



SOCIÉTÉ ET DÉMOGRAPHIE

Hôpital public

Neuf thèses sur la démographie médicale et les déserts médicaux français

QUESTION DE RECHERCHE

« Quelles articulations entre hôpital public, médecine de ville et déploiement territorial des soins permettraient de résorber durablement les déserts médicaux structurels et de répondre à la fragmentation actuelle de l'offre médicale ? »

Hôpital public et déserts médicaux

Neuf thèses sur la démographie médicale, le maillage territorial, le Service d'Accès aux Soins et la régulation

« Quelles articulations entre hôpital public, médecine de ville et déploiement territorial des soins permettraient de résorber durablement les déserts médicaux structurels et de répondre à la fragmentation actuelle de l'offre médicale ? »

STRUCTURE DU DOCUMENT

1. **Partie I** — Synthèse méthodologique

Synthèse méthodologique · Hôpital public et déserts médicaux

2. **Partie II** — Rapport de fond et thèses Nexus

Rapport de fond · Hôpital public, soins primaires et déserts médicaux

3. **Partie III** — Recherche empirique source

Rapport de recherche empirique · Hôpital public et déserts médicaux

STATUT ÉDITORIAL

Publication Nexus officielle. Le rapport réunit trois livrables complémentaires : la synthèse méthodologique (cartographie des positions, état empirique, controverses), le rapport de fond avec les neuf thèses Nexus (THESE-2026-046 à 054) et leurs conditions de réfutation, et la recherche empirique source qui en constitue la matière première. Conformément à la Charte Nexus, chaque thèse reçoit un identifiant unique, un statut épistémique explicite, un niveau de robustesse empirique gradué et des conditions de réfutation observables.

Référence RAPPORT_HOPITAL_PUBLIC — v2.0

Version 2-0 — validée par le comité de lecture Nexus

Éditeur Nexus, think tank falsificationniste — association loi 1901

Protocole Charte Nexus — sources vérifiées, comité de lecture, statut épistémique explicite, révision déclenchée par les conditions de réfutation.

Sommaire

PARTIE I — SYNTHÈSE MÉTHODOLOGIQUE

Avertissement et statut éditorial	5
I. Cadrage	5
II. Cartographie des positions	5
III. État empirique synthétique	5
IV. Comparaisons internationales	6
V. Controverses identifiées	6
VI. Angles morts	7
VII. Cahier des sources	7
VIII. Clôture	9

PARTIE II — RAPPORT DE FOND ET THÈSES NEXUS

Avertissement et statut éditorial	12
Résumé exécutif	13
I. Cadrage, question de recherche et articulation aux transitions Nexus	14
II. État empirique de référence	16
III. La distinction structurante : crise structurelle vs crise conjoncturelle	19
IV. Les neuf thèses Nexus	20
V. Articulation aux trois transitions transverses Nexus	25
VI. Cadre des politiques publiques et conséquences opérationnelles	26
VII. Comparaisons internationales détaillées	27
VIII. Examen des principales objections	28
IX. Ce que ce travail ne traite pas et pourquoi	29
X. Bibliographie hiérarchisée	29
XI. Note d'usage et clôture	30
X. Trajectoires-types et cas concrets — Hôpital public et déserts médicaux	31
XI. Analyse territoriale fine — typologie des bassins en France	32
XII. Indicateurs de suivi et tableau de bord opérationnel	33
XIII. Examen des contre-arguments principaux	34
XIV. Mise en perspective historique et symbolique	35
XV. Articulation européenne et tendances internationales	36
XVI. Calendrier détaillé de mise en œuvre des réformes 2026-2035	37
XVII. Coordination interministérielle et gouvernance opérationnelle	38
XVIII. Communication publique et débat démocratique	40
XIX. Risques de mise en œuvre et mesures préventives	41
XX. Parties prenantes et coalition d'acteurs	42
XXI. Trajectoires chiffrées détaillées à 5, 10, 20 ans	43
XXII. Articulation explicite aux autres rapports Nexus	45
XXIII. Méthodes d'évaluation et indicateurs avancés	47
XXIV. Perspectives à 2045-2050 et conditions de soutenabilité de long terme	48
XXV. Synthèse globale et invitation au débat	49
XXVI. Lecture critique et auto-critique du rapport	51
XXVII. Postface — l'enjeu démocratique au cœur du projet Nexus	52
XXVIII. Considérations finales pour les acteurs sectoriels	54
XXIX. Annexe — récapitulatif des thèses et conditions de falsifiabilité	56

PARTIE III — RECHERCHE EMPIRIQUE SOURCE

Note de cadrage	60
1. Cartographie des positions	60
2. État empirique : démographie médicale et déserts médicaux	63
3. L'hôpital public en crise — fermetures de services, sous-effectif, financement	65
4. La fin du numerus apertus (juin 2025) et la réforme de la formation médicale	66
5. Politiques publiques en cours	67
6. Comparaisons internationales	69
7. Articulation aux trois transitions transverses Nexus	71
8. Angles morts et limites empiriques	71
9. Sources mobilisées : liste hiérarchisée	73

PARTIE I

Synthèse méthodologique

SYNTHÈSE MÉTHODOLOGIQUE

Hôpital public et déserts médicaux

Cartographie des positions, état empirique, controverses identifiées

Domaine : Société et démographie

Format : Synthèse méthodologique (Charte VI.4)

Version 1-0 · Validé par le comité de lecture Nexus

Avertissement et statut éditorial

Publication Nexus officielle, validée le 6 juillet 2026. Format Synthèse méthodologique (Charte VI.4). Compagnon empirique du rapport de fond Rapport_Hopital_Public_v1-0.

I. Cadrage

Question : « Comment expliquer la persistance et l'aggravation des déserts médicaux français malgré les politiques publiques engagées depuis 2017, et comment articuler offre hospitalière et offre de soins primaires sur les territoires ? »

Périmètre : France entière, hôpital public et ville. Comparaisons : Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Canada. Date de référence : mai-juillet 2026.

II. Cartographie des positions

Voir détail en section 1 du rapport de recherche empirique. Synthèse :

- Ministérielles : ministère de la Santé (Rist, plan Maisons France santé), Enseignement supérieur (suppression numerus apertus juin 2025), ARS.
 - Parlementaires : Cour des comptes (RPA 2024, Ralfss 2024), Sénat (Vanlerenberghe 2021, Briens 2024), Assemblée nationale (Lévi 2024, Garot 2025), IGAS, HCAAM.
 - Organisations professionnelles : Ordre des médecins, MG France, CSMF, FMF, SML, FHF, France Assos Santé.
 - Chercheurs : Dormont, Samson, Franc, Vigneron, Coldefy, Pierru, Champy, Chaput, Mortier.
 - Internationales : OCDE Health at a Glance, OMS.
-

III. État empirique synthétique

- 241 255 médecins en activité (+11,9 % vs 2010). 45 468 généralistes libéraux (-19,1 %).
- 6,7 millions de Français sans médecin traitant. 87 % du territoire en désert médical.

- 50 000 postes hospitaliers vacants. 5 700 lits fermés en 2023. Déficit hôpital > 2 Mds €/an.
- Suppression numerus apertus 17 juin 2025. Projection +8 000 places en 5 ans.
- Plan Maisons France santé : 2 000/5 000, budget 130 M€.

IV. Comparaisons internationales

Allemagne : 4,5 médecins/1 000 hab, régulation forte (Bedarfsplanung). Royaume-Uni : 2,8, NHS sous tension chronique. Suède : 4,3, régionalisée salariale. Canada-Québec : 2,7, situation comparable à la France. France : 3,4, plus forte hétérogénéité territoriale d'Europe occidentale.

V. Controverses identifiées

V.1 Mesure des déserts médicaux

Trois indicateurs concurrents : ZIP ARS, APL DREES, indicateur gouvernemental 87 %. Le débat méthodologique n'est pas tranché. Implications politiques : les zones éligibles aux incitations varient selon l'indicateur retenu.

V.2 Régulation à l'installation

Position 1 (Mission Garot 2025, certaines associations d'usagers, gauche) : régulation autoritaire de l'installation à l'allemande. Position 2 (Ordre, syndicats médicaux, droite) : régulation contre-productive, effet repoussoir sur les vocations. La synthèse signale la controverse (THESE-2026-053).

V.3 Effet propre des incitations

Position 1 (ministère) : les incitations (CESP, CAIM, COSCOM) ont un effet. Position 2 (Cour des comptes, IRDES) : effet d'aubaine élevé, effet propre limité (<0,2 médecin/dispositif). La synthèse retient la position 2 (THESE-2026-051).

V.4 Modèle d'organisation des soins

Position 1 (libéral classique) : maintenir le médecin de famille en exercice libéral, soutenir par incitations. Position 2 (modes coordonnés) : pousser le MSP, centres de santé, CPTS comme modèle dominant. Position 3 (salarial) : développer les centres de santé municipaux salariaux comme alternative au libéral.

V.5 T2A et financement hospitalier

Position 1 (réforme) : T2A à maintenir mais à amender (forfaits, dotations modulées). Position 2 (abandon) : retour à une dotation globale type pré-2004. Position 3 (mixte) : combinaison flexible. Débat non tranché.

V.6 Effet des CPTS et MSP

Position 1 (favorable) : les CPTS améliorent la coordination ville-hôpital, à généraliser. Position 2 (réservée) : effet sans évaluation contrefactuelle rigoureuse, risque de bureaucratisation. La synthèse retient la position 1 sous condition d'évaluation (THESE-2026-049).

V.7 Téléconsultation — opportunité ou désintermédiation ?

Position 1 : la téléconsultation est un levier d'accès aux soins en zones sous-dotées. Position 2 : elle dégrade la qualité du suivi, accentue la désintermédiation, et bénéficie principalement à des acteurs privés.

VI. Angles morts

Voir section 8 du rapport de recherche empirique. Synthèse :

- Mesure des déserts médicaux contestée.
- Effet propre des incitations à l'installation non isolé.
- Effet attendu de la suppression du numerus apertus incertain.
- Effet des CPTS et MSP peu évalué empiriquement.
- Effet T2A débattu.
- Effet de la téléconsultation à long terme inconnu.
- Articulation hôpital-ville mal mesurée.
- Outre-mer sous-traité.

VII. Cahier des sources

Voir section 9 du rapport de recherche empirique pour le cahier complet.

VII.1 Premier rang

- INSEE, DREES (juillet 2025), Ordre des médecins (Atlas), DGOS, ARS.
- Cour des comptes (RPA 2024, Ralfss 2024).

- Sénat (Vanlerenberghe 2021, Briens 2024). Assemblée nationale (Lévi 2024, Garot 2025).
- IGAS, HCAAM, HAS.
- Recherche peer-reviewed : Dormont, Samson, Franc, Vigneron, Coldefy, Pierru, Champy. IRDES.
- OCDE Health at a Glance 2024-2025.

VII.2 Second rang

- FHF, FEHAP, FHP. MG France, CSMF, FMF, SML. APH, INPH.
- France Assos Santé. AMF, ADF.
- Le Monde, Les Échos, Mediapart, Le Quotidien du médecin.

VII.3 Fiches d'études-clés

Fiche 1 — DREES, démographie médicale 2025 (rapport juillet 2025).

- Référence centrale. -19,1 % généralistes libéraux depuis 2010.

Fiche 2 — Ordre national des médecins, Atlas 2025.

- 241 255 médecins en activité. Données par âge, sexe, mode d'exercice, géographie.

Fiche 3 — Cour des comptes, RPA 2024 chapitre hôpital.

- Sous-financement structurel hôpital public. Pénurie personnels.

Fiche 4 — HCAAM, rapport 2024 prospective 2030.

- Incertitude prospective. Transformations structurelles nécessaires.

Fiche 5 — Mission Garot 2025 (Assemblée), régulation installation.

- Débat parlementaire sur les obligations d'installation.

VII.4 Note méthodologique de triangulation

- Densité médicale : DREES, OCDE, Ordre — convergence (3,4/1 000).
- Sans médecin traitant : Assurance maladie, MG France, ministère — convergence (6,7 M).
- Lits fermés : FHF, DGOS — convergence (5 700 en 2023).
- Numerus apertus : ministère, presse — convergence (17 juin 2025, +8 000 places).

Divergences signalées : mesure des déserts médicaux (6,7 M sans médecin traitant vs 40 M concernés vs 87 % territoire) ; effet propre des incitations à l'installation ; projections démographie médicale à 10-15 ans (incertitude prospective forte).

VIII. Clôture

Publication officielle Nexus, validée le 6 juillet 2026. Articulation aux livrables S6.

Protocole de révision : Charte IV.3. Déclencheurs : évaluation numerus apertus, bilan Maisons France santé, réforme structurelle.

— Fin de la synthèse méthodologique —

*Synthèse méthodologique Nexus — Hôpital public et déserts médicaux — Version
1-0 — Validé par le comité de lecture Nexus*

PARTIE II

Rapport de fond et thèses Nexus

RAPPORT DE FOND

Hôpital public, soins primaires et déserts médicaux

Neuf thèses sur la démographie médicale, le maillage territorial, le Service d'Accès aux Soins et la régulation

Domaine : Société et démographie

Périmètre : système hospitalier public et soins primaires — France métropolitaine

Comparaisons internationales : Allemagne, Belgique, Royaume-Uni, Québec

Version 2-0 — Refonte densifiée · Version 1-0 validée par le comité de lecture Nexus

« Une politique d'accès aux soins se mesure aux personnes qu'elle laisse sans soin. »

Charte Nexus, v0-2

Sommaire — Partie II

Avertissement et statut éditorial	12
Résumé exécutif	13
I. Cadrage, question de recherche et articulation aux transitions Nexus	14
II. État empirique de référence	16
III. La distinction structurante : crise structurelle vs crise conjoncturelle	19
IV. Les neuf thèses Nexus	20
THESE-2026-046 — Reconnaître les déserts médicaux comme problème structurel	20
THESE-2026-047 — Évaluer la suppression du numerus apertus	21
THESE-2026-048 — Soutenir et stabiliser les Maisons France santé	21
THESE-2026-049 — Articuler hôpital public et soins primaires	22
THESE-2026-050 — Renforcer le déploiement des IPA	22
THESE-2026-051 — Réformer la rémunération de la médecine de ville	23
THESE-2026-052 — Renforcer la formation en milieu rural	23
THESE-2026-053 — Débat démocratique sur les obligations d'installation	24
THESE-2026-054 — Reconnaître l'incertitude prospective sur le rebond	24
V. Articulation aux trois transitions transverses Nexus	25
VI. Cadre des politiques publiques et conséquences opérationnelles	26
VII. Comparaisons internationales détaillées	27
VIII. Examen des principales objections	28
IX. Ce que ce travail ne traite pas et pourquoi	29
X. Bibliographie hiérarchisée	29
XI. Note d'usage et clôture	30
X. Trajectoires-types et cas concrets — Hôpital public et déserts médicaux	31
XI. Analyse territoriale fine — typologie des bassins en France	32
XII. Indicateurs de suivi et tableau de bord opérationnel	33
XIII. Examen des contre-arguments principaux	34
XIV. Mise en perspective historique et symbolique	35
XV. Articulation européenne et tendances internationales	36
XVI. Calendrier détaillé de mise en œuvre des réformes 2026-2035	37
XVII. Coordination interministérielle et gouvernance opérationnelle	38
XVIII. Communication publique et débat démocratique	40
XIX. Risques de mise en œuvre et mesures préventives	41
XX. Parties prenantes et coalition d'acteurs	42
XXI. Trajectoires chiffrées détaillées à 5, 10, 20 ans	43
XXII. Articulation explicite aux autres rapports Nexus	45
XXIII. Méthodes d'évaluation et indicateurs avancés	47
XXIV. Perspectives à 2045-2050 et conditions de soutenabilité de long terme	48
XXV. Synthèse globale et invitation au débat	49
XXVI. Lecture critique et auto-critique du rapport	51
XXVII. Postface — l'enjeu démocratique au cœur du projet Nexus	52
XXVIII. Considérations finales pour les acteurs sectoriels	54
XXIX. Annexe — récapitulatif des thèses et conditions de falsifiabilité	56

Avertissement et statut éditorial

Le présent rapport est une refonte densifiée (version 2-0) du rapport Hôpital public, soins primaires et déserts médicaux, validé par le comité de lecture Nexus le 6 juillet 2026. La refonte porte le rapport au standard de profondeur du premier rapport Nexus (IA à l'école, mai 2026), avec étayage empirique étendu, comparaisons internationales détaillées, conditions de réfutation étendues à 4-6 items par thèse, et articulation explicite aux trois transitions transverses Nexus.

Périmètre. Le périmètre couvre le système de santé français (hôpital public et soins primaires) en France métropolitaine, avec une focale spécifique sur les déserts médicaux (territoires sous-dotés en offre médicale) et sur l'articulation hôpital-ville. Sont écartés du périmètre : la santé privée hors contrat (cliniques privées, médecine de ville libérale stricte sans articulation conventionnelle), traités lorsque pertinents mais non périmètre principal ; les questions psychiatriques traitées dans un rapport dédié (S12 santé mentale, août 2026) ; les questions de fin de vie (rapport S25, octobre 2027). L'Outre-mer est écarté du périmètre principal.

Conformément au protocole de la Charte Nexus, chaque thèse (THESE-2026-046 à 054) reçoit un identifiant unique, un statut épistémique explicite, un niveau de robustesse empirique gradué, et des conditions de réfutation étendues à 4-6 items par thèse.

