de la liberté de tarification et d'installation met en lumière un autre dysfonctionnement dans le système de santé français. C'est celui des « médecins mercenaires », qui sont payés jusqu'à 3 000 € pour une garde de 24 h à l'hôpital public. Face à la pénurie de personnel, les hôpitaux

⁶ Montmartin B. & Herrera M. (2023), « Spatial dependence in physicians' prices and additional fees: Evidence from France », *Journal of Health Economics*, Volume 88, 102724.

⁷ Dépassements d'honoraires - Stop à la médecine spécialisée à deux vitesses - Action UFC-Que Choisir. (2024, 22 février). *UFC-Que Choisir*. <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-depassements-d-honoraires-stop-a-la-medecine-specialisee-a-deux-vitesses-n117134/>

ont besoin de faire appel à des médecins intérimaires qui assurent des vacations à des prix très élevés. À titre de comparaison, un médecin hospitalier en poste est payé 500 à 600 € pour une journée de travail. En conséquence, certains médecins ont choisi d’user du système et ne travaillent que quelques jours par mois en tant qu’intérimaire. Cette flexibilité leur permet de travailler moins qu’un médecin engagé auprès d’un hôpital et de toucher une rémunération trois à quatre fois supérieure. Sur France Inter, Frédéric Adnet, chef du service des urgences de l’hôpital Avicenne, à Bobigny déclare : « *Il faut immédiatement réguler ce travail intérimaire avec l’arrêt de ces salaires mirobolant. Il faut dans le même temps revaloriser les gardes hospitalières. L’indemnité de garde pour un praticien hospitalier de 250 euros n’a pas été revalorisée depuis plus de 20 ans. 250 euros, c’est 20 euros de l’heure*⁸. »

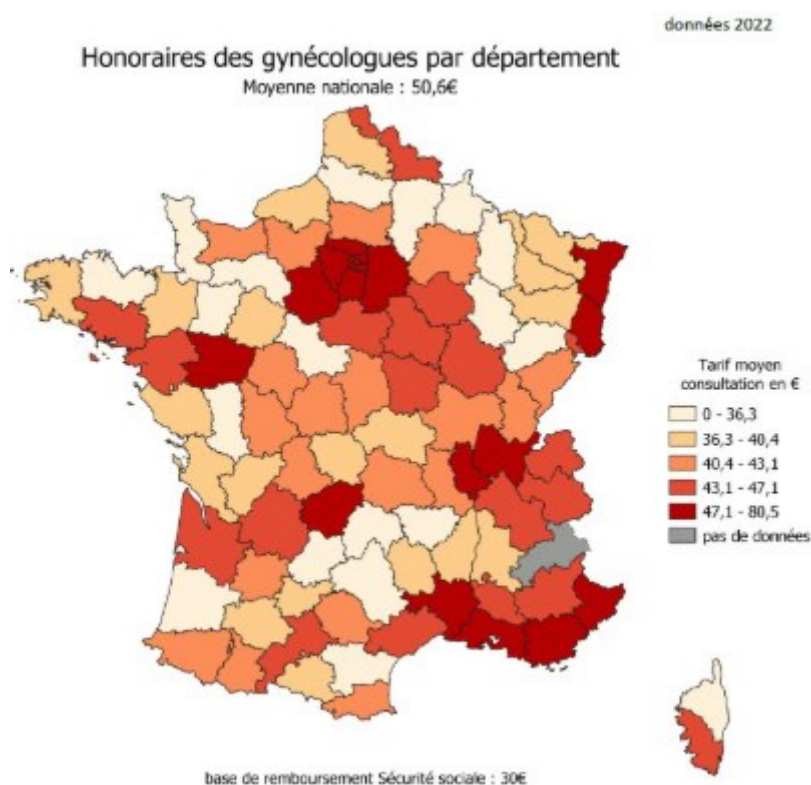


Figure 1. Les différences de tarification des gynécologues par département.⁹

⁸ Dhollande, V. (2022, 1 juin). Des médecins « mercenaires » payés jusqu’à 3000 euros pour une garde de 24h. *France Inter*. <https://www.radiofrance.fr/franceinter/des-medecins-mercenaires-payes-jusqu-a-3000-euros-pour-une-garde-de-24h-6089315>

⁹ Données de l’assurance maladie.

B. L'EFFET DES DÉSERTS MÉDICAUX SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime qu'entre 2010 et 2024 la densité médicale a augmenté dans 31 départements, tandis que dans les 69 autres elle s'est détériorée¹⁰. Les chiffres du Gouvernement révèlent une situation alarmante avec, en 2024, environ 87 % du territoire classé en désert médical, une réalité qui met en difficulté tout le système de santé français, un problème menant à un autre¹¹. L'UFC - Que Choisir met en lumière dans l'étude *Accès aux soins - La médecine hospitalière et de ville en état d'urgence vitale* l'interdépendance entre médecine de ville et médecine hospitalière. L'étude évalue le lien entre la fréquentation des services d'urgences et la densité de médecins généralistes et pédiatres. Elle démontre que l'offre de médecine de ville a un impact direct sur la tension des services d'urgences. Plus précisément, une diminution de 1 % de la densité des médecins libéraux dans un département augmente jusqu'à 0,6 % l'activité des urgences sur le court terme, et jusqu'à 0,9 % sur le long terme¹².

