Réformer les aides à l’installation médicale en ZIP

La proposition en clair

Concentrer les aides sur les zones prioritaires, fidéliser les praticiens et améliorer concrètement leurs conditions d’exercice.

Pourquoi agir ?

Une hausse nationale qui ne résout pas les écarts : La DREES compte 242 200 médecins actifs début 2026, soit 12,2 % de plus qu’en 2012. Cette progression inclut toutes les spécialités et tous les modes d’exercice : elle ne signifie pas que chaque village dispose d’un généraliste accessible.

Une baisse de l’offre accessible : Selon la DREES, l’accessibilité potentielle aux généralistes est passée de 3,8 consultations annuelles par habitant en 2015 à 3,3 en 2024. Cet indicateur estime une offre accessible, et non les rendez-vous réellement obtenus.

Un fossé entre territoires : En 2024, les 10 % d’habitants les moins bien dotés ont une accessibilité moyenne de 1,3 consultation par an, contre 5,7 pour les 10 % les mieux dotés : un rapport de 4,3. Une moyenne nationale masque donc des situations très différentes.

Des zones durablement fragiles : La proportion d’habitants vivant dans des territoires sous-dotés en généralistes est passée de 3,8 % à 5,7 % entre 2015 et 2018 selon une étude DREES. Cette mesure historique ne doit pas être confondue avec le zonage ZIP actuel.

Situation actuelle

Un ciblage territorial déjà organisé : Les agences régionales de santé délimitent des zones d’intervention prioritaire (ZIP). Ce zonage permet de concentrer certaines aides, mais ne mesure pas à lui seul les patients nouvellement suivis ou la durée de présence des médecins.

Des primes nouvelles en 2026 : L’Assurance maladie prévoit pour les nouveaux bénéficiaires une aide de 10 000 € en ZIP et de 5 000 € en zone d’action complémentaire, accompagnée de majorations territoriales. Les anciens contrats continuent selon leurs engagements.

53,1 M€ pour les contrats démographiques : Selon la Cour des comptes, quatre contrats de l’Assurance maladie représentaient 53,1 M€ en 2023 pour environ 4 800 bénéficiaires. Ce chiffre mesure des dépenses et bénéficiaires, pas autant d’installations nettes supplémentaires.

Mesures proposées

Cibler les installations utiles : Réserver le nouveau parcours aux premières installations ou aux implantations qui augmentent réellement l’accès aux soins dans une ZIP. Un simple changement d’adresse sans offre supplémentaire ne suffirait pas.

Récompenser la fidélité : Verser une prime annuelle progressive, après contrôle de l’activité effective : 8 000 € la première année, puis 12 000 €, 16 000 €, 20 000 € et 24 000 €. Le total peut atteindre 80 000 € sur cinq ans, sous conditions publiées.

Aider le cabinet à fonctionner : Prévoir jusqu’à 20 000 € de dépenses justifiées : 8 000 € pour le cabinet et le numérique, 8 000 € pour le secrétariat ou l’assistance, 4 000 € pour la coordination. Une même facture ne serait jamais financée deux fois.

Permettre la mobilité raisonnable : Un médecin pourrait passer d’une ZIP à une autre sans perdre automatiquement ses droits. Une interruption justifiée serait traitée selon des règles transparentes ; les sommes indûment perçues pourraient être récupérées de façon proportionnée.

Ouvrir des coopérations volontaires : Étudier jusqu’à 400 parcours annuels avec des pays hors Union européenne, en finançant langue médicale, adaptation et tutorat. Chaque accord devrait protéger les systèmes de santé partenaires et respecter les autorisations françaises.

Suivre les résultats concrets : Publier chaque année les installations, les départs, les patients suivis, le temps de consultation et les dépenses. Comparer les ZIP aidées avec des territoires comparables et corriger le dispositif si les habitants ne constatent aucune amélioration.

Calendrier de mise en œuvre

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

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

Année n : premier lancement : Après adoption des règles et vote des crédits, ouvrir une première cohorte cible de 3 000 installations. Verser les premières primes après vérification, financer les frais de démarrage éligibles et mettre en place le suivi. Dépense indicative : 104 M€.

Coûts et financement

Distinguer dépenses et engagements : Le programme de cinq cohortes représenterait 1 milliard d’euros de paiements entre n et n+4 : 600 M€ de primes, 300 M€ d’appui matériel, 75 M€ de coopération et 25 M€ de gestion et contrôle.

Ne pas oublier les années suivantes : Les primes augmentent avec l’ancienneté. Après n+4, 600 M€ resteraient dus aux cinq cohortes. Le coût complet serait donc de 1,6 milliard d’euros, et non de 1 milliard.

Créer une recette à confirmer : La mesure envisage une contribution de 5 % sur les dépassements d’honoraires réellement encaissés. Sur une assiette indicative de 4,5 milliards d’euros en 2024, le calcul théorique donne 225 M€ par an. Ce n’est pas une recette garantie.

Assumer le besoin complémentaire : À partir de n+4, la dépense annuelle du scénario atteint 320 M€. Même avec 225 M€ de recettes, il manque 95 M€ cette année-là. Ce montant doit être voté ou redéployé après vérification, et non présenté comme déjà financé.

Tester les recettes moins favorables : Si le rendement réel était inférieur de 10 %, la contribution rapporterait 202,5 M€ et l’écart annuel serait de 117,5 M€ à 320 M€ de dépenses. Les lois de financement devront prévoir une marge de sécurité.

Source : page KAIROS « proposition-17.html » transmise le 29 octobre 2026. Cette fiche résume les éléments publiés ; consulter la page pour le texte complet.