Avertissement falsificationniste. Le sujet de la démographie médicale et des déserts médicaux est statistiquement bien documenté (DREES, ARS, Conseil de l'Ordre des Médecins), mais les analyses convergent sur la difficulté méthodologique principale : la définition opératoire du « désert médical » varie selon les sources (zonage ARS, indicateurs INSEE-DREES, perception des élus locaux), et la mesure du problème dépend fortement de la métrique retenue (temps d'accès au médecin généraliste, densité médicale standardisée, proportion d'habitants sans médecin traitant). Cette ambiguïté définitoire est, en soi, un angle mort du sujet, signalé à la section IX.

Résumé exécutif

Question structurante. Comment articuler la sortie de la crise hospitalière publique (urgences saturées, démissions, fermetures de services) et la résorption des déserts médicaux (territoires sous-dotés en médecins généralistes et spécialistes), dans un contexte de démographie médicale contrainte à court terme et de rebond hypothétique à moyen terme avec la suppression du numerus apertus en 2024 ?

Réponse cardinale. Les déserts médicaux français sont un problème structurel et non conjoncturel. Ils résultent de l'accumulation de quatre déterminants documentés : (a) numerus clausus restrictif sur 40 ans (1971-2021), qui produit une démographie médicale contrainte irréversible à court terme ; (b) concentration métropolitaine et littorale des installations libérales (effet d'agglomération, qualité de vie, accès aux plateaux techniques) ; (c) transformation des préférences professionnelles des jeunes médecins (préférence pour le salariat, équilibre vie-travail, refus de l'engagement à long terme sur un cabinet libéral) ; (d) érosion comparative de la rémunération des médecins généralistes français par rapport à la moyenne OCDE. La résolution ne peut être conjoncturelle ; elle exige une trajectoire pluriannuelle articulant plusieurs leviers complémentaires.

Architecture argumentative. Le rapport documente la situation sur trois plans : statistique (démographie médicale, déserts médicaux, urgences, hôpital public), qualitatif (enquêtes IFOP, syndicales, associatives) et comparatif international (Allemagne, Belgique, Royaume-Uni, Québec). Il formule neuf thèses ciblant les leviers de résorption progressive : Maisons France santé, Service d'Accès aux Soins (SAS), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Hôpitaux de proximité, Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), formation médicale en milieu rural, débat démocratique sur la régulation de l'installation.

Les neuf thèses Nexus. THESE-2026-046 à 054. Quatre consolidées : 046 (reconnaître le problème comme structurel), 047 (évaluer le numerus apertus), 048 (soutenir les Maisons France santé), 049 (articuler hôpital public et soins primaires via SAS et CPTS). Trois hypothèses de travail : 050 (renforcer les IPA et l'accès direct), 051 (réformer la rémunération de la médecine de ville), 052 (renforcer la formation pratique en milieu rural). Deux opinions assumées : 053 (débat démocratique sur les obligations d'installation), 054 (reconnaître l'incertitude prospective sur le rebond).

Trois priorités stratégiques. Premièrement, le maillage territorial des soins primaires : déploiement de 5 000 Maisons France santé d'ici 2027 (vs 2 000 attendues été 2026), 500 hôpitaux de proximité, 1 500 CPTS opérationnelles. Deuxièmement, la coordination ville-hôpital : SAS

opérationnel sur tout le territoire (95 % de population couverte), accès au médecin traitant garanti, prise en charge des urgences non vitales par les CPTS. Troisièmement, l'évaluation des leviers de moyen terme : suppression du numerus apertus 2024 (effet sur le nombre de médecins formés), extension des compétences IPA, réforme de la rémunération en ville.

Cadre des politiques publiques. Le sujet mobilise une architecture institutionnelle dense : ministère de la Santé, 18 Agences Régionales de Santé (ARS), 102 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), Conseil de l'Ordre des médecins, Conférences régionales et nationale de la santé, Conseils départementaux et régionaux pour certains volets (PMI, action sociale), unions régionales des professionnels de santé (URPS). Le financement mobilise l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), les budgets hospitaliers (T2A et dotations), les conventions médicales (rémunération de la médecine de ville). Le coût total du système de santé français représente ~11,3 % du PIB en 2024.

Comparaisons internationales. Quatre pays mobilisés. L'Allemagne (Bedarfsplanung — planification territoriale par les Kassenärztliche Vereinigungen, régulation conventionnelle de l'installation libérale). La Belgique (numerus clausus modéré, contingentement par communauté linguistique, télémedecine encadrée). Le Royaume-Uni (NHS Primary Care avec liste de patients par médecin, accessibilité hospitalière par triage). Le Québec (problème des déserts médicaux documenté de longue date, dispositifs incitatifs aux installations rurales, PREM — Plans Régionaux d'Effectifs Médicaux).

Angles morts. Définition opératoire du désert médical hétérogène. Effet propre de la suppression du numerus apertus 2024 non encore mesurable. Effet contrefactuel des Maisons France santé non évalué rigoureusement. Données fines sur le turnover médical en zone sous-dotée fragmentaires.

Conditions globales de réfutation. Trois familles d'événements pourraient déclencher une révision : retournement substantiel de la démographie médicale (rebond mesurable avant 2030 sous l'effet de la suppression du numerus apertus 2024) ; publication d'évaluations contrefactuelles rigoureuses sur les Maisons France santé, le SAS, les CPTS, les IPA ; adoption d'une loi de régulation forte de l'installation (obligation d'installation, conventionnement territorial) modifiant les paramètres du raisonnement.

I. Cadrage, question de recherche et articulation aux transitions

I.1 La question, telle qu'elle est posée

La question structurante du rapport est la suivante : « Comment articuler la sortie de la crise hospitalière publique (urgences saturées, démissions, fermetures de services) et la résorption des déserts médicaux, dans un contexte de démographie médicale contrainte à court terme et de rebond hypothétique à moyen terme avec la suppression du numerus apertus en 2024 ? ». Cette formulation est volontairement étroite : elle écarte les questions psychiatriques (rapport S12), la fin de vie (S25), les questions de santé publique sur les épidémies et la prévention (rapport S21 à venir), et les questions de gouvernance pure de l'hôpital public sans articulation territoriale.

La période de référence empirique est 2020–2026, avec une focale sur l'après-COVID (2022–2026) qui a constitué un point de bascule pour le système de santé français. L'horizon prospectif implicite est 2030–2035 : les effets de la suppression du numerus apertus 2024 ne se déploieront qu'à partir de 2030–2032, et les transformations structurelles du système de soins prennent typiquement 5–10 ans.

I.2 Périmètre démographique et thématique

Le périmètre démographique couvre l'ensemble des professionnels de santé en exercice en France métropolitaine, avec attention particulière aux médecins généralistes (~98 000 en 2024 selon le Conseil de l'Ordre), aux médecins spécialistes (~120 000), aux infirmiers en pratique avancée (~3 000 en 2024, en croissance rapide), aux pharmaciens (~74 000), et aux personnels hospitaliers (~1,2 million tous statuts confondus). La population cible des analyses est la population générale en France métropolitaine, avec attention particulière aux habitants des territoires sous-dotés (estimés entre 6 et 11 millions selon les définitions opératoires).

Le périmètre thématique couvre cinq dimensions. Premièrement, la démographie médicale (médecins par habitant, répartition territoriale, pyramide des âges, projections). Deuxièmement, l'accès aux soins de premier recours (médecin traitant, urgences, soins infirmiers). Troisièmement, l'hôpital public (T2A, urgences, démissions, ratio personnel/patients). Quatrièmement, les dispositifs de maillage territorial (Maisons France santé, hôpitaux de proximité, CPTS). Cinquièmement, la régulation de l'installation et les leviers conventionnels.

I.3 Articulation aux trois transitions transverses Nexus

Le rapport relève du domaine structurant « Infrastructures publiques et santé » de la Charte Nexus, en articulation avec le rapport S3 sur le handicap. Il mobilise les trois transitions transverses Nexus. La transition mobilité est centrale : l'accès aux soins est une question de mobilité (distance domicile-médecin, transport sanitaire, télé médecine comme alternative à la présence physique). La transition cognitive intervient sur la télé médecine, l'intelligence artificielle médicale (rapport S15 prévu septembre 2026), et la formation continue des professionnels. La transition énergétique intervient sur la rénovation des bâtiments hospitaliers et des établissements de santé.

I.4 Posture épistémologique et statut des thèses

Les thèses sont graduées en quatre consolidées (O46, O47, O48, O49), trois hypothèses de travail (O50, O51, O52), deux opinions assumées (O53, O54). Chaque thèse reçoit un statut épistémique explicite et des conditions de réfutation étendues à 4-6 items dans la présente refonte v2-0.

I.5 Méthode de triangulation

Les données structurantes sont triangulées sur au moins deux sources indépendantes. Effectifs médecins généralistes 2024 : triangulation Conseil de l'Ordre, DREES, INSEE — convergence sur ~98 000. Maisons France santé déployées : triangulation ministère, ARS, Banque des Territoires — convergence sur ~1 870 à fin 2025. Déserts médicaux : convergence partielle entre zonage ARS officiel, indicateurs DREES (Accessibilité Potentielle Localisée), enquêtes UFC-Que Choisir. Le périmètre exact du « désert médical » reste une question définitoire ouverte.

II. État empirique de référence

II.1 Démographie médicale française à la date de référence

Les données du Conseil de l'Ordre des médecins, DREES et INSEE convergent sur le panorama suivant.

- Effectif total médecins en activité régulière France métropolitaine 2024 : ~218 000 (~98 000 généralistes, ~120 000 spécialistes).
- Densité médicale standardisée : 3,3 médecins pour 1 000 habitants (vs 4,2 moyenne OCDE).

- Variance territoriale : densité 4,8/1 000 en Île-de-France et PACA, 2,3/1 000 dans les Hauts-de-France et le Centre-Val de Loire.
- Âge moyen des médecins en exercice : 51 ans (en hausse depuis 30 ans).
- Médecins de plus de 60 ans : 30 % (départs en retraite massifs à anticiper sur 2025–2030).
- Habitants sans médecin traitant 2024 : ~6 millions (estimation Assurance Maladie).
- Territoires sous-dotés (Zones d'Intervention Prioritaire — ZIP — du zonage ARS) : couvrent ~30 % de la population française.

Lecture analytique. La démographie médicale française est en tension structurelle. La densité moyenne masque une variance territoriale forte. Les départs en retraite massifs des baby-boomers médicaux (2025–2030) vont aggraver à court terme la pénurie, sans compensation immédiate par les nouvelles cohortes formées. La suppression du *numerus apertus* en 2024 (passage du *numerus apertus* à un *numerus clausus* régional plus souple) produira un effet sur les cohortes formées à partir de 2030–2032 — soit avec un délai de 6 à 8 ans avant impact sur l'offre médicale.

II.2 Hôpital public — la crise documentée

La crise hospitalière publique est documentée depuis 2020 sur plusieurs indicateurs. Démissions de personnels (toutes catégories confondues) : ~25 000 démissions annuelles depuis 2022, en hausse de 30 % par rapport à 2019. Vacance de postes médicaux hospitaliers : 30 % en spécialités sensibles (anesthésie-réanimation, médecine d'urgence, pédiatrie, gériatrie). Fermetures de services d'urgence la nuit ou le weekend dans environ 80 hôpitaux à l'été 2024. Saturation chronique des urgences générales : temps d'attente médian dépassant 4 heures dans 65 % des urgences hospitalières publiques. Le ratio personnel infirmier/patient s'est dégradé de 12 % entre 2019 et 2024 selon les enquêtes syndicales (CGT, SUD, CFDT-Santé Sociaux). La crise hospitalière s'articule étroitement à la crise de la médecine de ville : une partie des urgences hospitalières est constituée de patients n'ayant pas accès à un médecin généraliste de proximité (estimation : 20–30 % des passages aux urgences pour des motifs non vitaux).

II.3 Le dispositif Maisons France santé

Le plan Maisons France santé (rebaptisé depuis Maisons de santé pluriprofessionnelles, MSP), lancé en 2018 et amplifié en 2022, a déployé environ 1 870 structures à fin 2025, regroupant en moyenne 12–15 professionnels de santé (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, autres). L'objectif initial était de 2 000 d'ici l'été 2026 ; cet objectif est en voie d'atteinte. L'objectif consolidé à horizon 2027 est

de 5 000 MSP, sous réserve de financement pérenne et d'engagement des collectivités. Le bilan empirique est ambivalent. Effet documenté sur l'attractivité territoriale (les MSP attirent davantage de jeunes médecins dans les zones sous-dotées que l'installation libérale isolée). Effet contrefactuel non évalué rigoureusement (THESE-2026-048). Variance forte selon les territoires, les porteurs de projet et les modèles économiques retenus.

II.4 Le Service d'Accès aux Soins (SAS)

Le SAS, déployé depuis 2022, vise à organiser l'accès aux soins non programmés sur l'ensemble du territoire. Plateforme téléphonique unifiée avec orientation par un médecin régulateur, coordination entre généralistes, urgences hospitalières et SOS Médecins. À la date de référence, le SAS couvre environ 70 % de la population française et doit être étendu à 95 % d'ici 2027. Le bilan opérationnel est positif sur les territoires déployés (réduction documentée des passages aux urgences pour motifs non vitaux), mais reste hétérogène selon la qualité des CPTS partenaires et l'engagement des médecins libéraux.

II.5 Les CPTS — Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Les CPTS, créées par la loi Touraine 2016 et fortement encouragées depuis 2019, sont des regroupements de professionnels de santé d'un territoire (médecins, infirmiers, kinés, pharmaciens, autres) qui s'engagent contractuellement à organiser conjointement l'accès aux soins, la prévention, la prise en charge des soins non programmés. À la date de référence, environ 750 CPTS sont opérationnelles, couvrant ~75 % du territoire. L'objectif est de 1 500 CPTS d'ici 2027. L'effet sur l'accès aux soins est documenté positivement, mais l'engagement effectif des médecins libéraux varie fortement selon les territoires et les pratiques.

II.6 Les IPA — Infirmiers en Pratique Avancée

Les IPA, créés par la loi de 2016 et déployés depuis 2018, sont des infirmiers diplômés d'État titulaires d'un diplôme universitaire de Master (Bac+5) leur conférant des compétences cliniques élargies (consultations, prescriptions de certains médicaments, suivi de pathologies chroniques) en coordination avec un médecin. À la date de référence, environ 3 000 IPA sont en exercice, dont une fraction substantielle dans les territoires sous-dotés. L'extension de leurs compétences (accès direct sans prescription médicale préalable) fait l'objet d'une expérimentation 2025-2026 dans plusieurs régions. Le bilan empirique disponible suggère un effet positif sur l'accès aux soins en territoire sous-doté, mais les effectifs restent insuffisants par rapport aux besoins.

II.7 Hôpitaux de proximité

Le statut d'hôpital de proximité, créé par la loi de 2019, vise à recentrer certains hôpitaux locaux (généralement ~40-100 lits) sur la médecine, les soins de suite et de réadaptation, l'hospitalisation à domicile, en lien étroit avec la médecine de ville. À la date de référence, environ 250 hôpitaux ont le statut, sur un objectif de 500 d'ici 2027. Le modèle vise à offrir une alternative au regroupement hospitalier en grand établissement métropolitain, tout en préservant un maillage territorial dense. Le bilan empirique est partiel : effet positif sur l'accès aux soins de proximité, mais coût d'investissement pour la mise aux normes des bâtiments anciens.

III. La distinction structurante : crise structurelle vs crise conjoncturelle

III.1 Énoncé de la distinction

La distinction analytique structurante du rapport oppose deux lectures. La lecture conjoncturelle interprète les déserts médicaux comme un creux conjoncturel, résorbable à court terme par des dispositifs incitatifs (primes à l'installation, aides au logement, mesures d'accompagnement). La lecture structurelle interprète les déserts médicaux comme un effet de la conjugaison de quatre déterminants documentés : numerus clausus 1971-2021, concentration métropolitaine et littorale des installations libérales, transformation des préférences professionnelles, érosion comparative de la rémunération des généralistes. Cette conjugaison produit un effet de système irréductible à des dispositifs incitatifs ponctuels.

Le rapport prend position pour la lecture structurelle (THESE-2026-046). L'étayage est documenté empiriquement : durée du mouvement (40 ans de numerus clausus restrictif), convergence des analyses Conseil de l'Ordre, DREES, IRDES, IPP sur les déterminants, échec relatif des dispositifs incitatifs locaux depuis 20 ans.

III.2 Implications pour les politiques publiques

Quatre implications : abandonner la rhétorique de la résolution rapide ; investir dans les leviers structurels (Maisons France santé, SAS, CPTS, hôpitaux de proximité, IPA) ; évaluer rigoureusement les dispositifs existants avant reconduction substantielle ; engager un débat démocratique sur la régulation de l'installation libérale sans tabou idéologique.

III.3 Variables modératrices

Cinq variables modératrices documentées : type de territoire (rural strict, péri-urbain, ville moyenne, métropole) ; spécialité médicale (gynécologie et pédiatrie sont en tension forte, médecine générale en tension croissante, certaines spécialités hospitalières en tension critique : anesthésie, urgences, gériatrie) ; structure d'âge des médecins en place (territoires à pyramide vieillissante connaissent des départs massifs prochains) ; densité du tissu paramédical (infirmiers, kinés, pharmaciens) qui peut partiellement compenser la pénurie médicale ; qualité de l'organisation locale (CPTS active, MSP dynamique).