Face à une tension accrue de l'ensemble du système de santé français, les pouvoirs publics ont décidé de s'emparer du sujet. Une proposition de loi transpartisane (loi Garot) vise à réguler le droit d'installation des médecins libéraux en limitant les possibilités d'installation dans les zones déjà bien dotées afin de lutter contre les déserts médicaux. Elle est, depuis le 12 mai 2025, en première relecture au Sénat. La principale mesure consiste à conditionner, par spécialité, toute autorisation d'installation dans les zones où l'offre de soin est suffisante à la cessation d'activité d'un médecin d'une même spécialité. En outre, la loi souhaite inciter les médecins déjà installés dans une zone bien dotée à effectuer un certain nombre de consultations dans les zones sous-dotées¹³.

Le Gouvernement Bayrou a également pris cet enjeu au sérieux. Le 25 avril 2025, l'ancien Premier ministre a dévoilé des mesures destinées à enrayer le phénomène de désertification médicale. Il s'agirait d'élargir l'accès aux études de santé dès 2026 et d'imposer aux étudiants en médecine de réaliser un stage hors CHU et dans une zone sous-dotée. L'idée que les médecins devraient consacrer deux jours par mois à des consultations dans des déserts médicaux a été réitérée. Plus récemment, le Premier ministre Sébastien Lecornu affirmait vouloir lutter contre les déserts médicaux par la mise en place d'un réseau de 5 000 maisons « France Santé » avec une offre soins à moins de 30 minutes¹⁴.

¹⁰ Vie Publique. (2025). Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane. <https://www.vie-publique.fr/loi/298457-deserts-medicaux-regulation-installation-medecins-proposition-loi-garot>

¹¹ Info.gouv.fr. (2025). Le pacte du Gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux. <https://www.info.gouv.fr/actualite/former-plus-principe-de-solidarite-le-plan-du-gouvernement-face-aux-deserts-medicaux>

¹² Dépassements d'honoraires - Stop à la médecine spécialisée à deux vitesses - Action UFC - Que Choisir. (2024, 22 février). *UFC-Que Choisir*. <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-depassements-d-honoraires-stop-a-la-medecine-specialisee-a-deux-vitesses-n117134/>

¹³ David, R. (2025, 13 mai). Déserts médicaux : le Sénat conditionne la liberté d'installation des médecins dans certains territoires, avec l'aval du gouvernement. *Public Sénat*. <https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/deserts-medicaux-le-senat-conditionne-la-liberte-dinstallation-des-medecins-dans-certains-territoires-avec-laval-du-gouvernement>

¹⁴ Afp, L. F. A. (2025, 13 septembre). Déserts médicaux : Sébastien Lecornu veut un réseau « France Santé » avec une offre soins à moins de 30 minutes. *Le Figaro*. <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/deserts-medicaux-sebastien-lecornu-veut-un-reseau-france-sante-avec-une-offre-soins-a-moins-de-30-minutes-20250913>

II. LES SOLUTIONS POUR REMÉDIER AUX DÉSERTS MÉDICAUX

A. LES POLITIQUES DE RÉGULATION DES INSTALLATIONS

Pour réduire le processus de désertification médicale, une première mesure envisageable, est la régulation de l'installation des médecins libéraux. En France, pour certaines professions de santé (sage-femmes et chirurgiens-dentistes) des mesures allant dans ce sens existent déjà sous le nom de « conventionnement sélectif ». Pour ces professions, l'autorisation d'exercice accordée par l'ARS tient compte des besoins des territoires et peut subordonner le conventionnement d'un professionnel à son installation dans une zone tendue. Ces derniers ne sont conventionnés que si un autre professionnel de la même spécialité cesse son activité dans les zones non tendues. C'est, par ailleurs, la logique de la loi Garot dont le conventionnement sélectif vise à forcer l'installation dans les zones tendues¹⁵. Il existe également des « contrats d'engagement de service public » qui permettent aux étudiants en médecine d'exercer dans une zone sous-dotée en échange d'une allocation. Les mesures existantes vont donc dans le sens d'une installation régulée des médecins, une idée consensuelle dans la classe politique comme le caractère transpartisan de la loi Garot le démontre. En effet, le principal argument en faveur de cette mesure est la réduction des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

