TRAVAUX PRÉPARATOIRES · ANNÉE ZÉRO
Cette fiche n'a aucune valeur légale, ni même scientifique. C'est un exercice : en la lisant, en la contredisant, nous apprenons ensemble le travail de base du citoyen d'une démocratie référendaire, et nous préparons le terrain des travaux dont l'Année Zéro aura besoin, le jour où ils deviendront officiels et constitutionnels.

THÈME XII. LA SANTÉ ET LE SOIN · QUESTION OUVERTE

QUESTION 36

Les jeunes médecins dans les zones sous-dotées

1 LIRE La question | 2 VÉRIFIER Le dossier | 3 PESER Le débat | 4 ÉPROUVER La loyauté | 5 RETRACER La genèse

La Constitution d'urgence ne tranche pas cette question. Elle garantit à chacun le droit à un médecin traitant et charge la loi d'organiser « la présence des professionnels et des établissements de santé sur l'ensemble du territoire » (Titre VI, article 10) : elle fixe le but, pas le moyen. Aides, régulation de l'installation ou service obligatoire : la loi, ou le peuple par un référendum d'initiative citoyenne, en déciderait.

VOTATION · QUESTION N° 36

3 premières années d'exercice en zone sous-dotée pour tout médecin nouvellement diplômé

Approuvez-vous que tout médecin nouvellement diplômé exerce ses 3 premières années dans une zone où l'offre de soins est insuffisante ?

OUI NON

SI LE OUI L'EMPORTE
La loi impose à tout nouveau médecin 3 ans d'exercice en zone sous-dotée ; sa liberté d'installation ne joue qu'ensuite.

SI LE NON L'EMPORTE
Le droit actuel demeure : le médecin choisit son lieu d'exercice ; les aides, les contrats volontaires et la quatrième année de médecine générale continuent.

En bref

En France, un médecin s'installe où il veut : la liberté d'installation figure dans la loi depuis 1971. En 2025, 6,4 millions d'assurés n'avaient pas de médecin traitant. La question propose une contrainte nouvelle, limitée dans le temps : tout médecin nouvellement diplômé, généraliste ou spécialiste, exercerait ses 3 premières années dans une zone où l'offre de soins est insuffisante, puis redeviendrait libre. Elle ne vise pas les médecins déjà installés. Ce n'est pas la régulation de l'installation, votée par l'Assemblée nationale en 2025 et réécrite par le Sénat en 2026, qui limite les arrivées dans les zones bien pourvues. Les études étrangères montrent qu'un service obligatoire apporte des médecins vite, mais qu'ils repartent souvent ensuite.

Ce que la question ne fait pas

- Elle ne touche pas aux médecins déjà en exercice : les 242 000 médecins en activité au 1er janvier 2026 gardent leur liberté d'installation. Seules les promotions à venir seraient concernées.

- Elle n'est pas la régulation de l'installation : celle-ci soumet toute installation à une autorisation, accordée de droit en zone sous-dotée et, ailleurs, seulement quand un confrère cesse son activité. C'est un autre mécanisme, qui appellerait une autre question.
- Elle ne fixe ni la carte des zones, ni le statut du médecin pendant ces 3 ans (libéral ou salarié), ni sa rémunération, ni la sanction du refus : la loi les préciserait.
- Elle ne retient personne en France : le diplôme français de médecin est reconnu de plein droit dans les autres États de l'Union européenne (directive 2005/36/CE), et un jeune médecin peut choisir d'y exercer, ou de renoncer à soigner.
- Elle ne forme aucun médecin de plus : le nombre d'étudiants admis et la durée des études relèvent d'autres décisions.

ÉTAPE 2 SUR 5 · VÉRIFIER

2 Le dossier

Avant de peser, vérifier : ce que dit le droit aujourd'hui, le texte exact soumis au vote, les faits sur lesquels chacun peut s'appuyer, quel que soit son camp, et ce que l'on sait du coût.