IV. Les neuf thèses Nexus

THESE-2026-046

Reconnaître les déserts médicaux comme problème structurel

Statut épistémique **Thèse consolidée**

Robustesse empirique **Forte**

Thèse consolidée

Robustesse : Forte

Énoncé. La politique publique française doit reconnaître publiquement le caractère structurel des déserts médicaux, abandonner la rhétorique de la résolution rapide, et engager une trajectoire pluriannuelle articulant plusieurs leviers complémentaires.

Étayage. Durée du phénomène (40 ans de *numerus clausus* restrictif 1971-2021). Convergence des analyses Conseil de l'Ordre, DREES, IRDES, IPP. Échec relatif des dispositifs incitatifs locaux depuis 20 ans. Démographie médicale contrainte à court terme par les départs massifs en retraite.

Conditions de réfutation.

- Inflexion empirique majeure (densité médicale ZIP en hausse de plus de 10 % en 3 ans sans dispositif structurel) validant la lecture conjoncturelle.
- Démonstration empirique que les dispositifs incitatifs locaux ont eu un effet propre substantiel sous-estimé jusqu'ici.
- Émergence d'un consensus politique reconnaissant le caractère structurel sans intervention du rapport.
- Évolution sociétale modifiant les préférences des jeunes médecins en faveur de l'installation en zone sous-dotée.

Évaluer la suppression du numerus apertus

Statut épistémique **Thèse consolidée**Robustesse empirique **Forte****Thèse consolidée**

Robustesse : Forte

Énoncé. La suppression effective du numerus apertus en 2024 doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse à 5 ans et 10 ans, avant tout nouvel élargissement substantiel des capacités de formation médicale.

Étayage. Le numerus apertus est un dispositif récent dont les effets ne sont pas encore mesurables (cohortes formées à partir de 2030). L'évaluation rigoureuse permettra de calibrer les politiques ultérieures.

Conditions de réfutation.

- Publication d'une évaluation contrefactuelle rigoureuse confirmant l'effet attendu et justifiant l'élargissement.
- Émergence d'une crise démographique médicale plus sévère que prévu, imposant un nouvel élargissement avant l'horizon d'évaluation.
- Saturation du marché de la formation médicale (insuffisance de places en CHU, en stages, en formateurs).
- Substitution efficace par d'autres leviers (immigration médicale, IPA, télémedecine) rendant l'élargissement du numerus apertus secondaire.

Soutenir et stabiliser les Maisons France santé

Statut épistémique **Thèse consolidée**Robustesse empirique **Forte****Thèse consolidée**

Robustesse : Forte

Énoncé. Le déploiement des Maisons France santé doit être soutenu et stabilisé : 2 000 d'ici l'été 2026 (objectif en voie d'atteinte), 5 000 en 2027. Le financement pérenne (ARS et collectivités) doit être garanti.

Étayage. Effet documenté sur l'attractivité territoriale. Convergence des analyses ANCT, IRDES, Banque des Territoires.

Conditions de réfutation.

- Évaluation contrefactuelle démontrant un effet propre marginal des MSP sur l'accès aux soins en zone sous-dotée.
- Saturation des candidatures (insuffisance de porteurs de projet, de professionnels intéressés).
- Évolution du modèle (transformation des MSP en structures à fonctionnement différent : centres de santé municipaux, télémedecine renforcée) modifiant les paramètres.

- Substitution efficace par d'autres dispositifs produisant un effet équivalent.

THESE-2026-049

Articuler hôpital public et soins primaires

Statut épistémique **Thèse consolidée**

Robustesse empirique **Forte**

Thèse consolidée

Robustesse : Forte

Énoncé. L'articulation entre hôpital public et soins primaires doit être renforcée via le Service d'Accès aux Soins (SAS) opérationnel sur 95 % du territoire, des CPTS opérationnelles (1 500 d'ici 2027), et des hôpitaux de proximité (500 d'ici 2027).

Étayage. Bilan positif du SAS sur les territoires déployés. Réduction des passages aux urgences pour motifs non vitaux. Engagement variable des médecins libéraux selon les territoires.

Conditions de réfutation.

- Évaluation contrefactuelle démontrant un effet propre marginal du SAS, des CPTS ou des hôpitaux de proximité.
- Saturation des dispositifs (impossibilité de recruter les médecins régulateurs nécessaires).
- Évolution organisationnelle du système (intégration plus forte ville-hôpital) rendant le triptyque SAS-CPTS-hôpitaux de proximité moins pertinent.
- Substitution efficace par d'autres dispositifs (consultations de proximité numériques, télémédecine généralisée) produisant un effet équivalent.

THESE-2026-050

Renforcer le déploiement des IPA

Statut épistémique **Hypothèse de travail**

Robustesse empirique **Moyenne**

Hypothèse de travail

Robustesse : Moyenne

Énoncé. Le déploiement des Infirmiers en Pratique Avancée doit être substantiellement renforcé (objectif 10 000 IPA en 2030 vs 3 000 en 2024), avec l'extension expérimentale de l'accès direct devant être généralisée si l'expérimentation 2025-2026 confirme son intérêt.

Conditions de réfutation.

- Évaluation de l'expérimentation 2025-2026 démontrant des effets pervers (sur-prescription, défaut de suivi médical) ou marginaux.
- Résistance politique forte des médecins libéraux rendant le déploiement politiquement bloqué.

- Saturation des candidatures IPA (insuffisance d'infirmiers candidats).
- Substitution efficace par d'autres dispositifs (pharmaciens élargis, sages-femmes étendues).

THESE-2026-051

Réformer la rémunération de la médecine de ville

Statut épistémique **Hypothèse de travail**

Robustesse empirique **Moyenne**

Hypothèse de travail

Robustesse : Moyenne

Énoncé. La rémunération de la médecine de ville doit être réformée pour réduire les disparités territoriales : modulation conventionnelle accrue (primes substantielles ZIP), forfaits patientèle pour les médecins traitants, valorisation des consultations longues et coordonnées.

Conditions de réfutation.

- Évaluation démontrant que la modulation conventionnelle n'a pas d'effet propre sur l'installation en zone sous-dotée.
- Résistance des syndicats médicaux libéraux rendant la réforme politiquement impossible.
- Substitution par d'autres leviers (salariat médical, contractualisation territoriale).
- Évolution démographique médicale rendant la modulation incitative caduque.

THESE-2026-052

Renforcer la formation en milieu rural

Statut épistémique **Hypothèse de travail**

Robustesse empirique **Moyenne**

Hypothèse de travail

Robustesse : Moyenne

Énoncé. La formation pratique des étudiants en médecine en milieu rural et en zone sous-dotée doit être substantiellement renforcée (extension de la 4e année généraliste effective 2025-2026, stages en MSP obligatoires, stages en hôpitaux de proximité). L'objectif est de créer une expérience positive précoce qui infléchisse les préférences d'installation.

Conditions de réfutation.

- Évaluation de la 4e année généraliste 2025-2026 démontrant un effet propre marginal sur les installations.
- Saturation des terrains de stage en milieu rural.
- Substitution par d'autres leviers (programmes d'immersion plus précoces, vie étudiante en zone sous-dotée).

- Évolution démographique rendant la formation en milieu rural moins déterminante.

THESE-2026-053

Débat démocratique sur les obligations d'installation

Statut épistémique **Hypothèse de travail**

Robustesse empirique **Opinion assumée**

Hypothèse de travail

Robustesse : Opinion
assumée

Énoncé. Un débat démocratique honnête doit être engagé sur les obligations d'installation (régulation type allemand, conventionnement territorial obligatoire, contingentement par territoire), sans tabou idéologique. La position Nexus est de défendre l'examen rigoureux des modèles internationaux et l'expérimentation pilote, sans préjuger du résultat.

Conditions de réfutation.

- Engagement effectif d'un débat démocratique structuré (États généraux de la santé, Convention citoyenne) produisant des conclusions équilibrées.
- Démonstration empirique que les obligations d'installation produisent des effets pervers (départ des médecins concernés, dégradation de la qualité des soins).
- Refus collectif du débat sur ce sujet sensible, rendant la thèse politiquement inapplicable.
- Émergence d'un consensus alternatif (priorité à l'incitation, mise de côté de la régulation) résolvant la tension actuelle.

THESE-2026-054

Reconnaître l'incertitude prospective sur le rebond

Statut épistémique **Hypothèse de travail**

Robustesse empirique **Opinion assumée**

Hypothèse de travail

Robustesse : Opinion
assumée

Énoncé. La politique publique doit reconnaître la part irréductible d'incertitude prospective sur le rebond de la démographie médicale. L'effet de la suppression du numerus apertus 2024 est, à la date de référence, non encore mesurable, et les projections à 10 ans sont entachées d'incertitudes structurelles. L'honnêteté prospective exige de ne pas survendre les effets attendus.

Conditions de réfutation.

- Adoption institutionnelle de la pratique de scénarisation prospective contrastée sur la démographie médicale.
- Émergence d'une méthode alternative de communication de l'incertitude produisant un effet équivalent.
- Reconnaissance par les pouvoirs publics du caractère prospectif et incertain de la résolution de la crise.
- Démonstration que la scénarisation contrastée produit un effet pervers (immobilisme politique) supérieur aux bénéfices de transparence.

V. Articulation aux trois transitions transverses Nexus

V.1 Transition mobilité (centrale)

La transition mobilité est centrale dans ce rapport. L'accès aux soins est, par nature, une question de mobilité : distance domicile-médecin, transport sanitaire (SAMU, SMUR, ambulances, transports conventionnés), articulation domicile-hôpital, télé médecine comme alternative à la présence physique. La distinction Nexus mobilité forcée / immobilité subie s'applique au domaine des soins : les patients sans véhicule ni transport collectif adapté sont, dans les territoires sous-dotés, structurellement privés d'accès aux soins de proximité — c'est une forme d'immobilité subie qui produit des effets sanitaires graves documentés (renoncement aux soins, diagnostics tardifs, complications évitables).

V.2 Transition cognitive

La transition cognitive intervient sur trois dimensions. Premièrement, la télé médecine (téléconsultations, télé-expertise, télésuivi) qui peut partiellement compenser la pénurie médicale en zone sous-dotée — sans pouvoir s'y substituer entièrement. Deuxièmement, l'intelligence artificielle médicale (rapport S15 prévu septembre 2026) qui transformera substantiellement le travail médical dans les 5-10 prochaines années, avec effets différenciés selon les spécialités et les territoires. Troisièmement, la formation continue des professionnels de santé aux nouveaux outils.

V.3 Transition énergétique

La transition énergétique intervient sur la rénovation des bâtiments hospitaliers et des établissements de santé. Le parc hospitalier français est ancien (40 % construits avant 1980), avec une fraction substantielle en DPE F ou G. La rénovation thermique des hôpitaux et des MSP est estimée à 15-25 milliards d'euros sur 15 ans. Cette rénovation, articulée à l'accessibilité (rapport S3) et à la qualité de l'air intérieur, est un levier indirect mais réel d'amélioration des conditions de travail des personnels et des conditions d'accueil des patients.

VI. Cadre des politiques publiques et conséquences opérationnelles

VI.1 Architecture institutionnelle

Le sujet mobilise une architecture institutionnelle dense : ministère de la Santé (pilotage national, ONDAM, conventions médicales), 18 Agences Régionales de Santé (ARS — planification régionale, autorisation des établissements, zonage médical), 102 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM — remboursement, gestion des conventions), Conseil National de l'Ordre des médecins (déontologie, inscription), Conférence nationale et régionales de la santé (instances consultatives), unions régionales des professionnels de santé (URPS — représentation des libéraux), Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM — pilotage budgétaire des soins), Haute Autorité de Santé (HAS — recommandations cliniques, certification, évaluation).

VI.2 Principaux dispositifs

Maisons France santé / MSP (~1 870 à fin 2025). Service d'Accès aux Soins (couverture 70 % de population). CPTS (~750 opérationnelles). Hôpitaux de proximité (~250). IPA (~3 000). Pacte Territoire Santé (créé 2012, actualisé plusieurs fois). Convention médicale 2023-2027. Plan Ma santé 2022 (stratégie nationale). Plan d'urgence pour les urgences hospitalières (2024).

VI.3 Programmes territoriaux pertinents

Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) du zonage ARS. Contrats Locaux de Santé (CLS) entre ARS et collectivités. Schéma Régional de Santé (SRS) piloté par ARS. Plans Régionaux Santé Travail. Contrats Territoriaux de Santé Mentale.

VI.4 Réformes en cours et points de vigilance

Suppression du numerus apertus 2024 — son évaluation est l'objet de la thèse THESE-2026-047. Extension de la 4e année généraliste 2025-2026 (THESE-2026-052). Expérimentation accès direct IPA 2025-2026 (THESE-2026-050). Convention médicale 2023-2027 — sa réforme pour réduire les disparités territoriales est l'objet de la thèse THESE-2026-051. Plan Ma santé 2022 et son actualisation.

VI.5 Conséquences opérationnelles des neuf thèses

Si les neuf thèses étaient adoptées comme cadre de pilotage : reconnaissance publique du caractère structurel (O46) ; évaluation rigoureuse du numerus apertus 2024 (O47) ; soutien et stabilisation des MSP (O48) ; articulation hôpital-ville renforcée par SAS, CPTS, hôpitaux de proximité (O49) ; déploiement substantiel des IPA (O50) ; réforme de la rémunération de la médecine de ville (O51) ; renforcement de la formation en milieu rural (O52) ; engagement d'un débat démocratique sur les obligations d'installation (O53) ; reconnaissance de l'incertitude prospective sur le rebond (O54).

VII. Comparaisons internationales détaillées

VII.1 Allemagne — Bedarfsplanung

L'Allemagne a mis en place dès les années 1990 un système de Bedarfsplanung (planification territoriale par les besoins) piloté par les Kassenärztliche Vereinigungen (KV — associations conventionnées des médecins). Le système organise la régulation de l'installation libérale par territoire : un territoire sur-doté (densité supérieure de 10 % à la moyenne) ne peut accepter de nouvelles installations conventionnées ; un territoire sous-doté bénéficie de primes substantielles à l'installation. Le bilan empirique est positif sur les indicateurs de densité médicale territoriale, mais coûteux administrativement. Le modèle allemand sert d'inspiration à la thèse THESE-2026-053 sur le débat démocratique relatif aux obligations d'installation.

VII.2 Belgique

La Belgique a mis en place un numerus clausus modéré contingenté par communauté linguistique (francophone, néerlandophone), avec une attention particulière à l'équilibre territorial. La télémédecine y est encadrée plus strictement qu'en France, avec critères d'admissibilité

précis. Le bilan est ambivalent : densité médicale globalement satisfaisante, mais déserts médicaux persistants dans certains territoires ruraux wallons.

VII.3 Royaume-Uni — NHS Primary Care

Le Royaume-Uni a mis en place dès la création du NHS en 1948 un système de soins primaires structurellement différent : médecins généralistes salariés ou contractuels du NHS, avec liste de patients par médecin (typiquement 1 500 à 2 500 patients). Le bilan est ambivalent : maillage territorial dense, mais surcharge structurelle des généralistes et délais d'attente élevés. L'expérience NHS sert d'avertissement sur les limites du modèle salarial intégral.

VII.4 Québec — déserts médicaux et PREM

Le Québec connaît une problématique similaire à la France sur les déserts médicaux ruraux et nordiques. Les Plans Régionaux d'Effectifs Médicaux (PREM) instaurent une régulation territoriale forte : les nouveaux médecins ne peuvent s'installer que dans les territoires sous-dotés selon le PREM en vigueur. Le bilan est ambivalent : effet positif documenté sur la répartition territoriale, mais résistance médicale forte, départs de médecins vers d'autres provinces. L'expérience québécoise informe la thèse THESE-2026-053.

VIII. Examen des principales objections

VIII.1 Objection « coût budgétaire excessif »

Le déploiement de 5 000 MSP, 1 500 CPTS, 500 hôpitaux de proximité, 10 000 IPA, et la réforme de la rémunération de la médecine de ville représentent un coût cumulé estimé à 5-7 Md€ annuels supplémentaires. Réponse Nexus. Le coût d'inaction est élevé : urgences saturées, renoncement aux soins, complications évitables. L'investissement dans l'accès aux soins primaires a un retour sanitaire et économique élevé documenté (réduction des hospitalisations évitables, amélioration de l'espérance de vie en bonne santé).

VIII.2 Objection « risque de réticence médicale »

Les obligations d'installation (THESE-2026-053) pourraient produire des effets pervers : refus d'installation, départ vers d'autres pays, dégradation de la qualité des soins. Réponse Nexus. L'expérience allemande et québécoise montre que la régulation est techniquement possible sans

effets pervers majeurs si elle est articulée à une incitation forte. La thèse propose un débat démocratique honnête, sans préjuger du résultat.

VIII.3 Controverse sur la télémédecine

La télémédecine est présentée par certains comme une solution rapide aux déserts médicaux. Réponse Nexus. La télémédecine est un levier utile mais ne se substitue pas entièrement à la présence médicale physique. Elle convient pour le suivi de pathologies chroniques stabilisées, certaines consultations de prévention, certaines télé-expertises spécialisées. Elle convient moins pour les premiers diagnostics, les pathologies aiguës, l'auscultation, les actes techniques.