La régulation de l'installation des médecins libéraux est évoquée et discutée depuis longtemps en France mais subit de nombreuses critiques, notamment car elle remet en cause le principe de liberté d'installation du médecin. En outre, le projet d'obligation d'installation des médecins dans certaines zones géographiques pourrait être contesté devant le Conseil constitutionnel au regard du principe de la liberté d'exercer une activité économique. La Constitution française reconnaît cette la liberté comme un principe à valeur constitutionnelle¹⁶. De plus, un médecin contraint pourrait être moins motivé, ce qui impacterait potentiellement la quantité et la qualité de l'offre de soins. Le graphique ci-dessous illustre les principales motivations ayant conduit à leur décision d'installation. Il apparaît que les deux critères les moins souvent cités sont les aides logistiques et financières, ainsi que l'installation dans un lieu où l'offre de médecine générale était insuffisante. À l'inverse, les critères de proximité et d'épanouissement familial sont considérées comme très importants.

¹⁵ Trabi, S. (2025, 28 juin). *Déserts médicaux : que peut vraiment la loi Garot ?* La Fabrique des Soignants. <https://lafabriquedessoignants.org/article/deserts-medicaux-que-peut-vraiment-la-loi-garot/>

¹⁶ Vie publique. (2023). Qu'est-ce que la liberté d'entreprendre ?. <https://www.vie-publique.fr/fiches/291563-quest-ce-que-la-liberte-dentreprendre>

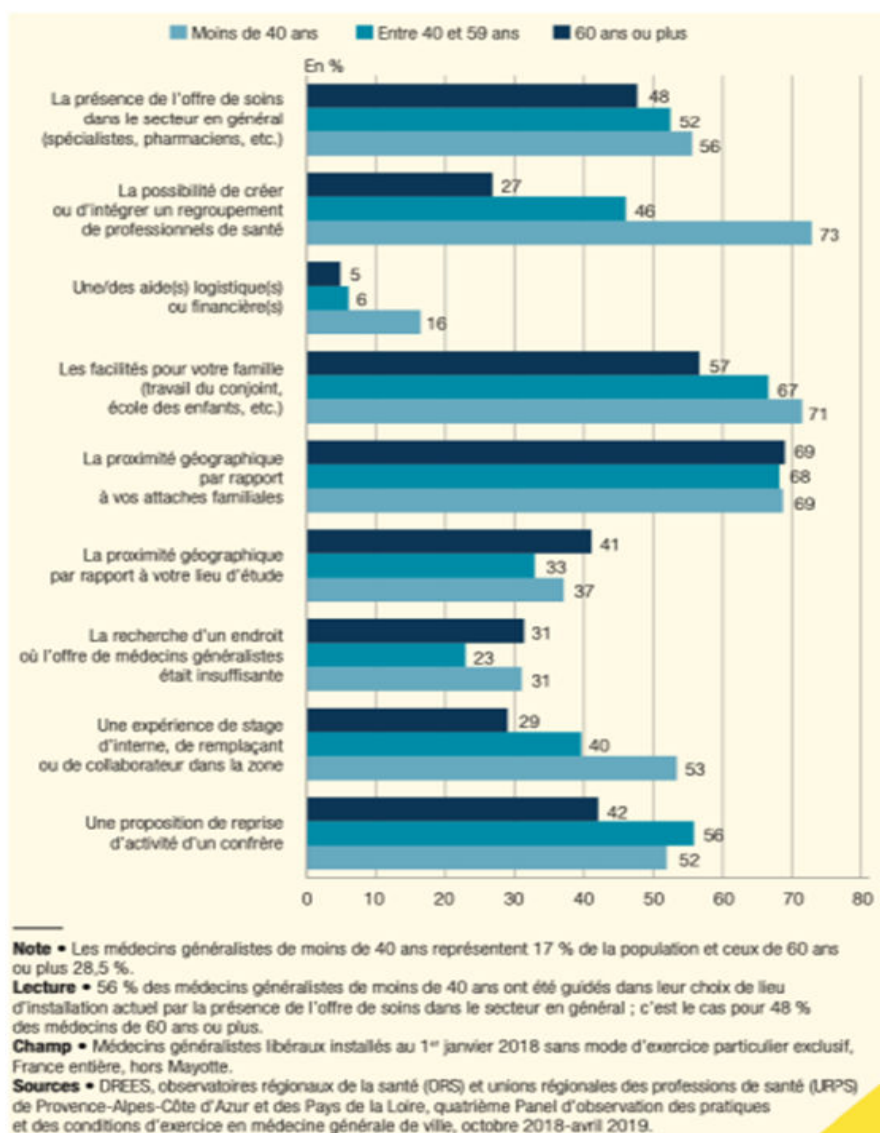


Figure 2. Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin.¹⁷

B. LES POLITIQUES INCITATIVES BASÉES SUR LE VOLONTARIAT

La régulation de l'installation n'est pas la seule voie possible pour régler le problème de désertification médicale ; les mécanismes incitatifs en constituent une autre. Ce type de politique vise à attirer les médecins dans les zones sous-dotées en leur offrant des avantages financiers, professionnels ou personnels. La force de cette approche est de préserver la liberté de choix du médecin (politique volontaire).