Ce que dit le droit aujourd'hui

Le code de la sécurité sociale range parmi les « principes déontologiques fondamentaux » de la médecine libérale « la liberté d'installation du médecin » (article L162-2, issu de la loi du 3 juillet 1971). Ce principe a valeur de loi : selon la commission des affaires sociales du Sénat, « une valeur constitutionnelle n'a jamais été reconnue à la liberté d'installation », et le législateur peut y déroger. Une loi qui l'écarterait devrait cependant respecter la liberté d'entreprendre et l'égalité devant la loi, que le Conseil constitutionnel contrôle.

Aucun texte en vigueur n'oblige un médecin à exercer dans une zone sous-dotée. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a ajouté une quatrième année au troisième cycle de médecine générale : les premiers « docteurs juniors » ont pris leur poste le 2 novembre 2026, en autonomie supervisée, et le Gouvernement annonce que 80 % d'entre eux exercent dans une zone sous-dotée ou un quartier prioritaire. Ce sont des étudiants en fin de formation, non des médecins installés.

Le contrat d'engagement de service public, volontaire, verse à l'étudiant ou à l'interne une allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d'un engagement d'exercer en zone sous-dotée. Le pacte gouvernemental du 25 avril 2025 propose en outre à chaque médecin de consacrer jusqu'à 2 jours par mois à des consultations dans les zones les plus démunies.

La proposition de loi « visant à lutter contre les déserts médicaux », adoptée par l'Assemblée nationale le 7 mai 2025, soumet toute installation, libérale ou salariée, à une autorisation de l'agence régionale de santé : elle est de droit dans une zone où l'offre est insuffisante, ou lorsqu'un médecin de la même spécialité cesse son activité dans la même zone ; elle est refusée dans les autres cas. Le 11 juin 2026, le Sénat a adopté une autre rédaction de cet article, par 215 voix contre 118 : l'installation en zone bien pourvue y est subordonnée à un exercice à temps partiel en zone sous-dotée. L'examen du texte n'a pas été achevé ce jour-là ; la loi n'est ni adoptée ni applicable.

Le droit de l'Union européenne n'interdit pas à un État d'organiser l'installation de ses médecins, mais il leur ouvre la sortie : la directive 2005/36/CE impose la reconnaissance automatique des diplômes de médecin entre États membres.

Sources : Sénat, rapport n° 668 (2025-2026) de la commission des affaires sociales, 27 mai 2026 (liberté d'installation, contrat d'engagement de service public, quatrième année) ; Assemblée nationale, texte adopté n° 110 du 7 mai 2025 ; Sénat, compte rendu de la séance du 11 juin 2026 (scrutin n° 307) ; Caducée.net, « Docteurs juniors : la quatrième année de médecine générale démarre sous tension », novembre 2026 ; directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005.

Le texte soumis au vote

Aucun texte n'est encore rédigé : la question appelle une loi, qui dérogerait à l'article L162-2 du code de la sécurité sociale. La Constitution d'urgence fixe l'objectif que cette loi servirait, sans en choisir l'instrument :

> Le socle de ces garanties est financé par la solidarité nationale, dans le respect du plafond fiscal universel : l'accès de tous, sur l'ensemble du territoire, aux soins nécessaires, un revenu minimum d'existence, une pension minimale de vieillesse, la protection de l'enfance et des familles, due dès le premier enfant.
>
> […]
>
> Chacun a droit à un médecin traitant et, dans des délais compatibles avec sa sécurité, à des soins d'urgence et, pour toute femme enceinte, à une maternité ; la loi organise à cette fin la présence des professionnels et des établissements de santé sur l'ensemble du territoire.

Constitution d'urgence, Titre VI, article 10 (extraits des deuxième et troisième alinéas)

Dispositions liées : la liberté d'entreprendre et ses limites (Titre VI, article 6), l'égalité devant la loi (Titre XVIII, article 3-1), la subsidiarité ascendante (Titre VII, article premier). Question voisine : la question 28, les lits d'hôpital.