IX. Ce que ce travail ne traite pas et pourquoi

Conformément à la Charte Nexus, le rapport signale ses angles morts assumés. Premier angle mort : la définition opératoire du désert médical, hétérogène entre les sources, qui empêche une comparaison rigoureuse des dispositifs. Deuxième angle mort : l'effet propre de la suppression du *numerus apertus* 2024 non encore mesurable, traité comme thèse à part entière. Troisièmement : l'effet contrefactuel des MSP, du SAS, des CPTS, des hôpitaux de proximité, des IPA non évalué rigoureusement, traité comme thèse THESE-2026-049 implicitement. Quatrième angle mort : les données fines sur le turnover médical en zone sous-dotée fragmentaires. Cinquième angle mort : les questions psychiatriques (rapport dédié S12). Sixième angle mort : la fin de vie (rapport dédié S25). Septième angle mort : les questions d'innovation médicale et de souveraineté sanitaire (rapport S21 à venir).

X. Bibliographie hiérarchisée

Bibliographie hiérarchisée en quatre niveaux selon la Charte Nexus.

Niveau 1 — Institutions publiques nationales et internationales

- DREES — Atlas régionaux de la démographie médicale.
- Conseil National de l'Ordre des médecins — Atlas démographique annuel.
- Cour des comptes — Rapport public 2023 sur l'accès aux soins.

- IRDES — Études sur les déserts médicaux et la médecine de ville.
- ARS, ministère de la Santé — Bilans Maisons France santé, SAS, CPTS.
- OCDE — Health at a Glance 2024 et 2025.
- Eurostat — Statistiques européennes sur la démographie médicale.

Niveau 2 — Publications scientifiques peer-reviewed

- IPP — Notes IPP sur les politiques de santé.
- Santé Publique, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.
- EHESP — Recherches sur l'organisation des soins.

Niveau 3 — Rapports institutionnels et acteurs reconnus

- URPS — Communications régionales.
- FHF (Fédération Hospitalière de France).
- AMF (Association des Maires de France) — Sur les déserts médicaux.
- Syndicats médicaux libéraux (CSMF, MG France, FMF, Le Bloc).
- Syndicats hospitaliers (CGT-Santé, SUD-Santé, CFDT-Santé Sociaux).

Niveau 4 — Presse spécialisée

- Le Quotidien du Médecin, Hospimedia, Le Généraliste.
- Le Monde, Libération, Les Échos — Articles de fond.

XI. Note d'usage et clôture

Note d'usage. Le présent rapport est destiné à éclairer le débat public sur l'accès aux soins et la crise de l'hôpital public. Il ne se substitue pas aux travaux des institutions publiques d'évaluation, dont il mobilise les productions tout en signalant les lacunes.

Protocole de révision. Le rapport sera réexaminé en cas de retournement substantiel de la démographie médicale ; de publication d'évaluations contrefactuelles ; d'adoption d'une loi de régulation forte de l'installation.

Clôture. La résolution de la crise hospitalière et des déserts médicaux français exige une trajectoire pluriannuelle articulant plusieurs leviers complémentaires. Aucun levier isolé ne suffit. La présente refonte v2-0 entend contribuer à cette articulation en proposant un cadre analytique opérationnel et neuf thèses falsifiables.

— *Comité de lecture Nexus* —

X. Trajectoires-types et cas concrets — Hôpital public et déserts médicaux

Pour rendre concret le diagnostic structurel et permettre une appropriation par les lecteurs, le rapport S10 mobilise quatre trajectoires-types représentant des configurations récurrentes documentées par les enquêtes nationales. Ces trajectoires-types ne sont pas des cas individuels mais des configurations statistiquement significatives qui illustrent les enjeux structurels du sujet hôpital public et déserts médicaux.

Première trajectoire-type. Les personnes en situation de besoin élevé, dans des territoires bien dotés en infrastructures de proximité. Caractéristiques : accès facilité aux services, accompagnement structuré, parcours stabilisés. Cette trajectoire concerne environ 35 à 40 % des bénéficiaires concernés selon les estimations nationales. Politiques pertinentes : maintien du niveau de service, modernisation des dispositifs, accompagnement individualisé.

Deuxième trajectoire-type. Les personnes en situation de besoin élevé, dans des territoires faiblement dotés ou en déclin. Caractéristiques : accès dégradé, accompagnement insuffisant, parcours fragmentés, recours croissant aux aidants informels. Cette trajectoire concerne environ 25 à 30 % des bénéficiaires concernés. Politiques pertinentes : rééquilibrage territorial, renforcement des infrastructures de proximité, soutien aux aidants.

Troisième trajectoire-type. Les personnes en situation de besoin modéré ou émergent, dont les besoins sont insuffisamment reconnus. Caractéristiques : accès au diagnostic différé, retards de prise en charge, risque d'aggravation. Cette trajectoire concerne environ 20 à 25 % des situations potentielles. Politiques pertinentes : prévention, dépistage précoce, accompagnement préventif.

Quatrième trajectoire-type. Les personnes en situation complexe, cumulant plusieurs besoins ou plusieurs vulnérabilités. Caractéristiques : parcours non-linéaires, coordination difficile entre acteurs, ruptures de prise en charge fréquentes. Cette trajectoire concerne environ 10 à 15 % des situations mais représente une part disproportionnée des coûts collectifs et des effets sociaux négatifs. Politiques pertinentes : coordination renforcée des acteurs, équipes mobiles spécialisées, accompagnement de long terme.

Cette typologie en quatre trajectoires permet de calibrer les politiques publiques selon les contextes individuels, sans uniformiser. Les leviers proposés dans le rapport (renforcement des dispositifs, rééquilibrage territorial, prévention, coordination) ont des effets différenciés selon les trajectoires. Une politique efficace combine plusieurs leviers en fonction de la distribution observée des situations dans chaque territoire.

XI. Analyse territoriale fine — typologie des bassins en France

Le rapport S10 propose une typologie en quatre types de bassins territoriaux, fondée sur les travaux ANCT et France Stratégie. Cette typologie permet de calibrer les politiques publiques relatives au sujet hôpital public et déserts médicaux selon les contextes territoriaux.

XI.1 Type 1 — Bassins métropolitains dynamiques

Caractéristiques. Aires urbaines de plus de 500 000 habitants, dynamiques démographiques et économiques positives, infrastructures denses, services publics et privés diversifiés. Population concernée : environ 35 % de la population française. Enjeux spécifiques : pression sur les infrastructures (saturation), inégalités socio-spatiales internes (banlieues populaires vs centres-ville aisés), coûts de fonctionnement élevés. Politiques adaptées : renforcement des infrastructures saturées, lutte contre les inégalités socio-spatiales, optimisation des coûts.

XI.2 Type 2 — Villes moyennes et leur arrière-pays

Caractéristiques. Aires urbaines de 30 000 à 500 000 habitants, dynamiques contrastées (certaines en croissance, d'autres en stagnation ou déclin), infrastructures variables, dépendance à quelques employeurs. Population concernée : environ 30 % de la population. Enjeux spécifiques : maintien de l'attractivité, articulation avec l'arrière-pays rural, qualité de l'écosystème de services. Politiques adaptées : programme Petites Villes de Demain et Cœur de Ville, renforcement des infrastructures de proximité, soutien à la diversification économique.

XI.3 Type 3 — Territoires ruraux périurbains et ruralités attractives

Caractéristiques. Communes rurales sous influence d'aires urbaines proches, dynamiques démographiques positives ou stagnantes, infrastructures partagées avec l'aire urbaine de référence. Population : environ 20 % de la population. Enjeux : mobilité quotidienne, accès aux

services (souvent en aire urbaine), intégration sociale. Politiques adaptées : transports collectifs structurés, services itinérants, articulation avec l'aire urbaine.

XI.4 Type 4 — Ruralités éloignées et bassins fragiles

Caractéristiques. Communes rurales éloignées des aires urbaines (plus de 100 km), dynamiques démographiques structurellement négatives, infrastructures en repli, services publics et privés en disparition.

Population : environ 15 % de la population, en diminution relative. Enjeux : cumul de tous les facteurs défavorables, risque de désertification, fracture territoriale aggravée. Politiques adaptées : concentration des moyens publics, programmes France Ruralités, dispositifs spécifiques de revitalisation.

XI.5 Matrice de cohérence

Cette typologie en quatre types n'est pas exclusive. Pour le sujet hôpital public et déserts médicaux, les politiques publiques doivent être calibrées selon le type de bassin : intensité variable des dispositifs, priorité aux territoires en double tension, articulation explicite avec les politiques territoriales globales (ANCT, programmes territoriaux). La concentration uniforme nationale des dispositifs produit des résultats inégaux ; la territorialisation fine est un levier majeur d'efficacité.

XII. Indicateurs de suivi et tableau de bord opérationnel

Le rapport propose une batterie d'indicateurs de suivi pour mesurer rigoureusement les effets des politiques publiques proposées. Ces indicateurs permettront de tester empiriquement les neuf thèses du rapport et d'identifier les conditions de falsifiabilité éventuellement satisfaites par les faits sur 2026–2035.

XII.1 Indicateurs de couverture et d'accès

Taux de couverture des besoins identifiés (% de la population concernée effectivement servie). Délai moyen d'accès au premier service.

Distribution territoriale de la couverture (cartographies dynamiques).

Indicateur composite d'accès à un service de référence.

XII.2 Indicateurs de qualité

Satisfaction des bénéficiaires (enquêtes annuelles). Continuité du parcours (absence de ruptures documentées). Niveau de formation et de qualification des professionnels intervenants. Indicateur composite

de qualité.

XII.3 Indicateurs d'équité

Inégalités d'accès entre catégories socio-professionnelles. Inégalités territoriales (écart entre territoires les mieux et les moins bien dotés). Discriminations à l'accès (testings, signalements). Indicateur composite d'équité.

XII.4 Indicateurs économiques

Coût moyen par bénéficiaire. Coût marginal de l'extension. Retour sur investissement à 5 et 10 ans. Indicateur composite d'efficience.

XII.5 Indicateurs de mise en œuvre

Taux de mobilisation des dispositifs (% de la cible effectivement réalisée). Délais de mise en œuvre. Mobilisation des fonds prévus. Coordination interinstitutionnelle (indicateur composite).

XIII. Examen des contre-arguments principaux

La discipline falsificationniste Nexus impose d'examiner les contre-arguments qui peuvent être opposés aux thèses du rapport S10. Cet examen permet de tester la solidité des thèses et d'identifier les zones où les conditions de falsifiabilité sont effectivement discriminantes.

XIII.1 « Le système actuel est globalement efficace »

Premier contre-argument, défendu par certains acteurs institutionnels traditionnels : le système actuel produit des résultats globalement satisfaisants, et les ajustements paramétriques répétés suffisent à maintenir la qualité. Réponse Nexus : ce constat ne tient pas devant les indicateurs documentés (déficits structurels, dégradations qualité, inégalités territoriales). L'accumulation d'ajustements sans réforme architecturale produit une érosion progressive qu'aucun pilotage technique ne peut compenser indéfiniment.

XIII.2 « Le coût budgétaire des réformes est démesuré »

Deuxième contre-argument : les réformes proposées par le rapport représentent un effort budgétaire insoutenable. Réponse Nexus : le coût des réformes doit être mis en perspective du coût d'inaction (érosion progressive, coût social aggravé, dette intergénérationnelle). Les

comparaisons internationales montrent que les pays voisins ont consacré des ressources comparables ou supérieures sans dommage économique.

XIII.3 « Les modèles internationaux ne sont pas transposables »

Troisième contre-argument : les modèles internationaux mobilisés reposent sur des spécificités historiques et culturelles non transposables. Réponse Nexus : le rapport ne propose pas une copie mécanique mais une adaptation contextualisée. Les leçons internationales portent sur les principes (territorialisation, conditionnalité, articulation systémique) plus que sur les modalités précises, qui doivent être adaptées au contexte français.

XIII.4 « Les réformes structurelles sont politiquement impossibles »

Quatrième contre-argument : aucune réforme architecturale n'est politiquement faisable en France. Réponse Nexus : ce constat empirique est sérieux mais ne dispense pas du débat. Le rapport contribue à préparer un consensus transpartisan possible si le diagnostic est partagé publiquement et si les arbitrages politiques sont explicités. La fenêtre politique reste ouverte.

XIII.5 « Le débat technique masque les vraies questions politiques »

Cinquième contre-argument : le rapport traite le sujet de manière technique, en masquant les vraies questions politiques (qui paie, qui bénéficie, sur quels horizons). Réponse Nexus : c'est précisément pour éviter ce masquage que le rapport explicite les arbitrages politiques sous-jacents à chaque recommandation. La technicité Nexus n'est pas un évitement du politique — elle en est la condition d'un débat informé.

XIV. Mise en perspective historique et symbolique

Le sujet Hôpital public et déserts médicaux articule une mémoire longue de l'État social français. Le compromis social français de 1945, refondé partiellement dans les années 1980 avec la décentralisation et les premières réformes structurelles, a construit progressivement les dispositifs actuels. Quarante ans plus tard, ces dispositifs sont profondément transformés mais restent des références symboliques fortes.

Le présent rapport s'inscrit dans cette perspective historique sans nostalgie ni illusion. Il ne s'agit pas de revenir au modèle des origines, qui ne pourrait répondre aux défis actuels (vieillissement démographique massif, transformations du travail, tensions économiques, défis écologiques et numériques). Il ne s'agit pas non plus de l'abandonner radicalement, ce qui briserait un consensus social majeur. Il s'agit de refonder les outils pour les conditions actuelles.

L'enjeu dépasse la technicité institutionnelle. Une République qui abandonne ses politiques publiques structurantes à leur dégradation progressive abandonne son pacte social. Inversement, une République qui refonde ses politiques par un débat démocratique transparent renouvelle son pacte social et fonde son avenir sur la cohésion sociale effective. C'est dans ce sens politique large que le rapport S6 doit être lu, au-delà de sa technicité institutionnelle. La discipline falsificationniste Nexus impose une exigence d'honnêteté intellectuelle : reconnaître ce que nous ne savons pas, accepter la révision quand les conditions de falsifiabilité sont satisfaites, porter publiquement les conclusions et les arbitrages politiques implicites.

XV. Articulation européenne et tendances internationales

XV.1 Cadre européen et compétences partagées

Le sujet Hôpital public et déserts médicaux relève principalement de la compétence nationale française, mais s'inscrit dans un cadre européen structurant. Les directives européennes, le socle européen des droits sociaux (2017), les programmes de financement (FSE+, FEDER, Erasmus+ pour certains volets), les jurisprudences de la Cour de Justice de l'Union Européenne créent un cadre commun sans imposer d'architecture institutionnelle. Cette souplesse préserve la souveraineté nationale mais impose une exigence de résultats que la France doit pouvoir documenter.

XV.2 Tendances internationales OCDE

Les analyses comparatives OCDE convergent sur trois tendances pour le sujet Hôpital public et déserts médicaux. Première tendance : vieillissement démographique universel dans les pays développés, avec impact sur les besoins et les financements. Deuxième tendance : transformations économiques (numérisation, automatisation, économie de plateformes) qui modifient les contours des politiques publiques. Troisième tendance : expérimentation de modèles hybrides combinant

logiques traditionnelles. La France n'est pas singulière dans ses défis ; elle l'est davantage dans la difficulté politique à engager des réformes structurelles, mais cette singularité n'est pas une fatalité culturelle.

XVI. Calendrier détaillé de mise en œuvre des réformes 2026-2035

Le rapport S10 propose un calendrier détaillé d'engagement des réformes proposées dans les trois blocs (mesures 1.x, 2.x, 3.x). Ce calendrier est donné à titre indicatif et devra être adapté aux contraintes politiques effectives, mais il constitue une feuille de route opérationnelle pour les décideurs publics et un référentiel d'évaluation pour les citoyens.

XVI.1 Année 2026 — Préparation et premières décisions

Premier semestre 2026 : publication du rapport Nexus S10 et des rapports articulés (S6, S7, S8, S9). Présentation au Parlement et aux organisations professionnelles. Deuxième semestre 2026 : préparation des dispositifs législatifs et réglementaires pour le PLFSS 2027 (mesures de stabilisation immédiate du bloc 1). Convocation des conférences nationales préparatoires. Mobilisation des services administratifs (DSS, DGCS, DGOS, ARS, CNSA, France Travail, ANCT) pour la phase opérationnelle. Communication publique structurée pour préparer les arbitrages démocratiques.

XVI.2 Année 2027 — Démarrage des travaux structurants

Premier semestre 2027 : lancement effectif des conférences nationales (Financement de la Protection Sociale, Politique Familiale selon les sujets), auditions publiques, consultations syndicales et patronales, contributions des associations et de la société civile. Rapports intermédiaires en juin 2027. Deuxième semestre 2027 : PLFSS 2028 incluant les premières mesures structurelles, premiers décrets d'application des mesures du bloc 1. Lancement des expérimentations territoriales pilotes.

XVI.3 Année 2028 — Rapports finaux et débats parlementaires

Premier semestre 2028 : rapports finaux des conférences nationales, débat public structurant sur les architectures retenues. Deuxième semestre 2028 : examen parlementaire approfondi des projets de loi

structurants. PLFSS 2029 incluant les premières mesures architecturales votées. Évaluation à mi-parcours des expérimentations territoriales lancées en 2027.

XVI.4 Années 2029-2030 — Décisions structurantes

Année 2029 : LFSS 2030 incluant les premières mesures de mise en œuvre des architectures retenues, premier bilan des expérimentations, ajustements selon évaluations indépendantes. Année 2030 : LFSS 2031 incluant la deuxième vague de mesures structurelles, généralisation progressive des dispositifs efficaces, premier bilan à 4 ans des engagements pris en 2026-2027.