On distingue deux types d'incitations : financières et non financières (avantages professionnels et personnels). Les premières se matérialisent par des aides directes comme les primes d'installation ou la mise en place d'une rémunération majorée. Ces aides directes prennent également la forme d'exonérations fiscales ou sociales, d'aides au logement ou le remboursement des prêts étudiants. Les secondes, se

¹⁷ Dress (2021). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques Les leçons de la littérature internationale. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

matérialisent par des conditions de travail améliorées (intégration dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, accès à du matériel de pointe), le soutien à la formation continue, la réduction de la charge administrative (secrétariat), la mise à disposition de services de télémedecine et une aide à l'intégration familiale (accès aux écoles, activités culturelles et sportives).

La faiblesse principale des politiques incitatives réside dans le cœur du concept, le volontariat. En effet, ce type de politique suppose que le choix des médecins soit fortement sensible aux mesures incitatives et qu'il ne soit donc pas influencé par d'autres mécanismes comme une préférence pour la conformité aux normes professionnelles par exemple. Les études scientifiques mesurant l'efficacité des politiques incitatives auprès des médecins (majoritairement américaines) montrent une relative inefficacité de ces mesures. Concernant la France, un article récent de Lambotte et Montmartin¹⁸ analyse l'adoption volontaire d'un nouveau système de tarification (le contrat d'accès aux soins) visant à geler les dépassements d'honoraires en échanges d'incitations économiques. Les auteurs démontrent que le choix d'adopter ou non le nouveau contrat tarifaire est principalement le résultat d'une logique de conformisme à une norme locale et très minoritairement le résultat d'une réponse aux incitations économiques offertes. Autrement dit, l'adoption par un médecin du nouveau système de tarification est davantage conditionnée par l'adoption du contrat par ses pairs (au niveau départemental) que par les incitations économiques offertes. Ainsi, même si de nombreux médecins avaient un avantage économique à adopter le nouveau système de tarification, ils ne l'ont pas fait car la norme locale consistait à ne pas adopter ce contrat.

Sur la question des déserts médicaux, l'existence d'une adhésion importante des médecins libéraux aux normes sociales de la profession rend l'hypothèse d'une réponse forte aux mesures d'incitations à l'installation en zone sous-dotée peu probable. Le niveau de tarification choisi en secteur 2 par les nouveaux médecins s'installant dans des zones fortement dotées s'aligne sur les tarifs localement pratiqués (souvent élevés), ce qui peut leur garantir des revenus confortables même avec une activité réduite. Toutefois, la population locale à faibles revenus ne bénéficie pas de cette offre de soins supplémentaire, en raison de son incapacité à financer les restes à charge élevés, ce qui accentue la pression sur les services hospitaliers. D'ailleurs, l'aggravation de la désertification médicale observée ces dernières années s'est produite dans un contexte de multiplication des mesures incitatives pour l'installation en zone tendue, suggérant une efficacité limitée de ces dispositifs. À l'inverse, les mesures de régulation imposées à certaines professions médicales comme les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes (mesure de « conventionnement sélectif » discutée précédemment) semblent montrer une bien plus grande efficacité.

C. UN BESOIN DE POLITIQUES PUBLIQUES CIBLÉES

Comme nous l'avons discuté, les politiques de régulation et celles basées sur le volontariat comportent des avantages et des inconvénients. Une approche pragmatique serait de mobiliser ces deux types de politiques en fonction des situations et des objectifs à atteindre. À court terme, les effets de politiques de régulation semblent plus efficaces pour gérer des manques ciblés. À l'inverse, l'efficacité des politiques volontaires dépend du type d'incitations mises en œuvre ainsi que de la manière dont les médecins y répondent. L'acceptabilité des mesures de régulation est souvent faible car elles violent le principe de liberté d'installation. À l'inverse, l'acceptabilité des politiques incitatives est beaucoup plus forte car elle n'entrave

¹⁸ Lambotte M. & Montmartin B. (2025). « Competition, Conformism and the voluntary adoption of policies designed to freeze prices ». GREDEG WP No. 2025-17.