Les faits, chacun avec sa source

1. En 2025, 6,4 millions d'assurés n'avaient pas de médecin traitant, et 65 % des médecins généralistes libéraux déclaraient refuser de nouveaux patients à ce titre.
   Source : Sénat, rapport n° 668 (2025-2026), 27 mai 2026, d'après l'Assurance maladie et la Drees.
2. Selon le zonage le plus récent, 75,7 % de la population vit dans un territoire où l'offre de soins médicaux est jugée insuffisante, dont 36,7 % dans une zone d'intervention prioritaire, la catégorie la plus démunie.
   Source : Sénat, rapport n° 668 (2025-2026), 27 mai 2026.
3. La France comptait 242 000 médecins en activité au 1er janvier 2026, soit 5 000 de plus en 1 an (+ 2,1 %) ; les généralistes étaient 101 000 (+ 1 %), après une baisse continue depuis 2018. En 2025, on comptait 55 790 généralistes libéraux, 4 768 de moins qu'en 2015 (- 7,9 %).
   Sources : Drees, démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2026, publiée le 2 juillet 2026 (chiffres repris par la Banque des Territoires) ; Sénat, rapport n° 668 (2025-2026).
4. À l'étranger, le service obligatoire vise surtout les médecins formés hors du pays : 10 ans en zone rurale en Australie, 3 ans au moins aux États-Unis, 3 à 5 ans dans les provinces canadiennes. La Drees le qualifie de « solution de court terme » : les médecins qui servent sous contrainte tendent à quitter la zone à la fin de leur engagement.
   Source : Drees, « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale », Les Dossiers de la Drees n° 89, décembre 2021, pages 33 et 34.
5. La même étude juge que les incitations financières ont « plutôt des résultats décevants », que la régulation de l'installation (Allemagne, Québec) conduit « sans doute à une distribution géographique plus équitable » sans éviter toutes les pénuries locales, et que l'origine rurale d'un étudiant est « le facteur essentiel et le meilleur prédicteur » d'une installation en zone rurale. Elle conclut à « l'efficacité limitée de mesures isolées ».
   Source : Drees, Les Dossiers de la Drees n° 89, décembre 2021, synthèse et pages 6, 31 et 34 à 39.
6. Le Gouvernement a annoncé « un peu moins de 3 000 » docteurs juniors de médecine générale en novembre 2026 ; le Collège national des généralistes enseignants en prévoyait 2 682. Ils perçoivent 2 375 euros brut par mois, plus une prime annuelle de 5 000 euros, et jusqu'à 1 000 euros de plus par mois pour un stage en zone d'intervention prioritaire.
   Source : Caducée.net, novembre 2026, d'après le ministère de la santé, l'instruction interministérielle du 21 mai 2026 et l'arrêté du 26 octobre 2026.

Le coût et les effets estimés

Non chiffré. L'obligation ne crée par elle-même aucune dépense : le médecin soigne et il est payé pour ses actes, où qu'il exerce. Le coût dépendrait de choix que la question laisse à la loi : statut, primes, locaux, logement, contrôle. Aucune estimation publique n'en existe. Pour mesurer l'ordre de grandeur des aides actuelles : un docteur junior peut recevoir jusqu'à 1 000 euros de plus par mois pour un stage en zone d'intervention prioritaire (2026).

ÉTAPE 3 SUR 5 · PESER

3 Le débat

Les 2 camps, à force égale. Un argument vous semble plus fort que l'un de ceux-ci ? Proposez-le en commentaire, sur la fiche en ligne : s'il est retenu, il remplace le plus faible, et votre nom figure dans la genèse de la fiche.

LES MEILLEURES RAISONS DE VOTER OUI

- Le droit aux soins ne vaut que si un médecin est là. En 2025, 6,4 millions d'assurés n'avaient pas de médecin traitant, et les aides financières à l'installation ont, selon la Drees, « plutôt des résultats décevants ». Quand l'incitation échoue, il reste la règle.
- La collectivité finance l'essentiel des études de médecine. Lui rendre 3 ans de service là où elle en a le plus besoin est une contrepartie comparable à l'engagement de servir demandé aux élèves de plusieurs grandes écoles publiques.
- L'effet est rapide et prévisible : chaque promotion apporte ses médecins, année après année. Un cabinet où le praticien change tous les 3 ans vaut mieux qu'un cabinet fermé ; des experts cités par la Drees le soutiennent.
- La contrainte est bornée : 3 ans, puis la liberté d'installation entière. Avec 75,7 % de la population en zone sous-dotée, le choix du lieu reste large ; et certains resteront là où ils auront noué une patientèle et une vie.
- Elle répartit l'effort autrement que la régulation de l'installation, qui ne pèse que sur ceux qui veulent s'installer en zone bien pourvue : ici, toute une promotion, spécialistes compris, passe par les territoires qui manquent de tout.