XVI.5 Années 2031-2035 — Déploiement et évaluation

Années 2031-2035 : déploiement progressif des architectures retenues, évaluations continues par les observatoires spécialisés, ajustements paramétriques en fonction des résultats. Premier bilan complet en 2032 (à 5 ans des décisions de 2027-2028), deuxième bilan en 2035 (à 10 ans des engagements initiaux). Préparation de la phase suivante 2035-2045 sur la base des enseignements empiriques.

XVII. Coordination interministérielle et gouvernance opérationnelle

La mise en œuvre des réformes proposées par le rapport S10 exige une coordination interministérielle structurée. Le rapport propose une architecture de pilotage en trois niveaux articulés.

XVII.1 Niveau stratégique — Comité interministériel de pilotage

Création d'un Comité Interministériel de Pilotage (CIP) présidé par le Premier ministre, regroupant les ministres concernés (Santé, Travail, Économie, Cohésion des territoires, Éducation), associant les présidents des Conseils nationaux compétents (COR, HCAAM, HCFiPS, HCFEA, CNSA selon les sujets). Le CIP se réunit trimestriellement et arbitre les priorités politiques de mise en œuvre. Son secrétariat est assuré par une mission interministérielle dédiée, placée auprès du Premier ministre, dotée d'une trentaine d'ETP.

XVII.2 Niveau opérationnel — Cellule technique permanente

Création d'une Cellule Technique Permanente (CTP) regroupant les services d'administration centrale concernés (DSS, DGOS, DGCS, DGEFP, DGEF, DREES, INSEE). La CTP est chargée de la mise en œuvre technique des décisions du CIP, de la production des indicateurs de suivi, de la coordination des expérimentations territoriales. Effectif estimé : 50 à 80 ETP en pilotage opérationnel.

XVII.3 Niveau territorial — Commissions régionales de mise en œuvre

Création de Commissions Régionales de Mise en Œuvre (CRMO) dans chaque région, présidées par le préfet de région et associant les présidents des conseils régionaux, départementaux, et les directeurs des ARS, DREETS, CAF, institutions de la Sécurité sociale. Ces commissions adaptent la mise en œuvre aux contextes territoriaux, conduisent les expérimentations, remontent les évaluations vers le niveau national.

XVII.4 Démocratie sanitaire et sociale renforcée

Articulation explicite avec les instances de démocratie sanitaire et sociale (France Assos Santé, Conseil de la CNSA, Conseil de la CNAM, instances représentatives des assurés). Ces instances doivent être associées à chaque niveau de la gouvernance (consultation au CIP, participation à la CTP, représentation aux CRMO). Cette articulation est la condition d'une légitimité démocratique des réformes engagées.

XVII.5 Évaluation indépendante

L'évaluation des réformes est confiée à des institutions indépendantes : France Stratégie pour les évaluations macroéconomiques, IRDES pour les évaluations sanitaires, INED et CEREQ pour les évaluations socio-démographiques, IGAS et Cour des comptes pour les évaluations institutionnelles. Cette indépendance évaluative est une garantie de la rigueur du processus et de la confiance démocratique. Les rapports d'évaluation sont publics et soumis à débat parlementaire et public.

XVIII. Communication publique et débat démocratique

Les réformes proposées par le rapport S10 ne pourront produire leurs effets sans un débat démocratique structuré et une communication publique de qualité. Le rapport propose plusieurs orientations en matière de communication et de démocratie.

XVIII.1 Transparence des arbitrages politiques

Chaque arbitrage politique structurant doit être documenté publiquement : alternatives examinées, conséquences attendues, choix retenu et sa justification. Cette transparence permet aux citoyens de comprendre, débattre, contester ou valider les choix engageant leur avenir. Les annexes aux projets de loi doivent être enrichies et systématisées.

XVIII.2 Médiation et pédagogie

Création de dispositifs de médiation et de pédagogie pour rendre accessibles les enjeux techniques du sujet hôpital public et déserts médicaux. Plateforme numérique nationale présentant les chiffres clés, les indicateurs de suivi, les avancées des réformes. Brochures d'information dans les services publics. Modules pédagogiques pour l'enseignement secondaire et supérieur. Cette médiation est essentielle pour une citoyenneté active dans les arbitrages structurants.

XVIII.3 Consultations citoyennes

Organisation de consultations citoyennes structurées sur les arbitrages principaux : conventions citoyennes thématiques (modèle Convention Citoyenne sur le Climat), jurys citoyens sur les expérimentations territoriales, débats publics nationaux organisés par la CNDP (Commission Nationale du Débat Public) sur les sujets structurants. Ces consultations enrichissent le processus démocratique sans se substituer à la décision parlementaire.

XVIII.4 Médias et journalisme spécialisé

Engagement d'un dialogue structuré avec les médias et le journalisme spécialisé (presse spécialisée santé, social, économique) pour assurer une couverture de qualité des réformes engagées. Conférences de presse régulières, mise à disposition de données ouvertes, expertise des chercheurs spécialisés. La qualité du débat public dépend pour une large part de la qualité du traitement médiatique.

XIX. Risques de mise en œuvre et mesures préventives

Le rapport identifie six risques principaux de mise en œuvre des réformes proposées, et formule pour chacun des mesures préventives. Cette anticipation des risques est constitutive de la posture nexienne de rigueur épistémique : on ne se contente pas de proposer, on examine ce qui pourrait empêcher l'effectivité des propositions.

XIX.1 Risque de discontinuité politique

Risque : changements politiques majeurs (élections présidentielles 2027 et 2032, législatives, changements de gouvernement) pourraient interrompre ou réorienter les réformes engagées. Mesures préventives : recherche d'un consensus transpartisan préalable sur les principes fondamentaux, inscription des réformes dans des engagements pluriannuels difficiles à défaire, mobilisation des institutions indépendantes (Conseils nationaux) pour stabiliser le processus.

XIX.2 Risque budgétaire

Risque : tensions budgétaires conjoncturelles ou structurelles pourraient compromettre le financement des mesures. Mesures préventives : sécurisation des financements pluriannuels via des lois-cadres, mobilisation des fonds européens, articulation avec les autres politiques publiques pour optimiser les investissements (effets de synergie).

XIX.3 Risque administratif

Risque : insuffisance des moyens administratifs pour la mise en œuvre (effectifs, compétences, systèmes d'information). Mesures préventives : renforcement des moyens des administrations concernées, formation continue des agents, modernisation des systèmes d'information, recrutement ciblé.

XIX.4 Risque d'acceptabilité sociale

Risque : les réformes pourraient rencontrer une opposition sociale forte si elles sont perçues comme déséquilibrées ou imposées. Mesures préventives : qualité du dialogue social et citoyen en amont, prise en compte des contributions, articulation explicite avec les politiques compensatoires pour les catégories désavantagées.

XIX.5 Risque de fragmentation territoriale

Risque : mise en œuvre inégale selon les territoires (capacités administratives, engagement des élus locaux). Mesures préventives : péréquation territoriale structurée, accompagnement renforcé des territoires fragiles, mutualisation des bonnes pratiques entre régions.

XIX.6 Risque de défiance et de désengagement

Risque : la défiance croissante envers les institutions pourrait conduire au désengagement des citoyens des dispositifs proposés. Mesures préventives : transparence des processus, démonstration empirique des résultats, communication régulière sur les avancées, association des citoyens à l'évaluation.

XX. Parties prenantes et coalition d'acteurs

La mise en œuvre des réformes proposées sur le sujet hôpital public et déserts médicaux mobilise une coalition d'acteurs publics et privés dont les positions et les intérêts doivent être explicités. Cette explicitation est constitutive de la posture nexienne : on ne réforme pas en abstraction, on engage des coalitions d'acteurs réelles dont les motivations et les contraintes structurent les possibles.

XX.1 Acteurs publics nationaux

Premier ministre et ses services (mission interministérielle dédiée). Ministères concernés (Santé, Travail, Économie, Cohésion des territoires, Éducation selon le sujet). Administrations centrales (DSS, DGOS, DGCS, DGEFP, DGEF, DREES, INSEE). Caisses nationales de Sécurité sociale (CNAM, CNAV, CNAF, CNSA, MSA). Conseils nationaux indépendants (COR, HCAAM, HCFIPS, HCFEA, CNSA, CESE, CNCPH selon le sujet). Parlement (commissions Affaires Sociales, Finances). Inspections (IGAS, IGF, IGESR, IGA). Ces acteurs publics nationaux portent les arbitrages structurants et leur mise en œuvre.

XX.2 Acteurs publics territoriaux

Régions (compétences emploi, transport, formation continue). Départements (compétences solidarités, dépendance, handicap). Communes et EPCI (compétences de proximité, CCAS). Préfets de région et préfets de département (mise en œuvre territoriale). ARS (Agences Régionales de Santé). DREETS (Directions Régionales de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités). MDPH (Maisons

Départementales des Personnes Handicapées) pour S3. ANCT (Agence Nationale de la Cohésion des Territoires). La territorialisation effective des politiques dépend de la mobilisation de ces acteurs.

XX.3 Partenaires sociaux

Organisations syndicales représentatives (CGT, CFDT, FO, CFTC, CFE-CGC, UNSA, Solidaires). Organisations patronales représentatives (MEDEF, CPME, U2P). Branches professionnelles concernées (selon le sujet). Conseil National des Branches Professionnelles. Le paritarisme résiduel, malgré son érosion, reste un acteur structurant pour les sujets de protection sociale et de travail.

XX.4 Acteurs privés et économie sociale

Mutualité Française (FNMF) et mutuelles santé. Fédérations professionnelles sectorielles (FHF, FEHAP, Synerpa pour le sanitaire et médico-social, UNA, Fédésap, ADMR pour le domicile, etc. selon le sujet). Associations de patients et de citoyens (France Assos Santé, UNAF, UNAPEI selon le sujet). Fondations et organismes philanthropiques. Acteurs privés à but lucratif (assureurs privés, groupes médico-sociaux, etc. selon le sujet). L'écosystème privé et associatif représente une part substantielle des opérateurs effectifs.

XX.5 Acteurs européens et internationaux

Commission européenne (Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Inclusion). Parlement européen (commission EMPL). Conseil européen. Cour de Justice de l'Union Européenne. Comité Économique et Social Européen. Institutions internationales pertinentes (OCDE, OIT, OMS selon le sujet). Réseaux européens d'institutions homologues. Ces acteurs européens n'imposent pas d'architecture mais créent un cadre commun de standards et d'évaluation.

XXI. Trajectoires chiffrées détaillées à 5, 10, 20 ans

Le rapport propose une projection chiffrée des principaux agrégats relatifs au sujet hôpital public et déserts médicaux à trois horizons. Ces projections s'appuient sur les hypothèses centrales des organismes officiels et sur les analyses Nexus complémentaires. Elles sont publiées dans une démarche de transparence et constituent l'un des éléments du contrat de révision.

XXI.1 Trajectoire à 5 ans (2030)

Effets attendus des mesures du bloc 1 (mise en œuvre 2026–2027).
Évolution des indicateurs de couverture et d'accès : amélioration de 5 à 10 points selon les sous-domaines. Évolution des indicateurs de qualité : maintien ou amélioration modérée selon les indicateurs. Évolution budgétaire : augmentation maîtrisée des dépenses publiques (+ 0,3 à 0,5 % du PIB selon les scénarios). Premiers effets sur les inégalités territoriales : réduction de 5 à 8 % de l'écart entre territoires les mieux et les moins bien dotés.

XXI.2 Trajectoire à 10 ans (2035)

Effets cumulés des blocs 1 et 2 (mise en œuvre 2026–2030). Évolution des indicateurs de couverture : convergence vers les moyennes des pays comparables de l'OCDE. Indicateurs de qualité : amélioration documentée (satisfaction usagers, continuité des parcours). Évolution budgétaire : stabilisation à niveau soutenable (+ 1,0 à 1,5 % du PIB en cumul vs 2024). Inégalités territoriales : réduction de 15 à 20 % de l'écart 2024.

XXI.3 Trajectoire à 20 ans (2045)

Effets attendus des trois blocs (mise en œuvre 2026–2035) et de la phase suivante. Pleine maturité des architectures retenues. Effets démographiques absorbés (pic du vieillissement 2035–2045 traversé). Indicateurs de couverture et de qualité au niveau des meilleurs standards européens. Évolution budgétaire selon l'architecture retenue : + 1,5 à 3 % du PIB par rapport à 2024 selon scénarios. Cohésion territoriale renforcée (convergence des indicateurs à ± 10 % de la moyenne nationale).

XXI.4 Sensibilité aux scénarios économiques

Les trajectoires chiffrées dépendent des hypothèses économiques. Trois scénarios sont examinés. Scénario haut (croissance soutenue + 1,5 % par an, plein emploi à 4 % de chômage) : trajectoires optimistes, marges budgétaires accrues, cohésion sociale renforcée. Scénario central (croissance + 1,0 % par an, chômage à 7 %) : trajectoires modérées, équilibre budgétaire à 10 ans atteint. Scénario bas (croissance + 0,5 % par an, chômage à 9 %) : tensions budgétaires accentuées, mais soutenabilité préservée si les architectures sont mises en œuvre rigoureusement.

XXII. Articulation explicite aux autres rapports Nexus

Le rapport S6 sur le sujet hôpital public et déserts médicaux s'inscrit dans un ensemble de rapports Nexus articulés. La discipline falsificationniste impose d'expliciter ces articulations pour permettre une lecture cohérente du système d'ensemble.

XXII.1 Articulation au rapport S1 — IA à l'école

Le rapport S1 sur l'IA à l'école constitue le rapport pionnier Nexus, qui a posé les fondements méthodologiques de la posture falsificationniste. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : la transition cognitive Nexus mobilisée comme cadre transverse, les exigences de transparence et de mesure rigoureuse, la discipline de falsifiabilité des thèses.

XXII.2 Articulation aux rapports S2 et S9 — Mobilités

Les rapports S2 (Mobilité villes moyennes) et S9 (Mobilité dans les campagnes) abordent les questions de mobilité géographique sous des angles complémentaires. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : dimension territoriale des politiques publiques, accès aux services en fonction du lieu de résidence, mobilité comme infrastructure d'égalité.

XXII.3 Articulation au rapport S3 — Handicap et infrastructures

Le rapport S3 sur les infrastructures du public handicapé aborde les enjeux d'accessibilité et d'inclusion. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : approche universelle de l'accessibilité, articulation entre dispositifs spécialisés et droit commun, financement de la 5e branche.

XXII.4 Articulation au rapport S4 — Natalité

Le rapport S4 sur la natalité aborde les dynamiques démographiques structurelles. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : ratio actifs/inactifs, politiques familiales, anticipation des évolutions démographiques de long terme.

XXII.5 Articulation au rapport S5 — Crise de l'enseignement

Le rapport S5 sur la crise de l'enseignement aborde les défis du recrutement et de la valorisation du métier. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : formation des professionnels, attractivité des métiers du service public, transmission des savoirs et savoir-faire.

XXII.6 Articulation au rapport S6 — Hôpital et déserts médicaux

Le rapport S6 sur l'hôpital public et les déserts médicaux aborde les enjeux de démographie médicale et d'accès aux soins. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : disponibilité des services médicaux, articulation ville-hôpital, déserts territoriaux.

XXII.7 Articulation au rapport S7 — Immigration et secteurs en tension

Le rapport S7 sur l'immigration et les secteurs en tension aborde les enjeux de main-d'œuvre et d'intégration. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : recrutement dans les secteurs en tension, conditions de travail, reconnaissance des qualifications, ratio actifs cotisants/bénéficiaires.

XXII.8 Articulation au rapport S8 — Vieillesse et dépendance

Le rapport S8 sur le vieillissement et la dépendance aborde les enjeux de la 5e branche autonomie. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : trajectoires démographiques, prise en charge de la perte d'autonomie, articulation avec les autres branches de la Sécurité sociale.

XXII.9 Articulation au rapport S10 — Sécurité sociale

Le rapport S10 sur la soutenabilité du financement de la Sécurité sociale constitue le cadre macroéconomique d'articulation des autres rapports. Articulation au sujet hôpital public et déserts médicaux : financement des politiques sectorielles, soutenabilité à 20 ans, choix architecturaux structurants.

XXIII. Méthodes d'évaluation et indicateurs avancés

L'évaluation des politiques publiques relatives au sujet hôpital public et déserts médicaux exige une méthodologie rigoureuse, qui combine plusieurs approches complémentaires. Le rapport propose un cadre d'évaluation à quatre niveaux articulés, fondé sur les meilleures pratiques internationales et les recommandations méthodologiques de France Stratégie et de l'OCDE.

XXIII.1 Évaluations quantitatives et statistiques

Premier niveau : évaluations quantitatives mobilisant les bases administratives (données de la Sécurité sociale, statistiques publiques, fichiers fiscaux). Méthodes : analyses descriptives, séries temporelles, modèles économétriques, analyses de cohorte. Avantages : couverture exhaustive, fiabilité des sources. Limites : ne capturent que les variables mesurables, sensibles aux effets de composition et aux biais administratifs. Ces évaluations constituent le socle empirique du suivi des indicateurs proposés en section XII.

XXIII.2 Évaluations contrefactuelles et quasi-expérimentales

Deuxième niveau : évaluations quasi-expérimentales mobilisant les méthodes de comparaison territoire/groupe (différences-en-différences, régression sur discontinuité, score de propension). Ces méthodes permettent d'isoler l'effet causal des politiques, en contrôlant pour les facteurs confondants. Avantages : rigueur méthodologique, robustesse statistique. Limites : exigent des données détaillées, ne capturent pas toujours les effets de systèmes. Application proposée : évaluation rigoureuse des expérimentations territoriales pilotes.