pas la liberté d'installation du médecin. Il convient de mentionner que les politiques de régulation impliquent souvent des coûts administratifs plus élevés que les politiques incitatives. À long terme, les politiques incitatives pourraient s'avérer plus efficaces, dans la mesure où le choix d'installation des médecins en zone tendue reposerait sur une décision pleinement volontaire, limitant ainsi les risques de mobilité ultérieure vers des zones déjà bien dotées. Au contraire, les politiques de régulation fondées sur une durée minimale d'installation en zone sous-dotée pourraient s'avérer moins efficaces à long terme. En effet, un médecin insatisfait de son « affectation » pourrait tout à fait choisir de retourner en zone bien dotée une fois cette durée obligatoire écoulée. L'effort demandé aux médecins et son impact sur leur motivation constituent et demeurent un enjeu central. Le risque, souvent mis en avant par les syndicats de médecins, est que les praticiens contraints réduisent leur offre ou se déconventionnent. Si un mouvement important de déconventionnement devait émerger à la suite de la mise en place d'une régulation des installations, les conséquences pourraient être très négatives. En effet, cela entraînerait une augmentation significative du reste à charge pour les patients, tout en contrevenant à la réduction des inégalités d'accès aux soins sur le territoire, dans la mesure où une partie de la population ne pourrait pas financer ces soins. L'importance de la menace de déconventionnement est difficilement mesurable puisque les médecins ont conscience qu'une telle décision réduirait de facto leur patientèle.

A l'heure actuelle, il semble que les décideurs politiques privilégient l'approche par la régulation pour endiguer les déserts médicaux. Le 27 juin 2025, le Premier ministre François Bayrou a présenté une cartographie de 151 « zones rouges » pour la « mission de solidarité obligatoire » des médecins. À partir de septembre 2025, les médecins généralistes devront dédier jusqu'à deux jours par mois pour épauler leurs confrères et consœurs exerçant dans des déserts médicaux¹⁹. L'UFC - Que Choisir propose d'aller encore plus loin avec des mesures complémentaires visant à améliorer la coordination entre la médecine hospitalière et la médecine de ville et à piloter la formation afin de prioriser les spécialités et les régions où la démographie médicale est insuffisante²⁰. D'autres pistes proposent d'instaurer un conventionnement territorial des médecins qui ne leur permettrait plus de s'installer dans des zones sur-dotées, à l'exception de médecins du secteur 1 si le besoin est urgent ou en remplacement d'un départ en retraite. De surcroît, fermer l'accès au secteur 2 limiterait les dépassements d'honoraires en obligeant les nouveaux médecins à exercer en secteur 1. Toutefois, ces mesures ne font pas l'unanimité chez les responsables politiques et provoquent une véritable défiance de la part des médecins libéraux.

Les effets positifs et négatifs des solutions envisagées en France nous amènent à nous interroger sur le fonctionnement des systèmes de soins des autres pays : font-ils face à la même problématique de désertification médicale ? Si oui, comment essaient-ils d'y répondre ?

¹⁹ Stromboni, C. (2025, 27 juin). Déserts médicaux : le gouvernement définit 151 zones rouges pour la « mission de solidarité obligatoire » des médecins. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/06/27/deserts-medicaux-le-gouvernement-definit-151-zones-rouges-pour-la-mission-de-solidarite-obligatoire-des-medecins_6616081_3224.html

²⁰ Accès aux soins - La médecine hospitalière et de ville en état d'urgence vitale - Action UFC - Que Choisir. (2023, 3 avril). *UFC-Que Choisir*. <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-la-medecine-hospitaliere-et-de-ville-en-etat-d-urgence-vitale-n106898/>

III. LES MODÈLES ÉTRANGERS : UNE SOURCE D'INSPIRATION ?

A. EN EUROPE

Bien que comparaison ne soit pas raison, il est pertinent d'analyser comment est organisé le système de santé dans d'autres pays et de comprendre leur approche pour lutter contre les déserts médicaux.

En Allemagne, la médecine libérale est organisée en fonction d'une planification régionale par le biais de « *Kassenärztliche Vereinigungen (KV)* », en français « associations de médecins conventionnés ». Elles jouent un rôle clef dans la planification des besoins et l'allocation des zones d'implantation. Pour ce faire, elles s'appuient sur des mesures financières via des aides à l'installation (jusqu'à 60 000-70 000 €), des aides au loyer ou des garanties de revenu pour les premières années d'installation. Elles utilisent également des mesures non financières telles que la promotion de la création de centres de santé afin de réduire l'isolement et la charge de travail des médecins libéraux.

Au Royaume-Uni, la médecine libérale s'organise sous forme de réseaux de soins primaires : les *Primary Care Networks*. Ils encouragent les médecins à travailler en réseau afin de mieux partager les ressources et le personnel et de rendre la pratique en zone rurale plus attractive. Outre les financements, les autorités britanniques ont mises en place des programmes de formation spécifiques pour les médecins membres de *Primary Care Networks* œuvrant dans les zones rurales.

En Suède, les autorités ont privilégié la piste du salariat pour organiser l'offre de médecine. Une grande partie des médecins généralistes travaillent comme salariés dans des centres de santé publics, ce qui offre une sécurité d'emploi, des horaires réguliers et moins de charge administrative, rendant les postes en zones rurales plus attractifs. À l'image de l'Allemagne et de la Grande Bretagne, la Suède privilégie des salaires plus élevés pour les postes en zones rurales et faiblement dotées²¹.