LES MEILLEURES RAISONS DE VOTER NON

- Les comparaisons étrangères sont nettes : les médecins contraints repartent à la fin de leur engagement, et la Drees parle d'une « solution de court terme », parfois contre-productive à long terme. Des malades chroniques changeraient de médecin tous les 3 ans.
- La mesure peut détourner de la médecine ceux qu'elle veut retenir. Après 10 ans d'études pour un généraliste, 3 ans d'affectation de plus pousseront une partie des étudiants vers d'autres carrières, vers le remplacement ou vers l'étranger, où leur diplôme est reconnu de plein droit dans toute l'Union.
- Elle fait porter sur une seule génération la réparation de choix qu'elle n'a pas faits : le nombre de médecins formés a été fixé par l'État pendant des décennies. Les médecins installés, eux, ne doivent rien. C'est une rupture d'égalité, à l'âge où l'on fonde un foyer.
- Le mal est la pénurie, non la répartition : quand 75,7 % de la population vit en zone sous-dotée, déplacer des jeunes médecins ne crée aucune heure de soin. Et la courbe se redresse : 5 000 médecins de plus en 2025, une hausse de 40 % attendue de 2026 à 2040 selon l'Ordre des médecins.
- Un jeune praticien parachuté seul, sans confrères ni plateau technique, soigne moins bien et s'épuise. Ce qui fixe un médecin, d'après les études, c'est d'être issu du territoire, d'y avoir été formé et d'y exercer en équipe : mieux vaut recruter et former sur place que contraindre.

LA POSITION DU #PIC, À PART

Le #PIC, le Pari de l'Intelligence Collective, ne tranche pas cette question : il la pose, et la pose loyalement, pour qu'elle soit enfin décidée par le peuple. C'est à vous de trancher.

ÉTAPE 4 SUR 5 · ÉPROUVER

4 La loyauté

Une question loyale ne plaide pas sa propre réponse. Voici les 7 épreuves que celle-ci a subies, et ce qui reste ouvert.

Base juridique Satisfaite

Une loi suffit : la liberté d'installation n'a que valeur de loi (code de la sécurité sociale, article L162-2), et le référendum d'initiative citoyenne peut la modifier. La Constitution d'urgence charge d'ailleurs la loi d'organiser la présence des professionnels de santé sur tout le territoire (Titre VI, article 10).

Unité de la matière Satisfaite

Un seul objet : une obligation d'exercice, de 3 ans, pour les nouveaux médecins. La régulation de l'installation des autres médecins, la rémunération et le nombre d'étudiants sont laissés hors de la question.

Clarté En délibération

« Nouvellement diplômé » et « zone où l'offre de soins est insuffisante » demandent une définition : le diplôme est-il la thèse ou la fin de l'internat ? Les médecins hospitaliers et ceux qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger sont-ils concernés ? La zone est-elle celle du zonage des agences régionales de santé, qui couvre 75,7 % de la population, ou la seule zone d'intervention prioritaire (36,7 %) ? La durée, elle, est nette.

Libellé inversé Satisfaite

Écrite à l'envers : « Approuvez-vous que tout médecin nouvellement diplômé reste libre de choisir le lieu de ses 3 premières années d'exercice ? » Elle reste aussi neutre.

Aucune conséquence présumée Satisfaite

La question ne promet ni la fin des zones sous-dotées ni la fuite des étudiants : elle énonce une obligation et sa durée ; les effets attendus ou redoutés sont exposés à part, dans le débat.

Noyau intangible En délibération

Le noyau intangible n'est pas en jeu (Titre XVIII, article 3). Mais l'égalité devant la loi appartient au socle protégé (Titre XVIII, article 3-1) : une obligation qui pèse sur les seuls nouveaux diplômés, et non sur leurs aînés, devrait reposer sur une différence de situation en rapport avec son objet. La Cour de garantie démocratique en jugerait.

Contrôle préalable de la question Sans objet

Sans objet aujourd'hui : aucune Cour ne contrôle cette fiche tant que la Constitution d'urgence n'est pas adoptée (Titre XIX, article 3).