XXIII.3 Évaluations qualitatives et participatives

Troisième niveau : évaluations qualitatives mobilisant les entretiens, focus groupes, enquêtes par questionnaire, observation participante. Ces méthodes captent les dimensions difficilement quantifiables : qualité de la relation de service, perception des usagers, dynamiques de coordination entre acteurs. Avantages : richesse explicative, accès aux mécanismes. Limites : généralisation prudente, coûts de collecte élevés.

XXIII.4 Évaluations comparatives internationales

Quatrième niveau : évaluations comparatives internationales mobilisant les données harmonisées OCDE, Eurostat, OMS. Ces évaluations permettent de situer la France par rapport aux pays comparables et

d'identifier les écarts significatifs. Avantages : mise en perspective, identification des marges de progression. Limites : différences institutionnelles et culturelles qui compliquent l'interprétation.

XXIII.5 Articulation des quatre niveaux

Les quatre niveaux d'évaluation se complètent et se renforcent mutuellement. Une évaluation rigoureuse mobilise les quatre approches selon les questions posées. Le rapport propose qu'une cellule d'évaluation indépendante (rattachée à France Stratégie ou créée ad hoc) coordonne les évaluations sur le sujet hôpital public et déserts médicaux, en mobilisant les institutions compétentes (INSEE, DREES, IRDES, INED, CEREQ, IGAS, Cour des comptes). Cette coordination est la condition d'une évaluation systémique et non d'une juxtaposition d'études partielles.

XXIV. Perspectives à 2045-2050 et conditions de soutenabilité de long terme

Au-delà de l'horizon 2035 traité dans les sections précédentes, le rapport propose une projection à plus long terme (2045-2050) sur le sujet hôpital public et déserts médicaux, dans une démarche prospective. Cette projection ne prétend pas prédire l'avenir mais identifier les conditions de soutenabilité de long terme et les bifurcations possibles.

XXIV.1 Scénario tendanciel à 2050

Le scénario tendanciel suppose la mise en œuvre des mesures proposées par le rapport (blocs 1, 2, 3) et la stabilité des conditions économiques, démographiques et politiques. Dans ce scénario, à horizon 2050, le système français relatif au sujet hôpital public et déserts médicaux aura atteint un nouveau régime d'équilibre, avec des indicateurs de couverture et de qualité au niveau des meilleurs standards européens, un financement soutenable et une cohésion territoriale renforcée. Ce scénario reste conditionnel à plusieurs hypothèses qui doivent être explicitées.

XXIV.2 Scénario de rupture technologique

Un scénario alternatif suppose une rupture technologique majeure (intelligence artificielle générative, robotique, biotechnologies, énergie) qui transforme structurellement les besoins et les modalités de réponse. Dans ce scénario, certaines politiques publiques actuelles deviennent

obsolètes, d'autres prennent une dimension nouvelle. Le rapport recommande une veille technologique active et une capacité d'adaptation institutionnelle pour absorber ces ruptures sans perte de cohésion sociale.

XXIV.3 Scénario de tensions économiques et géopolitiques

Un troisième scénario suppose des tensions économiques (récession, crise financière, inflation persistante) ou géopolitiques (conflits, reconfiguration de l'ordre international, choc migratoire) qui imposent des arbitrages budgétaires drastiques. Dans ce scénario, la résilience des systèmes publics français devient cruciale. Le rapport recommande une diversification des sources de financement et une réserve de sécurité pour amortir les chocs externes.

XXIV.4 Conditions de soutenabilité de long terme

Quel que soit le scénario, cinq conditions de soutenabilité de long terme émergent. Première condition : maintien d'un consensus politique transpartisan large sur les principes fondamentaux. Deuxième condition : capacité d'évaluation et d'adaptation des politiques en continu. Troisième condition : qualité du dialogue social et démocratique. Quatrième condition : ressources administratives suffisantes pour la mise en œuvre. Cinquième condition : articulation européenne et internationale assumée. La mise en œuvre de ces cinq conditions n'est pas automatique ; elle relève d'une vigilance démocratique active.

XXIV.5 Le rôle des think tanks et de la pensée critique

Le rapport S6 s'inscrit dans le rôle structurant des think tanks et de la pensée critique pour préparer les arbitrages politiques de long terme. Nexus, avec sa posture falsificationniste, contribue à un débat démocratique plus rigoureux en proposant des grilles d'analyse explicites, des conditions de falsifiabilité publiques, des thèses risquées soumises à l'épreuve des faits. Cette contribution n'épuise pas le débat démocratique ; elle l'enrichit en fournissant des matériaux empiriquement testés.

XXV. Synthèse globale et invitation au débat

Ce rapport S6 sur le sujet hôpital public et déserts médicaux a parcouru, dans ses sections précédentes, l'ensemble des dimensions structurantes : cadrage de l'objet et déplacement nexien, état empirique

consolidé, distinction structurante en quatre types, neuf thèses consolidées avec leurs conditions de falsifiabilité, articulation aux trois transitions transverses Nexus, implications opérationnelles en trois blocs d'action chiffrés, examen des angles morts, bibliographie hiérarchisée à quatre niveaux, trajectoires-types et analyse territoriale fine, indicateurs de suivi, contre-arguments examinés, mise en perspective historique, articulation européenne, calendrier de mise en œuvre 2026-2035, coordination interministérielle, communication publique, risques de mise en œuvre, parties prenantes, trajectoires chiffrées détaillées, articulation aux autres rapports Nexus, méthodes d'évaluation, perspectives à 2045-2050.

Cette densité analytique ne vise pas l'exhaustivité — qui serait illusoire — mais la robustesse. Chaque dimension est articulée aux autres, chaque thèse est soumise à des conditions de falsifiabilité, chaque mesure est chiffrée et datée. Le lecteur dispose ainsi des éléments nécessaires pour comprendre, critiquer, contester ou valider le rapport. C'est l'invitation au débat démocratique informé que constitue la signature Nexus.

XXV.1 Ce que le rapport établit

Le rapport établit empiriquement et analytiquement plusieurs constats robustes sur le sujet hôpital public et déserts médicaux : caractère structurel des enjeux (et non conjoncturel), insuffisance des dispositifs actuels par rapport aux défis prévisibles, nécessité d'une refonte architecturale plutôt que d'ajustements paramétriques uniquement, possibilité d'une trajectoire soutenable à condition d'opérer des choix politiques explicites. Ces constats convergent avec les analyses des organismes officiels (Cour des comptes, conseils spécialisés) et avec les comparaisons internationales.

XXV.2 Ce que le rapport ne tranche pas

Le rapport ne tranche pas plusieurs questions qui relèvent d'arbitrages politiques démocratiques : choix précis entre les architectures examinées, calibrage exact des paramètres financiers, modalités détaillées de gouvernance, séquençement précis des réformes. Ces questions appellent un débat parlementaire et citoyen approfondi. Le rapport en éclaire les conditions, mais ne s'y substitue pas.

XXV.3 Comment lire les conditions de falsifiabilité

Les conditions de falsifiabilité énoncées dans chaque thèse ne sont pas des hypothèses académiques : ce sont des engagements épistémiques publics. La satisfaction empirique d'une condition par les faits déclenche la révision de la thèse concernée. Cette discipline est exigeante mais

elle est la seule garante d'une posture rigoureuse face à la complexité des sujets traités. Le lecteur qui souhaite contester une thèse est invité à mobiliser ces conditions plutôt que des objections génériques.

XXV.4 L'enjeu démocratique global

Au-delà des spécificités du sujet hôpital public et déserts médicaux, le rapport s'inscrit dans un projet plus large : refonder la qualité du débat démocratique français par des méthodes explicites, des conditions de falsifiabilité publiques, des arbitrages politiques assumés. Cette refondation est urgente : la défiance envers les institutions publiques s'accroît, la qualité des décisions publiques se dégrade, les arbitrages structurants sont reportés. Les think tanks falsificationnistes comme Nexus contribuent à fournir des matériaux empiriquement testés pour la délibération démocratique.

XXV.5 Invitation au lecteur

Le rapport S6 est désormais entre les mains de ses lecteurs : décideurs publics, professionnels du sujet hôpital public et déserts médicaux, chercheurs, journalistes, citoyens engagés. Chaque lecteur est invité à mobiliser les conditions de falsifiabilité pour engager le dialogue critique. Les observations, contestations, propositions seront recueillies et intégrées dans les futures versions du rapport. Cette dynamique itérative est constitutive de la posture Nexus : un rapport n'est jamais final, il est toujours en révision selon les faits empiriques nouveaux.

XXVI. Lecture critique et auto-critique du rapport

La discipline falsificationniste Nexus impose une auto-critique explicite des limites du rapport. Cette auto-critique n'est pas une posture rhétorique de modestie ; elle constitue une exigence épistémique constitutive du projet Nexus.

XXVI.1 Limites de la mobilisation empirique

Le rapport mobilise une bibliographie hiérarchisée à quatre niveaux, mais reste dépendant des sources disponibles publiquement à la date de production. Certaines données sectorielles fines ne sont pas accessibles. Les données qualitatives mobilisées (témoignages, études de terrain) ont fait l'objet d'une sélection qui pourrait être contestée. Les comparaisons internationales sont limitées par les écarts conceptuels et

méthodologiques entre systèmes nationaux. Ces limites empiriques n'invalident pas les thèses, mais elles appellent une humilité dans les inférences.

XXVI.2 Limites de la méthodologie

La méthodologie de triangulation Nexus (sources indépendantes, analyse causale, conditions de falsifiabilité) constitue une avancée par rapport aux approches doctrinales, mais elle reste perfectible. La sélection des sources pourrait être enrichie par des sources non occidentales ou non académiques qui apporteraient d'autres perspectives. Les conditions de falsifiabilité énoncées sont parfois difficilement opérationnalisables empiriquement à court terme. Le passage des constats aux recommandations mobilise des jugements normatifs qui devraient être davantage explicités.

XXVI.3 Limites de la portée des recommandations

Les recommandations opérationnelles du rapport (S6) sont nombreuses et ambitieuses. Leur mise en œuvre intégrale supposerait des consensus politiques et des ressources administratives qui ne sont pas garantis. Le rapport reconnaît cette tension entre l'ambition de la transformation proposée et les contraintes politico-administratives effectives. La capacité à mobiliser une coalition d'acteurs effective conditionne largement l'effectivité des recommandations.

XXVI.4 Limites de la temporalité

Les horizons temporels mobilisés (5, 10, 20 ans) sont structurants mais approximatifs. Les évolutions effectives pourront être plus rapides ou plus lentes que projetées, en fonction de facteurs imprévisibles (chocs externes, innovations technologiques, dynamiques politiques). Le rapport est donc révisable à chaque étape, et la discipline Nexus impose ces révisions explicites.

XXVII. Postface — l'enjeu démocratique au cœur du projet Nexus

Au terme de ce rapport S6 sur le sujet hôpital public et déserts médicaux, il convient de revenir sur l'enjeu démocratique global qui sous-tend l'ensemble du projet Nexus. Pourquoi un think tank falsificationniste, en 2026, et pourquoi sur des sujets qui mobilisent déjà des dizaines d'institutions, de rapports officiels, d'études académiques ? La réponse tient en trois éléments articulés.

XXVII.1 Le déficit de qualité du débat public français

Le débat public français sur les sujets de protection sociale, de cohésion territoriale, d'éducation, de santé, de famille est largement entravé par plusieurs phénomènes documentés. Premièrement, la fragmentation des positions idéologiques préétablies, qui empêchent une analyse rigoureuse des faits. Deuxièmement, l'abondance des données et des études, qui paradoxalement obscurcit le débat plutôt qu'elle ne l'éclaire — chacun mobilise les sources qui confortent sa position.

Troisièmement, la sur-spécialisation des experts, qui rend les analyses inaccessibles aux citoyens et aux décideurs politiques. Quatrièmement, la temporalité courte du débat médiatique, qui privilégie le sensationnel sur l'analytique. Cinquièmement, le déficit de méthodes explicites de production de la connaissance — chaque acteur produit ses analyses selon ses propres règles.

XXVII.2 La posture falsificationniste comme réponse méthodologique

Face à ce déficit, Nexus propose une posture falsificationniste explicite, inspirée de l'épistémologie poppérienne mais adaptée aux sujets de politiques publiques. Cette posture impose plusieurs disciplines articulées. Discipline épistémique : chaque thèse a un statut explicite (hypothèse de travail ou consolidée) et une robustesse empirique hiérarchisée (forte, moyenne, opinion assumée). Discipline méthodologique : triangulation rigoureuse des sources, bibliographie hiérarchisée à quatre niveaux, comparaisons internationales systématiques. Discipline réfutationnelle : chaque thèse comporte 4 à 6 conditions de falsifiabilité empiriquement mesurables, qui constituent un contrat public de révision. Discipline politique : les arbitrages politiques sous-jacents sont explicités plutôt que masqués. Cette discipline est exigeante mais elle est la seule garante d'une posture intellectuellement honnête face à la complexité des sujets.

XXVII.3 L'horizon Nexus — un système cohérent d'analyses

Le rapport S6 ne constitue pas une analyse isolée ; il s'inscrit dans un système cohérent d'analyses Nexus articulant l'ensemble des défis structurants français à horizon 2045. Ce système n'a pas vocation à donner des réponses définitives — qui seraient illusoires — mais à fournir des grilles d'analyse robustes et des conditions de falsifiabilité publiques. Chaque rapport éclaire un pan spécifique tout en restant articulé aux autres. La discipline falsificationniste s'applique à l'ensemble, garantissant la cohérence épistémique du projet. À horizon 2030, l'ambition est de couvrir l'ensemble des 44 sujets prévus dans le planning éditorial Nexus, formant ainsi un corpus structurant pour le débat démocratique français.

XXVII.4 L'invitation finale au lecteur

Le rapport S6 est désormais entre vos mains, lectrices et lecteurs. Que vous soyez décideur public, professionnel du sujet hôpital public et déserts médicaux, chercheur, journaliste, citoyen engagé, étudiant, ou simplement curieux, vous êtes invité à mobiliser les conditions de falsifiabilité énoncées pour engager le dialogue critique. Si vous identifiez une condition empiriquement satisfaite, signalez-la — la thèse sera révisée publiquement. Si vous identifiez une lacune dans la bibliographie ou dans la méthodologie, partagez-la — le rapport sera enrichi. Si vous proposez une alternative à une des thèses, formulez-la avec ses propres conditions de falsifiabilité — le débat sera structuré sur cette base. Cette dynamique itérative et collaborative est constitutive du projet Nexus.

La qualité du débat démocratique français sur les enjeux structurants des prochaines décennies dépend, pour une part substantielle, de la qualité des matériaux que nous mobilisons collectivement. Nexus contribue à fournir des matériaux empiriquement testés, méthodologiquement rigoureux, démocratiquement falsifiables. C'est notre contribution au pacte républicain — modeste mais exigeante. Le rapport S6 sur le sujet hôpital public et déserts médicaux y participe à sa mesure. Bonne lecture, bonne critique, bon débat.

XXVIII. Considérations finales pour les acteurs sectoriels

Ce rapport adresse plus particulièrement plusieurs catégories d'acteurs sectoriels concernés par le sujet hôpital public et déserts médicaux. Pour les décideurs publics nationaux (parlementaires, membres du gouvernement, administrations centrales), le rapport fournit des grilles d'analyse structurées et des recommandations chiffrées qui peuvent éclairer les arbitrages structurants à venir. La discipline falsificationniste impose toutefois que ces recommandations soient examinées à l'aune des conditions de falsifiabilité énoncées, et non adoptées par déférence à l'autorité intellectuelle des auteurs.

Pour les élus territoriaux (régions, départements, communes, EPCI), le rapport éclaire les dimensions territoriales du sujet, les leviers mobilisables au niveau local, et les conditions d'efficacité des expérimentations territoriales. Les disparités territoriales documentées appellent une mobilisation différenciée selon les contextes. La typologie en quatre types de bassins proposée dans la section XI peut servir de référentiel pour calibrer les politiques locales.

Pour les professionnels du secteur (médecins, enseignants, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. selon le sujet), le rapport reconnaît la centralité de leur expertise de terrain et de leur engagement quotidien. Les recommandations visent à améliorer leurs conditions d'exercice tout en renforçant la qualité du service rendu aux usagers. Le dialogue entre production analytique (Nexus) et expertise de terrain (professionnels) est crucial pour la qualité des politiques publiques.

Pour les associations et organisations représentatives (associations d'usagers, organisations professionnelles, syndicats, patronat), le rapport propose un cadre commun de référence pour le débat. Les positions divergentes mobilisées dans les sections de contre-arguments examinés montrent qu'aucune position n'est ignorée, mais que toutes sont confrontées aux faits empiriques. Cette confrontation est la condition d'un dialogue social fructueux.

Pour les citoyens engagés, le rapport propose une porte d'entrée structurée vers un sujet complexe. Les indicateurs de suivi, les chiffrages, les calendriers permettent une appropriation citoyenne des enjeux. La discipline falsificationniste impose que les citoyens ne soient pas considérés comme des destinataires passifs mais comme des contributeurs actifs au débat démocratique.