B. HORS D'EUROPE

Au Canada et en Australie, les incitations financières occupent une place prépondérante dans la lutte contre les déserts médicaux. Par exemple, les programmes de remboursement de prêts pour les étudiants en médecine en échange d'années de service dans des zones rurales sont très répandus. Des bourses spécifiques sont également accordées aux étudiants s'engageant à pratiquer dans des zones rurales. Durant leur cursus de formation, certains établissements poussent les étudiants en médecine à effectuer des stages obligatoires en milieu rural pour les exposer à ce cadre de travail. Enfin, les autorités sanitaires proposent au conjoint une aide à la recherche d'emploi et un soutien à la relocalisation dans le cadre d'installation dans des zones sous-dotées. Selon le rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des

²¹ Ström, M. (2020, 4 septembre). « På landsbygden arbetar man på ett mer idealiskt sätt i primärvården ». Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/08/pa-landsbygden-arbetar-man-pa-ett-mer-idealiskt-satt-i-primarvarden/>

statistiques) *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : Les leçons de la littérature internationale*, l'Australie, le Canada et le Japon ont adoptées des stratégies visant à sélectionner dès l'entrée dans les écoles de médecine une partie des étudiants en fonction de leur probabilité d'exercer dans un désert médical une fois diplômé²². En effet, le rapport montre qu'un médecin d'origine rurale sera plus enclin à s'installer dans ce type de zone. L'Australie est même allée plus loin en créant des universités rurales comme la *James Cook University* en 1999²³.

Contrairement à la France, qui dispose d'une couverture santé publique et universelle, les États-Unis s'appuient principalement sur des assurances privées. Le système de santé américain repose sur un modèle mixte, dominé par la couverture privée, généralement financée par les employeurs ou souscrite individuellement, mais complété par des programmes publics comme le *Medicare* (pour les personnes âgées) et le *Medicaid* (pour les populations à faibles revenus), financés par l'État fédéral et les États. C'est un système fondé sur une logique de « marché » où les patients achètent des services de santé à des fournisseurs qui sont soumis à une régulation étatique ou fédérale²⁴. Ainsi, la France et les États-Unis ont mis en place des systèmes très différents pour l'organisation de la médecine libérale. Outre-Atlantique, l'organisation des soins est constituée en réseaux intégrés de médecins libéraux qui s'organisent en groupes oligopolistiques²⁵. En d'autres termes, les médecins se regroupent dans des structures comme les *Health Maintenance Organization* (HMO), les *Accountable Care Organization* (ACO) ou *Kaiser Permanente* afin d'optimiser les coûts et la coordination des soins. L'avantage de ce modèle est que l'esprit de corps y est très présent et cela permet une organisation des soins médicaux plus intégrée et coordonnée. À titre de comparaison, la médecine libérale en France s'organise majoritairement autour de cabinets individuels, ce qui rend le partage d'informations et la collaboration entre médecins plus difficile²⁶. Aux États-Unis, l'installation des médecins est en principe libre, mais elle est encadrée par l'obligation d'obtenir une licence d'exercice dans chaque État. En pratique, leur lieu et mode d'exercice sont largement conditionnés par des facteurs économiques et organisationnels : la présence de grands réseaux de soins (HMO, ACO) ou des systèmes intégrés (*Kaiser Permanente*) influence fortement la localisation des praticiens, qui exercent souvent en tant que salariés ou partenaires de ces structures. Puisque la décision d'installation est étroitement conditionnée par des facteurs économiques, comme les opportunités offertes par les hôpitaux, la demande locale en soins ou la couverture assurantielle des patients, les zones défavorisées sont moins attractives.

Les États-Unis sont touchés par la même problématique des déserts médicaux. En 2021, il est estimé que « 80 % des comtés américains ne disposent pas d'un accès adéquat aux services nécessaires pour rester en

²² DREES (2021). *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : Les leçons de la littérature internationale*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

²³ Faucon, N. (2023). *Lutte contre les déserts médicaux : et comment font les autres pays dans le monde ?*. La Montagne. https://www.lamontagne.fr/paris-75000/actualites/lutte-contre-les-deserts-medicaux-et-comment-font-les-autres-pays-dans-le-monde_14324617/

²⁴ Diplomatie.gouv. *Le système de santé aux États-Unis : organisation et fonctionnement*. [rapport_systeme_sante_us_cle863719.pdf](https://diplomatie.gouv.fr/rapport_systeme_sante_us_cle863719.pdf)

²⁵ Galvis-Narinos, F. et Montélimard, A. (2009). *Le système de santé des États-Unis. Pratiques et Organisation des Soins*. 40(4), 309-315. <https://doi.org/10.3917/pos.404.0309>.