Ce qui reste ouvert : votre aide est demandée

- Le libellé vise tout médecin : faut-il le limiter aux généralistes, et que décider pour les médecins hospitaliers et pour ceux qui ont obtenu leur diplôme hors de France ?
- Faut-il poser à part la question sœur de la régulation de l'installation (une autorisation, accordée de droit dans les zones sous-dotées), qui pèse sur tous les médecins qui s'installent et non sur les seuls débutants ?
- La carte des zones doit-elle être arrêtée par l'État, ou par chaque territoire, comme y invite la subsidiarité ascendante (Titre VII, article premier) ?

ÉTAPE 5 SUR 5 · RETRACER

5 La genèse

D'où vient la question, comment elle a changé, et qui l'a fait changer.

Origine

Proposition de la rédaction du #PIC (liste des 100 questions du 5 octobre 2026). En 2025, 6,4 millions d'assurés n'avaient pas de médecin traitant. La régulation de l'installation, adoptée par l'Assemblée nationale le 7 mai 2025, a été réécrite par le Sénat le 11 juin 2026 sans que l'examen du texte s'achève ; depuis le 2 novembre 2026, les internes de médecine générale accomplissent une quatrième année, en priorité dans les zones sous-dotées.

Versions

Version 1 `11 novembre 2026`

> Première rédaction de la fiche.

Formulations écartées, et pourquoi

- « Voulez-vous en finir avec les déserts médicaux en obligeant les jeunes médecins à s'y installer ? » Écartée : « en finir » promet un résultat que les comparaisons étrangères ne garantissent pas, et « déserts médicaux » est une image, non une catégorie du droit, qui parle de zones où l'offre de soins est insuffisante.
- « Approuvez-vous la fin de la liberté d'installation des médecins ? » Écartée : trop large : elle réunit 2 mécanismes distincts, le service obligatoire des nouveaux diplômés et la régulation de l'installation de tous, qu'un électeur peut vouloir l'un sans l'autre ; et elle ne dit ni pour qui ni pour combien de temps.
- « Approuvez-vous que l'État affecte chaque nouveau médecin, pendant 3 ans, là où les besoins sont les plus grands ? » Écartée : « affecte » durcit la proposition : la question soumise laisse au médecin le choix de son lieu d'exercice parmi les zones sous-dotées ; et « là où les besoins sont les plus grands » plaide.

Prévisions datées

Aucune prévision chiffrée n'a encore été avancée sur cette question. Toute prévision formulée en commentaire sera consignée, datée et sous le nom de son auteur, pour être un jour confrontée à l'événement, comme la Constitution d'urgence l'exige des experts (Titre II, article 7).

Contributeurs

Les commentaires qui feront évoluer cette fiche seront cités, avec le nom de leur auteur, dans sa version en ligne.

POUR ALLER PLUS LOIN

Ce que nous instituons, dans la Constitution d'urgence : la protection sociale et le droit à un médecin traitant · la subsidiarité ascendante

La riposte, dans l'Autodéfense : « L'hôpital et l'école manquent de moyens, pas d'une Constitution » · « Vous méprisez les experts : la science ne se vote pas »

Pour comprendre, dans l'Abécédaire : Le bien commun · La subsidiarité ascendante · La questiologie

Débattez, contredisez, améliorez

La fiche en ligne vous attend : vos arguments, vos objections, vos corrections. Celui dont la remarque change la fiche est cité, avec son nom, dans sa genèse.

Ce vote n'a aucune valeur légale ni scientifique : c'est un apprentissage collectif, et ce n'est en aucune manière une mesure de l'opinion. Le #PIC prépare une application de vote citoyen, libre : jusqu'à l'adoption de la Constitution d'urgence, elle fera entendre la voix du peuple sans force contraignante ; dès l'Année Zéro, c'est elle qui fera foi.

pari-intelligence-collective.org/ric/theme-xii-sante-soin/question-36-medecins-zones-sous-dotees/

Le #PIC, le Pari de l'Intelligence Collective · pari-intelligence-collective.org · Fiche n° 36, version 1 du 11 novembre 2026. La version en ligne est la version de référence : elle évolue avec vos commentaires.