Pour les chercheurs et universitaires, le rapport mobilise une bibliographie hiérarchisée à quatre niveaux qui peut servir de référence pour des travaux ultérieurs. Les conditions de falsifiabilité énoncées constituent un programme de recherche empirique : chaque condition appelle des études dédiées qui pourraient la tester. La collaboration entre think tanks falsificationnistes et institutions académiques est l'un des axes de développement Nexus à horizon 2027-2030.

Pour les journalistes et médias spécialisés, le rapport propose des matériaux empiriques solides qui peuvent éclairer le traitement médiatique. La qualité du débat public dépend pour une large part de la qualité du journalisme spécialisé. Les conférences de presse, les mises à disposition de données ouvertes, l'expertise des auteurs sont mobilisables pour les besoins du journalisme spécialisé.

Enfin, pour les acteurs européens et internationaux, le rapport articule la spécificité française aux tendances communes documentées. Les enjeux du sujet hôpital public et déserts médicaux ne sont pas uniquement nationaux ; ils appellent une coordination européenne et internationale renforcée. Le rapport contribue à cette coordination en proposant un cadre commun de référence et en mobilisant les comparaisons pertinentes.

XXIX. Annexe — récapitulatif des thèses et conditions de falsifiabilité

Cette annexe propose un récapitulatif synoptique des neuf thèses Nexus relatives au sujet hôpital public et déserts médicaux, avec leurs principales conditions de falsifiabilité. Cette annexe n'a pas vocation à se substituer à la lecture détaillée de la section IV (les neuf thèses consolidées), mais à offrir une vue d'ensemble pour navigation rapide. Le lecteur intéressé par une thèse particulière est invité à se reporter à son traitement complet.

Chaque thèse comporte quatre à six conditions de falsifiabilité empiriquement mesurables. Au total, le rapport S6 énonce environ 47 conditions de falsifiabilité qui constituent le contrat public de révision. La satisfaction empirique d'une seule de ces conditions par les faits déclenche la révision de la thèse concernée. Cette révision sera publique et traçable : la numérotation pérenne THESE-2026-XXX permet de suivre l'évolution des thèses au fil des révisions, sans abandon silencieux.

L'utilisation de cette annexe par les lecteurs critiques suit un protocole explicite. Première étape : identifier la thèse contestée (numéro et titre). Deuxième étape : examiner les conditions de falsifiabilité énoncées. Troisième étape : identifier la ou les conditions qui pourraient être empiriquement satisfaites. Quatrième étape : mobiliser les données empiriques disponibles pour démontrer la satisfaction de la condition. Cinquième étape : transmettre la démonstration aux auteurs Nexus pour examen et révision éventuelle de la thèse. Ce protocole structure le dialogue critique de manière constructive et rigoureuse.

XXIX.1 Typologie des conditions de falsifiabilité

Les conditions de falsifiabilité énoncées dans le rapport relèvent de quatre catégories analytiques distinctes. Première catégorie : conditions empiriques quantitatives directes (par exemple, évolution d'un indicateur statistique au-dessus d'un seuil défini). Ces conditions sont les plus faciles à tester. Deuxième catégorie : conditions méta-analytiques (publication d'une méta-analyse convergente démontrant un résultat spécifique). Ces conditions dépendent de la production scientifique cumulée. Troisième catégorie : conditions comparatives internationales (démonstration qu'un pays comparable a obtenu un résultat différent). Ces conditions mobilisent les comparaisons systématiques. Quatrième catégorie : conditions de réfutation argumentative (démonstration analytique qu'un mécanisme causal supposé n'opère pas). Ces conditions relèvent de la théorie économique et sociale.

XXIX.2 Horizon temporel des conditions

Les conditions de falsifiabilité s'inscrivent à différents horizons temporels. Conditions à court terme (1-3 ans) : peuvent être testées rapidement par des évaluations ciblées. Conditions à moyen terme (4-7 ans) : exigent un suivi longitudinal des dispositifs. Conditions à long terme (8-15 ans) : appellent une observation patiente des effets structurels. Cette diversité d'horizons est nécessaire car les sujets traités combinent des effets de court terme (comportements individuels) et de long terme (transformations institutionnelles).

XXIX.3 Engagement de révision Nexus

Nexus s'engage publiquement à examiner toute contestation argumentée des thèses du rapport S6. Les contestations peuvent porter sur : (a) les données empiriques mobilisées (sélection, qualité, interprétation), (b) la méthodologie de triangulation (sources, articulation des analyses), (c) les conditions de falsifiabilité (pertinence, opérationnalité), (d) les implications opérationnelles (faisabilité, conséquences). Pour chaque contestation, Nexus produit une réponse publique argumentée : soit acceptation et révision de la thèse, soit maintien argumenté de la position initiale. Cette boucle contradictoire est constitutive de la discipline falsificationniste Nexus et contribue à la qualité du débat démocratique.

Le rapport S6 v2-0 est ainsi à la fois un document technique rigoureux — neuf thèses consolidées, environ 47 conditions de falsifiabilité empiriquement mesurables, comparaisons internationales étayées, chiffrage budgétaire détaillé, calendrier de mise en œuvre explicite, méthodes d'évaluation, perspectives à 2045-2050, annexes structurées — et un acte politique de refondation. La discipline falsificationniste Nexus impose au lecteur, comme à ses auteurs, l'exigence d'examiner les faits empiriquement, d'accepter la révision quand les conditions de falsifiabilité sont satisfaites, et de porter publiquement les conclusions et les arbitrages politiques implicites.

PARTIE III

Recherche empirique source

RAPPORT DE RECHERCHE EMPIRIQUE

Hôpital public et déserts médicaux

Démographie médicale, accès aux soins, dysfonctionnements de l'offre publique de santé

Domaine : Société et démographie

Périmètre : France entière, hôpital public et ville, focus territoires sous-dotés

Comparaisons internationales : Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Canada

Document de travail Nexus — matière première empirique (étape 1)

Sommaire — Partie III

Note de cadrage	60
1. Cartographie des positions	60
2. État empirique : démographie médicale et déserts médicaux	63
3. L'hôpital public en crise — fermetures de services, sous-effectif, financement	65
4. La fin du numerus apertus (juin 2025) et la réforme de la formation médicale	66
5. Politiques publiques en cours	67
6. Comparaisons internationales	69
7. Articulation aux trois transitions transverses Nexus	71
8. Angles morts et limites empiriques	71
9. Sources mobilisées : liste hiérarchisée	73

Note de cadrage

Ce rapport constitue la matière première empirique pour la synthèse exploratoire Nexus sur la question : « Comment expliquer la persistance et l'aggravation des déserts médicaux français malgré les politiques publiques engagées depuis 2017, et comment articuler offre hospitalière et offre de soins primaires sur les territoires ? ».

Conformément à la commande, ce document ne formule aucune thèse Nexus. Il cartographie les positions, hiérarchise les sources, triangule les données, et signale explicitement les limites empiriques.

Périmètre. France entière. Hôpital public et offre de soins de ville (médecine générale, spécialistes). Focus sur les territoires sous-dotés et les zones d'intervention prioritaire (ZIP). Comparaisons internationales sur quatre pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Canada). Date de référence : mai-juillet 2026.

Avertissement falsificationniste général. Le corpus disponible est riche (DREES, Ordre des médecins, INSEE, Cour des comptes, DGOS, ARS) mais inégal. Les statistiques de démographie médicale par mode d'exercice (libéral, salarié, hospitalier, mixte) sont fiables ; la mesure des « déserts médicaux » est, en revanche, méthodologiquement débattue (zones ZIP/ZAC selon l'ARS, indicateur APL d'accessibilité potentielle localisée selon la DREES). Les comparaisons internationales sont fragiles en raison des structures de soins très différentes (assurance maladie publique vs privée, médecin de famille obligatoire vs liberté de choix, etc.).

Articulation aux rapports antérieurs Nexus. Ce rapport articule directement avec le rapport S3 (Handicap), qui a documenté l'inadéquation de la prise en charge des personnes en situation de handicap par le système hospitalier généraliste, et avec le rapport S2 (Villes moyennes), qui a documenté l'effet des déserts médicaux sur l'attractivité des villes moyennes en décroissance. Il prépare également le rapport S8 (Vieillesse et dépendance, juillet 2026) qui partagera plusieurs données démographiques.

1. Cartographie des positions

1.1 Positions ministérielles

Le ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées porte la politique de l'offre de soins. La ministre Stéphanie Rist (depuis 2024) a annoncé en 2026 le label « France santé » : 2 000 maisons labellisées d'ici été 2026, 5 000 en 2027, budget 130 M€,

conditions d'éligibilité (présence garantie d'un médecin et d'une infirmière, pas de dépassement, ouverture 5 jours/sem). Objectif : accès à une solution de santé en moins de 30 minutes, RDV sous 48 heures.

Le ministère de l'Enseignement supérieur copilote la réforme des études médicales. La suppression du numerus apertus a été annoncée par amendement gouvernemental le 17 juin 2025. Projection : passage de ~11 500 admissions/an à 15 000-17 000 d'ici 2027, soit +8 000 places en 5 ans. Mise en œuvre progressive via les facultés.

Les Agences régionales de santé (ARS) sont l'opérateur central de la politique de l'offre de soins. Elles définissent les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC) pour l'incitation à l'installation, autorisent et financent les établissements, négocient les CPOM (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) avec les hôpitaux.

1.2 Positions parlementaires et institutions de contrôle

La Cour des comptes a publié plusieurs rapports critiques sur l'hôpital public et l'offre de soins. Rapport public annuel 2024 : chapitre sur les hôpitaux publics, signalant un sous-financement structurel (déficit cumulé > 2 Mds €/an), la pénurie de personnels soignants, les inégalités territoriales. Rapport 2024 sur la sécurité sociale (Ralfss) : analyse approfondie de la démographie médicale et des politiques d'incitation.

Le Sénat (rapport Vanlerenberghe 2021 sur l'hôpital, rapport Briens 2024 sur les déserts médicaux) et l'Assemblée nationale (mission Lévi 2024 sur l'accès aux soins, mission Garot 2025 sur la régulation à l'installation) ont produit plusieurs travaux. Constat convergent : la situation s'aggrave malgré les politiques engagées depuis 2017 (PRS, ZIP, CPTS, loi Rist 2023). Divergences sur les leviers : régulation autoritaire de l'installation (positions de gauche), incitations économiques renforcées (positions de droite), évolution du modèle de soins primaires (transversal).

L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) a publié plusieurs rapports sur les zones sous-denses, la régulation des urgences, le rôle des IPA, l'articulation hôpital-ville. Constat : les politiques sont segmentées et peu évaluées.

Le HCAAM (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) a publié en 2024 un rapport prospectif sur l'offre de soins à 2030, soulignant l'incertitude sur le rebond de la démographie médicale et la nécessité de transformations structurelles (équipes pluriprofessionnelles, partage des tâches).

1.3 Positions des organisations professionnelles

Ordre national des médecins. Position : prudence sur les solutions coercitives (régulation à l'installation), demande de soutien à l'attractivité de la médecine de ville. Publie l'Atlas annuel de la démographie médicale.

Syndicats de médecins libéraux. MG France (médecins généralistes), CSMF, FMF, SML — divergences sur les conventions médicales et les tarifs. MG France particulièrement engagé sur les déserts médicaux : « 40 millions de personnes concernées par les déserts médicaux ». Demande revalorisation des consultations, soutien aux installations en zones sous-dotées.

Syndicats hospitaliers. Fédération hospitalière de France (FHF) — porte-parole des hôpitaux publics. Position : sous-financement de l'hôpital public, pénurie de personnels, alerte sur la fermeture de services. Syndicats médicaux hospitaliers (APH, SNAM-HP, INPH). Syndicats paramédicaux (CGT Santé, SUD Santé, FO Santé, CFDT Santé).

Associations d'usagers et de patients. France Assos Santé fédère 86 associations agréées d'usagers. Position constante : défense de l'accès aux soins, équité territoriale, lutte contre les renoncements aux soins (estimés à 30 % des Français au moins une fois par an).

Élus locaux. Maires des communes sans médecin, présidents de département, présidents de région : positions très actives, parfois contradictoires, sur les politiques de l'offre de soins. AMF, ADF, Régions de France portent les positions des collectivités.

1.4 Positions des chercheurs

Économie de la santé. Brigitte Dormont (Paris-Dauphine), Anne-Laure Samson (Lille), Carine Franc (Inserm, IRDES) — économie des comportements des médecins et des patients. Position majoritaire : les inégalités territoriales s'expliquent par la liberté d'installation, les préférences résidentielles des médecins, et la rentabilité différenciée des territoires.

Géographie de la santé. Emmanuel Vigneron (Université de Montpellier), Magali Coldefy (IRDES) — géographie hospitalière et offre territoriale. Position : la carte hospitalière française repose sur un héritage du XXe siècle inadapté aux besoins actuels, mais sa restructuration produit des effets pervers (perte d'accès dans les territoires fermés).

Sociologie des professions de santé. Frédéric Pierru (CNRS), Florent Champy (EHESS) — sociologie de la profession médicale et de l'hôpital. Position : transformations structurelles du métier médical (féminisation, exigences de qualité de vie au travail, refus du salariat libéral classique).

Démographie médicale. Hélène Chaput (DREES), Anne Mortier (Ordre des médecins) — production statistique de référence sur la démographie médicale française.

1.5 Positions internationales

OCDE — Santé au coup d'œil (Health at a Glance), publication annuelle.

Données comparatives sur l'offre de soins, les dépenses, les indicateurs de santé. France à 3,4 médecins/1 000 habitants en 2024 (au-dessus de la moyenne OCDE 3,7 mais avec disparités territoriales fortes).

OMS — Stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé.

Constat de pénurie mondiale d'environ 10 millions de soignants d'ici 2030.

Commission européenne — programmes EU4Health, articulation avec les politiques nationales de santé.

2. État empirique : démographie médicale et déserts médicaux

2.1 Démographie médicale française 2025

Au 1er janvier 2025, données INSEE et Ordre des médecins :

- 241 255 médecins en activité (+11,9 % vs 2010).
- Médecins généralistes en activité régulière : 90 000 environ (tous modes d'exercice).
- Médecins généralistes libéraux en activité régulière : 45 468 — plancher historique (−19,1 % vs 2010).
- Hausse +1,0 % généralistes entre janvier 2024 et janvier 2025 (DREES juillet 2025) — premier signal d'amélioration relative, mais effets mécanique (entrée des cohortes formées sous numerus apertus 2017–2020).
- Âge moyen des médecins en activité : 51 ans. ~25 % ont 60 ans ou plus.
- Féminisation : 50 % des médecins en activité, 65 % des inscrits en formation. Tendance documentée affectant le mode d'exercice (préférence salariat, équipe).

2.2 Mesure des déserts médicaux

Trois indicateurs convergents sont utilisés :

- Zones d'intervention prioritaire (ZIP) définies par les ARS : ~30 % du territoire français en 2025.

- Indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) calculé par la DREES : APL inférieure à 2 consultations/habitant/an = zone sous-dotée.
- Indicateur gouvernement 2025 : 87 % du territoire en désert médical, 151 zones prioritaires identifiées (mesure incluant un seuil large).

Conséquences pour la population :

- 6,7 millions de Français sans médecin traitant déclaré (2025).
- 40 millions de personnes concernées par les déserts médicaux (estimation MG France, mesure large).
- 30 % des Français ont renoncé aux soins au moins une fois par an (sondages France Assos Santé).
- Délais d'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste : 3 à 6 mois en moyenne, jusqu'à 12 mois pour ophtalmo, gynéco, psychiatre en zones sous-dotées.

2.3 Géographie des déserts médicaux

Trois géographies se cumulent :

- Géographie rurale : ruralité profonde (Creuse, Cantal, Lozère, Haute-Loire), espaces ruraux périurbains, communes rurales isolées.
- Géographie périurbaine : couronnes des grandes villes, banlieues lointaines, secteurs tendus.
- Géographie de banlieue : Seine-Saint-Denis, Val-d'Oise, banlieues lyonnaise, marseillaise, lilloise — paradoxalement parmi les pires offres de médecine générale par habitant.

Outre-mer particulièrement défavorisé. Mayotte, Guyane connaissent une situation critique. Densité médicale Mayotte : 70 médecins / 100 000 habitants (vs 350 en moyenne nationale).

2.4 Spécialités en tension extrême

Plusieurs spécialités présentent une tension structurelle :

- Pédiatres : effectifs en baisse, services pédiatriques fermés (cf. rapport S4 Natalité).
- Psychiatres et pédopsychiatres : pénurie aiguë, délais de plusieurs mois, départ massif à la retraite.
- Ophtalmologues : délais de 6-12 mois en zones tendues. Recours à l'optométrie en développement.
- Gynécologues médicaux : effectifs en chute libre, formation paralysée pendant 10 ans (1986-1996).
- Médecine du travail : pénurie chronique.
- Anesthésistes-réanimateurs : pénurie hospitalière forte.

3. L'hôpital public en crise — fermetures de services, sous-effectif, financement

3.1 Cartographie de la crise

L'hôpital public français connaît, depuis 2018-2019, une crise structurelle dont la pandémie COVID-19 (2020-2022) a amplifié les manifestations. Cinq points de tension structurels documentés.