²⁶ Craps. (2024, 6 mars). « Notre système de santé aux États-Unis est très diversifié et complexe ». Craps. <https://www.thinktankcraps.fr/notre-systeme-de-sante-aux-etats-unis-est-tres-diversifie-et-complexe/>

bonne santé.²⁷ ». Afin de lutter contre ces déserts médicaux, diverses approches ont été adoptées. Une première consiste en la mise en place de subventions et d'aides financières. Par exemple, entre 2012 et 2014, le *US Department of Health and Human Services* et le *US Department of Agriculture* ont alloué environ un milliard de dollars de financement pour les soins de santé en milieu rural dans treize États du pays²⁸. Une autre approche testée est la formation de médecins issus du milieu rural. La HRSA (*U.S. Department of Health and Human Services - Health Resources and Services Administration*) a, en 2024, financé à hauteur de onze millions de dollars des programmes dans les zones rurales afin de former des médecins localement (par exemple en médecine familiale ou en gynécologie obstétrique avec spécialisation rurale)²⁹. Un autre exemple est le *Physician Shortage Area Programme* (PSAP), en Pennsylvanie, qui sélectionne et forme des médecins qui exerceront en zone rurale aux États-Unis³⁰. Dans leur lutte contre les déserts médicaux, les Américains ont mis en place des programmes d'aide au remboursement des prêts étudiants. Pour en bénéficier, les médecins doivent exercer leur spécialité dans une zone en pénurie de professionnels de santé pendant au moins deux ans³¹. Une dernière démarche, plus court-termiste, est l'expansion de la télémédecine³².

²⁷ Corn, J. (2025, 2 janvier). « Council Post: How to close the healthcare desert gap and improve access in the US ». Forbes. <https://www.forbes.com/councils/forbesbusinesscouncil/2025/01/02/how-to-close-the-healthcare-desert-gap-and-improve-access-in-the-us/>

²⁸ « \$ 1 Billion Invested in Rural Health Care Across 13 States ». (2015, août 12). whitehouse.gov. <https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2015/05/05/1-billion-invested-rural-health-care-across-13-states>

²⁹ « HRSA Invests \$ 11 Million to Expand Medical Residencies in Rural Communities ». HRSA. (2024, 13 juin). <https://www.hrsa.gov/about/news/press-releases/expand-medical-residencies>

³⁰ « Les stratégies des pays de l'OCDE pour en finir avec la désertification médicale ». Maire-Info, quotidien d'information destiné aux élus locaux. <https://www.maire-info.com/les-strategies-des-pays-de-l-ocde-pour-en-finir-avec-la-desertification-medicale-article2-25913>

³¹ « NHSC Loan Repayment Program ». NHSC. (2025, 1 mai). <https://nhsc.hrsa.gov/loan-repayment/nhsc-loan-repayment-program>

³² Corn, J. *op. cit.*

RECOMMANDATIONS

1. PRIVILÉGIER LA RÉGULATION DE L'INSTALLATION DES MÉDECINS

Généraliser la pratique du « conventionnement sélectif » à la médecine libérale. Le conventionnement d'un médecin serait autorisé si un autre médecin de la même spécialité cesse son activité. C'est par ailleurs la logique de la loi Garot dont le conventionnement sélectif vise à forcer l'installation dans les zones sous tensions.

Augmenter les contrats d'engagement de service public qui permettent aux étudiants en médecine d'exercer dans une zone sous-dotée en échange d'une allocation.

Ces régulations pourraient alors être confortées par :

2. LES POLITIQUES D'INCITATIONS FONDÉES SUR LE VOLONTARIAT

Attirer les médecins dans les zones sous-dotées en leur offrant des avantages financiers. Cette solution permet de préserver la liberté d'installation du médecin (politique volontaire) tout en l'encourageant à s'installer dans une zone à faible concentration médicale. Elles se matérialisent par des aides directes (prime d'installation ou subventions) pour couvrir les frais d'installation du médecin, par la mise en place d'une rémunération majorée impliquant des tarifs de consultation plus élevés ou des compléments de revenus pour les actes réalisés dans les zones sous-dotées. Les exonérations fiscales ou sociales, les aides au logement et le remboursement des prêts d'étudiants sont d'autres incitations financières qui existent pour motiver les médecins à s'installer dans des zones sous-dotées.

Attirer les médecins dans les zones sous-dotées en leur offrant des avantages professionnels et personnels. Ces avantages se matérialisent à travers des conditions de travail améliorées (intégration dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, accès à du matériel de pointe), le soutien à la formation continue, la réduction de la charge administrative (secrétariat), la mise à disposition de services de télémedecine et une aide à l'intégration familiale (accès aux écoles, activités culturelles et sportives).

Promouvoir la création de centres de santé pour réduire l'isolement et la charge de travail des médecins libéraux.