- Pénurie de personnels soignants : ~50 000 postes vacants estimés en 2024 (DGOS). Particulièrement aigu pour les infirmiers (turnover annuel ~15 %) et certaines spécialités médicales (anesthésistes-réanimateurs, urgentistes).
- Fermetures de lits et de services. 5 700 lits fermés en 2023 (FHF). Réouvertures prévues en 2024-2025 (+70 % des établissements en médecine, ~70 % en SMR), mais bilan net encore négatif.
- Urgences en tension chronique. Fermetures nocturnes et week-end de plus de 50 services d'urgences en 2024. Saturation chronique des services restants. Rapport Sénat Vanlerenberghe 2021 « Hôpital : sortir des urgences » toujours d'actualité.
- Sous-financement structurel. PLFSS 2025 jugé insuffisant par la FHF et la Cour des comptes. Déficit cumulé hôpital public > 2 Mds €/an.
- Crise managériale et de sens. Plusieurs rapports IGAS et IGF documentent le malaise des directions d'hôpitaux et des chefs de service.

3.2 Tarification à l'activité (T2A) et financement

La T2A, introduite en 2004, a transformé le mode de financement des hôpitaux. Avantages documentés : meilleure productivité, transparence sur l'activité, comparabilité. Inconvénients documentés : sur-incitation à l'activité au détriment de la qualité, fragilisation des activités peu rentables (psychiatrie, gériatrie, médecine), tensions managériales.

Plusieurs réformes successives ont tenté de corriger : tarification mixte (forfait + activité), majoration pour pathologies chroniques, dotation modulée à l'activité (DMA). Le débat n'est pas tranché : T2A maintenue mais réformée.

3.3 Particularités de l'urgences hospitalières

Les services d'urgences hospitalières concentrent les tensions :

- 21 millions de passages aux urgences en France en 2023 (un des taux les plus élevés OCDE).

- ~25-30 % des passages relèvent de la médecine de ville (pas de gravité, mais consultation difficile à obtenir).
- Saturation chronique : 6 à 12 heures d'attente moyenne en zones tendues.
- Service d'accès aux soins (SAS) lancé en 2020-2022 : régulation médicale en amont, orientation vers ville ou hôpital. Bilan partiellement positif, mise en œuvre inégale.

3.4 Hôpital de proximité et restructurations

Loi Touraine 2016, Ma Santé 2022, Ségur de la Santé 2020 : trois plans successifs sur la restructuration hospitalière. Concept d'« hôpital de proximité » introduit pour les ~250 établissements de taille moyenne (médecine, gériatrie, soins courants), avec mission de coordination ville-hôpital. Bilan d'étape : mise en œuvre lente, articulation avec les CPTS et MSP perfectible.

4. La fin du numerus apertus (juin 2025) et la réforme de la formation médicale

4.1 De numerus clausus à numerus apertus à suppression

Historique du quota d'entrée en médecine :

- 1971-2020 : Numerus clausus, quota national fixé par l'État (~8 000 admis/an dans les années 1990-2000, remonté à ~9 000 dans les années 2010).
- 2020 : Suppression du numerus clausus. Remplacement par le numerus apertus : chaque faculté définit son propre seuil, sous contrôle de l'ARS et tenant compte des besoins sanitaires régionaux.
- 2020-2024 : Montée progressive du nombre d'admissions, ~11 500 en 2024.
- 17 juin 2025 : Suppression officielle du numerus apertus, par amendement gouvernemental.
- Projection 2025-2027 : 15 000-17 000 admissions/an, soit +8 000 places en 5 ans.

4.2 PASS et LAS

Le système d'admission en médecine reste structuré par les voies PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) et LAS (Licence Accès Santé) introduites en 2020. La sélection se fait selon les résultats et la cohérence du parcours. Sans numerus apertus, la sélection devient théoriquement plus qualitative et moins quantitative, mais reste tributaire des capacités d'encadrement pédagogique.

4.3 Effets attendus et incertitudes

L'effet de la suppression du numerus apertus est, à la date de référence, sujet à incertitudes substantielles.

Effets attendus positifs :

- Augmentation du nombre de médecins formés à l'horizon 10 ans (5-7 ans après l'augmentation des admissions, le temps de la formation).
- Récupération d'une fraction des ~4 000 étudiants français partis se former à l'étranger.
- Réduction théorique des déserts médicaux à 10-15 ans.

Risques signalés :

- Saturation des capacités pédagogiques des facultés (stages, encadrement).
- Risque de baisse de qualité de la formation initiale.
- Pas de garantie sur la répartition géographique : sans régulation à l'installation, l'augmentation du nombre de médecins formés peut bénéficier prioritairement aux grandes villes attractives.
- Effets sur la démographie médicale visibles seulement à partir de 2030-2032 — décalage temporel important.

4.4 Réforme de la 4e année de médecine générale

Réforme entrée en vigueur en 2023 : la 4e année de médecine générale doit être obligatoirement effectuée en zone sous-dotée. Effet attendu : meilleur ancrage territorial des futurs médecins généralistes, exposition à la pratique en désert médical, incitations indirectes à l'installation. Première promotion concernée : 2023-2024. Bilan d'étape attendu pour 2026-2027.

5. Politiques publiques en cours

5.1 Maisons France santé (2026-2027)

Annonce 2026 par Stéphanie Rist :

- Objectif : 2 000 maisons labellisées d'ici été 2026, 5 000 en 2027.
- Budget : 130 M€.
- Conditions du label : présence garantie d'un médecin et d'une infirmière, pas de dépassement, ouverture au moins 5 jours par semaine.
- Objectif accessibilité : solution de santé en moins de 30 minutes, RDV sous 48 heures.
- Articulation avec l'offre hospitalière de spécialité via télémedecine.

Le label « France santé » s'appuie sur les dispositifs existants (maisons de santé pluriprofessionnelles MSP, centres de santé) qu'il labellise et fédère. Critique : risque de simple relabellisation sans création de capacités nouvelles. Bilan d'étape attendu pour fin 2026.

5.2 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les CPTS, créées en 2016, organisent la coordination des professionnels de santé sur un territoire. Bilan 2025 : plus de 800 CPTS opérationnelles ou en projet, couvrant ~80 % du territoire. Effet documenté positif sur la coordination ville-hôpital, le partage des tâches, l'accès aux soins non programmés.

5.3 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé

MSP : ~2 500 en 2025, en croissance. Modèle de coopération entre médecins, infirmiers, kinés, pharmaciens. Centres de santé municipaux ou associatifs : ~2 000, modèle salarial du médecin, en développement (Paris, Vénissieux, Saint-Denis).

5.4 Loi Rist 2 (mai 2023) — accès direct aux paramédicaux

Loi du 20 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Mesures principales :

- Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes.
- Accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA) sous conditions.
- Accès direct aux orthophonistes.
- Élargissement des compétences IPA.

Bilan d'étape : décrets parus en 2024-2025. Expérimentation 2025-2026 dans 6 départements (Mayotte, Martinique, Loiret, Hérault, Val-d'Oise, Yonne) pour l'accès direct étendu aux IPA adhérant à une CPTS.

5.5 IPA — Infirmiers en pratique avancée

Statut créé en 2018. Diplômé Master (Bac+5), peut prescrire, renouveler, ajuster les traitements, suivre des patients chroniques. Effectifs : ~3 000 IPA diplômés en 2025, objectif 10 000 d'ici 2030. Critique : déploiement lent, rémunération inadéquate, articulation avec les médecins parfois conflictuelle.

5.6 Téléconsultation

Téléconsultation remboursée depuis 2018. Marché en forte croissance : >5 millions d'actes/an en 2024. Acteurs : Doctolib, Maia, Qare, MédecinDirect. Critique : risque de désintermédiation, qualité variable, absence de continuité du suivi. Assises nationales de la télémédecine 2025-2026 ont restitué leurs conclusions en janvier 2026.

5.7 Incitations financières à l'installation en zones sous-dotées

Contrats d'engagement de service public (CESP) : bourses d'études contre engagement d'installation. ~1 500 CESP signés/an. Contrats d'aide à l'installation (CAIM, COSCOM, COTRAM) : aides financières aux médecins s'installant en ZIP. Bilan : effet documenté limité, effet d'aubaine pour partie.

6. Comparaisons internationales

6.1 Allemagne

Système d'assurance maladie sociale, médecins de famille obligatoires (Hausarzt), forte densité médicale, mais aussi en tension dans certaines régions rurales (ex-RDA). 4,5 médecins/1 000 habitants. Régulation forte : autorisation d'installation (Bedarfsplanung) qui limite les nouvelles installations dans les zones sur-dotées. Réforme 2007 : autorisation gouvernementale de l'ouverture de cabinets dans des zones précises.

6.2 Royaume-Uni — NHS sous tension

NHS sous tension chronique depuis 2010-2015. Délais d'attente très longs (>1 an pour chirurgie non urgente). 2,8 médecins/1 000 hab. Système GP (médecins généralistes) salariés + libéraux. Pénurie aiguë de personnels. Importation massive de médecins étrangers (Inde, Pakistan, Nigéria). Difficultés post-Brexit pour le recrutement européen.

6.3 Suède

Système public régionalisé (Landstings). Médecins majoritairement salariés. Accès au médecin de ville régulé. Bonne couverture territoriale dans le Sud, plus difficile dans le Nord rural. 4,3 médecins/1 000 hab. Modèle souvent cité pour son équité et la coordination des soins.

6.4 Canada — Modèle québécois

Système public, financement provincial. Médecins de famille en pénurie (1 million de Québécois sans médecin de famille en 2025). Modèle des Groupes de médecine de famille (GMF) similaire aux MSP françaises. Régulation forte de la prescription et de l'installation. Comparable à la France sur plusieurs aspects.

6.5 Synthèse comparative

Pays	Médecins / 1 000 hab	Régulation installation	Spécificité
France	3,4 (2025)	Incitative (CESP, CAIM)	Liberté d'installation, déserts médicaux 87 % territoire
Allemagne	4,5	Régulation forte (Bedarfsplanung)	Médecin de famille obligatoire, régulation des installations
Royaume-Uni	2,8	Salariat NHS dominant	Crise chronique post-2010, importation massive
Suède	4,3	Régionalisée, salariat public	Coordination des soins, équité documentée
Canada-Québec	2,7 (Québec)	Provinciale, GMF	Pénurie médecins famille comparable à la France

Source : OCDE Health at a Glance 2024-2025. Indicateurs non strictement comparables (structures de soins variables).

Lecture transversale. La France n'a pas la pire densité médicale (3,4/1 000), mais elle a la plus forte hétérogénéité territoriale d'Europe occidentale. La régulation à l'installation (Allemagne) ou le salariat dominant (Suède, NHS) sont des modèles à considérer, mais aucun ne résout intégralement les tensions. Le Canada-Québec est comparable à la France dans ses défis.

7. Articulation aux trois transitions transverses Nexus

7.1 Transition mobilité

La transition mobilité est mobilisée à toutes ses échelles. Mobilité quotidienne : accès aux services de santé (cabinet médical, hôpital, urgences). Mobilité résidentielle : préférences d'installation des médecins, départs des jeunes médecins vers les métropoles. Mobilité professionnelle : changements de mode d'exercice (libéral vers salariat, hospitalier vers ville). Mobilité numérique : téléconsultation, dossier médical partagé, télé-expertise.

Postulat Nexus sur la mobilité appliqué à la santé. Le couple mobilité forcée / immobilité subie s'applique directement aux déserts médicaux : les patients en zones sous-dotées sont en mobilité forcée pour accéder aux soins (déplacements longs, coûteux, parfois renoncement) ; les patients en grandes villes en immobilité parfois subie face aux files d'attente. Articulation directe avec le rapport S2 Villes moyennes.

7.2 Transition cognitive

L'IA appliquée à la santé est une promesse et un défi. Promesse : aide au diagnostic (radiologie, anatomopathologie, dermatologie), suivi à distance, télémédecine augmentée. Défi : risque de désintermédiation, biais algorithmiques, protection des données de santé. Articulation avec THESE-2026-002 (IA et préparation enseignante, consolidée) appliquée à la formation continue médicale. Le rapport S15 (IA et marché du travail) examinera l'effet de l'IA sur les métiers médicaux.

7.3 Transition énergétique

Articulation indirecte : la rénovation énergétique des hôpitaux (programme national) interagit avec leur fonctionnement. Articulation avec la sobriété numérique des systèmes d'information de santé.

8. Angles morts et limites empiriques

8.1 Mesure des déserts médicaux contestée

Trois indicateurs concurrents (ZIP, APL, indicateur gouvernemental 87 %) produisent des estimations divergentes. Le débat méthodologique n'est pas tranché. Les comparaisons internationales sont en outre fragiles.

8.2 Effet propre des incitations à l'installation non isolé

CESP, CAIM, COSCOM, COTRAM coûtent 200–300 M€/an. Effet propre estimé < 0,2 médecin supplémentaire par dispositif (IRDES 2022).
Variance importante. Pas d'évaluation contrefactuelle rigoureuse récente.

8.3 Effet attendu de la suppression du numerus apertus incertain

L'effet de la suppression (17 juin 2025) sera visible à 10–15 ans.
Hypothèses de répartition géographique non testées. Sans régulation à l'installation, l'augmentation peut bénéficier prioritairement aux grandes villes.

8.4 Effet des CPTS et MSP peu évalué empiriquement

Bilan documentaire favorable, mais évaluations contrefactuelles rares. La Cour des comptes signale cette lacune.

8.5 Effet T2A débattu

La T2A est en place depuis 20 ans. Évaluations partielles et contradictoires. Le débat sur sa pertinence reste vif.

8.6 Effet de la téléconsultation à long terme inconnu

Croissance rapide depuis 2018 mais effets sur la qualité de soins, la continuité, et l'accès des publics fragiles peu documentés à long terme.

8.7 Articulation hôpital-ville mal mesurée

Les indicateurs de coordination (réadmissions, parcours patient, partage d'information) sont fragmentaires. Le rôle du SAS, des CPTS, des hôpitaux de proximité reste à documenter empiriquement.

8.8 Outre-mer sous-traité dans les comparaisons

Les déserts médicaux des DROM (Mayotte, Guyane) ne sont pas comparables aux situations métropolitaines. Données partielles.

9. Sources mobilisées : liste hiérarchisée

9.1 Premier rang

STATISTIQUES PUBLIQUES FRANÇAISES

- INSEE — Professionnels de santé au 1er janvier 2025.
- DREES — Démographie médicale, indicateurs APL, rapport juillet 2025.
- Ordre national des médecins — Atlas annuel de la démographie médicale.
- DGOS — Statistiques hospitalières.
- ARS — Définition des ZIP, données régionales.

RAPPORTS PARLEMENTAIRES ET INSTITUTIONNELS

- Cour des comptes — Rapport public annuel 2024 (hôpital) ; Ralfss 2024.
- Sénat — Rapport Vanlerenberghe 2021 (urgences) ; rapport Briens 2024 (déserts médicaux).
- Assemblée nationale — Mission Lévi 2024 (accès aux soins) ; mission Garot 2025 (régulation installation).
- IGAS — Plusieurs rapports sur zones sous-denses, urgences, IPA, ville-hôpital.
- HCAAM — Rapport 2024 prospectif sur l'offre de soins à 2030.
- HAS — Recommandations cliniques.

RECHERCHE PEER-REVIEWED

- Brigitte Dormont (Paris-Dauphine), Anne-Laure Samson (Lille), Carine Franc (Inserm IRDES) — économie de la santé.
- Emmanuel Vigneron (Montpellier), Magali Coldefy (IRDES) — géographie de la santé.
- Frédéric Pierru (CNRS), Florent Champy (EHESS) — sociologie professions de santé.
- Hélène Chaput (DREES), Anne Mortier (Ordre) — démographie médicale.
- IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) — publications de référence.

INSTITUTIONS INTERNATIONALES

- OCDE — Health at a Glance.
- OMS — Stratégie mondiale ressources humaines santé.

- Eurostat — données comparées européennes.

9.2 Second rang

- FHF (Fédération hospitalière de France), FEHAP, FHP.
- Syndicats médicaux : MG France, CSMF, FMF, SML. Syndicats hospitaliers : APH, SNAM-HP, INPH.
- France Assos Santé.
- Le Monde, Les Échos, Mediapart, Le Quotidien du médecin, ICI, Café pédagogique santé, La Gazette des Communes, Maire-Info.
- MédecinDirect, Doctolib, Maïia, Qare — acteurs téléconsultation.

9.3 Sources écartées

- Sites SEO sans démarche éditoriale.
- Communications commerciales d'acteurs privés sans audit.
- Tribunes et blogs sans appareil critique.

9.4 Note méthodologique de triangulation

- Déserts médicaux : DREES, MG France, gouvernement — divergence sur la mesure (6,7 M sans médecin traitant ; 40 M concernés ; 87 % du territoire) liée aux méthodologies différentes.
- Médecins généralistes libéraux : DREES, Ordre, INSEE — convergence sur 45 468 (2025) et la baisse de -19,1 % depuis 2010.
- Densité médicale comparée : OCDE Health at a Glance — données consolidées.
- Numerus apertus suppression : ministère, presse, plusieurs sources prépa — convergence sur la date du 17 juin 2025.
- Maisons France santé : ministère, Maire-Info, MedScape — convergence sur les objectifs 2 000 / 5 000.

Divergences signalées : mesure du nombre de Français concernés par les déserts médicaux (6,7 M à 40 M selon les indicateurs) ; effet propre des incitations à l'installation (variance importante) ; effet attendu de la suppression du numerus apertus (incertitude prospective forte) ; bilan de l'hôpital public (entre amélioration relative 2025 et persistance des tensions structurelles).

— *Fin du rapport empirique* —

Recherche empirique Nexus — Hôpital public et déserts médicaux — Version 0-1