3. RÉORGANISER LA FORMATION MÉDICALE

Développer des programmes de formation spécifiques et recruter des étudiants en médecine issus de zones peu denses et souhaitant exercer dans les zones rurales.

Renforcer les pratiques pluri-disciplinaires lors de la formation et créer un **parcours de « pratiques avancées en zone rurale »** permettant à des professionnels du secteur paramédical de soulager la pression exercée sur les médecins en zone sous-dotées. Par exemple, à travers des périodes de stages en immersion dans les zones rurales.

CONCLUSION

La comparaison des politiques d'installation des médecins libéraux révèle une nette préférence internationale pour les approches incitatives basées sur le volontariat. Bien que l'idée d'une régulation de l'installation puisse sembler une solution efficace et rapide face aux déserts médicaux, elle se heurte à des obstacles importants puisque la liberté d'installation est un principe fondateur du système français. Le projet d'obligation d'installation des médecins dans certaines zones géographiques pourrait être contesté au nom de la liberté d'entreprendre. Une régulation forcée risque aussi de générer une démobilisation voire un déconventionnement d'une partie des professionnels. C'est pourquoi l'usage d'une régulation par autorisation d'installation semble permettre de contourner cet obstacle. En effet, les mesures de régulation à l'installation imposées à d'autres professions de santé, notamment les sage-femmes et les chirurgiens-dentistes, semblent fonctionner.

Les politiques incitatives, qu'elles soient financières (primes, salaires majorés, remboursement de prêts) ou non financières (amélioration des conditions de travail, soutien administratif, accès à la formation, aide à l'intégration familiale), sont généralement mieux acceptées par les professionnels de santé. Contrairement aux mesures de régulation, l'idée est de créer un environnement attractif permettant un choix d'installation volontaire dans les zones sous tensions. Cependant, et notamment en France, les mesures incitatives mises en œuvre depuis plusieurs années peinent à démontrer une réelle efficacité dans la lutte contre la désertification médicale qui continue de s'étendre dans le pays.

Le contexte spécifique français avec un système de conventionnement hétérogène, un rôle très important des syndicats de médecins dans les négociations avec l'assurance maladie ainsi qu'une demande largement financée par l'État crée un environnement favorable à l'établissement de normes comportementales locales qui limitent de facto l'influence d'incitations financières ou extra-financières dans la prise de décision.

Nous concluons qu'il n'y a pas de solution miracle dans la lutte contre les déserts médicaux et que les pouvoirs publics doivent, en premier lieu, tenir compte de la spécificité du contexte français afin d'utiliser les outils les plus adaptés. Si les mesures incitatives sont un levier qui peut être efficace dans certains contextes, à l'évidence elles ne le sont pas dans le cas français. À tout le moins, les expériences passées ne permettent pas d'évincer l'idée que des mesures de régulation pour les médecins libéraux permettraient de combattre plus efficacement les déserts médicaux.

AUTEURS

Benjamin Montmartin, Professeur d'économétrie et de sciences des données à SKEMA Business School, il est également directeur de la Chaire pour la prévention et l'accès aux soins (SKEMA – Université Côte d'Azur). Ses recherches portent principalement sur le comportement économique des professionnels de santé libéraux (tarification, localisation) et sur l'évaluation de l'efficacité des politiques publiques de santé. Il a réalisé de nombreuses études pour l'UFC Que-Choisir sur les problématiques d'accès aux soins et de désertification médicale. Il est également à l'origine d'une plateforme unique de données de santé et lancera en 2026 le premier observatoire de l'accès aux soins en France. Celui-ci permettra à l'ensemble des parties prenantes (patients, professionnels de santé, collectivités, entreprises, État) de suivre l'évolution de la désertification médicale à un niveau infra-communal.

Sean Scull, Chargé de projets think tank, est Doctorant en science de l'information et de la communication à l'Université Paul Valéry-Montpellier III. Il est diplômé de sciences politiques avec une spécialisation en relations internationales de l'université de Göteborg et d'un master en politiques internationales avec une spécialisation en politique anglophone de l'université de Toulon. Sean a vécu et travaillé en Suède et aux États-Unis d'Amérique.

COMITE DE LECTURE

Frédérique Vidal, Directrice du développement de SKEMA Publika et directrice de la stratégie et de l'impact scientifique de SKEMA Business School. Professeur des universités en biologie, Présidente de l'université de Nice Sophia Antipolis entre 2012 et 2017, puis ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, dans les gouvernements Philippe et Castex de 2017 à 2022. Elle a été conseillère spéciale auprès du Président de l'EFMD et est aussi actuellement Représentante Permanente de la Principauté de Monaco auprès des Nations Unies Environnement et de la Commission Baleinière.

Date de publication : novembre 2025

Retrouvez l'ensemble de nos publications sur : publika.skema.edu

Contact : publika@skema.edu