

# Se soigner, partout

---

Trouver un médecin, payer ce qui est annoncé, et des soignants qui restent. Ce que nous pouvons faire vite, et ce qui prendra des années.

---

« Construire plutôt que promettre »

## La France sans médecin

---

Assurés sans médecin traitant déclaré

**6,4 millions**

Population en zone d'intervention prioritaire

**36,7 %**

Population en zone d'action complémentaire

**39,0 %**

---

Deux catégories distinctes du zonage médical, hors Mayotte. Elles ne s'additionnent pas en un chiffre unique.

Trouver un médecin traitant est devenu un parcours du combattant, et des territoires entiers n'ont plus de soignants. Aux urgences saturées répondent des déserts qui s'étendent.

Retenez ces deux chiffres : hors Mayotte, **36,7 %** <sup>(1)</sup> de la population vit en **zone d'intervention prioritaire** et **39,0 %** en **zone d'action complémentaire**. Ce sont deux catégories distinctes du zonage : elles ne se cumulent pas, et elles ne mesurent pas une surface. Le désert médical touche d'abord des gens, et il se mesure aussi en distance.

---

Arrêté du 9 mai 2025 relatif à la méthodologie de zonage des médecins, JORF n° 0109. DREES, accessibilité aux soins de premier recours, 22 juillet 2026. Assurance Maladie, 11 juin 2026 : 4,3 % des patients en affection de longue durée sans médecin traitant fin 2025

## Un médecin près de chez vous

La cause est connue et elle est ancienne : on a rationné le nombre de médecins formés pendant des décennies.

- **Former plus de médecins** : le parcours des études de médecine générale est **révisé** pour former plus vite, sans baisser le niveau. Le droit européen fixe un plancher : cinq années de formation de base, puis trois années de médecine générale. <sup>(2)</sup>
- **Ce que cela suppose.** Le troisième cycle est passé à **quatre ans** depuis 2023 : le raccourcir exige de **refaire la maquette** avec les facultés et l'Ordre, et de le démontrer avant de l'appliquer. Ce n'est pas un décret, c'est un chantier.
- **Les payer pendant leurs études**, dès la deuxième année, en échange d'un engagement à exercer dans un territoire qui manque de soignants.
- **Les installer là où il manque**, avec l'appui de la commune : le maire peut acquérir un local vacant et le louer à bas loyer pour ouvrir un cabinet.
- **Et en attendant qu'ils sortent** : télémedecine équipée et partage des tâches entre soignants, dès la première année. Vous ne faites plus quarante kilomètres pour un renouvellement d'ordonnance.

### LE POINT DE VÉRITÉ

Former un médecin prend des années : aucun gouvernement n'en crée un en un mandat. Le programme dit la vérité sur le calendrier, et agit tout de suite avec ce qui existe déjà.

(2) Légifrance, code de l'éducation, version du 30 juillet 2026 : le troisième cycle de médecine générale dure quatre années. Directive européenne 2005/36/CE : cinq années de formation de base et trois années de médecine générale au minimum

## Former, pré-recruter, installer

---

1 · Former plus de médecins

**8 ans au lieu de 10 à 12**

2 · Les payer pendant leurs études

**dès la 2e année**

3 · En échange d'un engagement

**exercer là où il manque**

**4 · Un médecin s'installe chez vous**

En attendant qu'ils sortent : télé médecine équipée et partage des tâches entre soignants, dès la première année.

Aucune de ces quatre étapes ne suffit seule. Former sans installer produit des médecins qui s'installent là où ils sont déjà nombreux. Installer sans former ne fait que déplacer la pénurie.

C'est la chaîne complète qui compte, et c'est elle que le programme finance.

## Des soignants qu'on recrute et qu'on garde

Un système de santé, ce ne sont pas des murs : ce sont des gens qui restent.

- **Toute la chaîne de soins est renforcée** : médecins, infirmiers, aides-soignants et auxiliaires recrutés et revalorisés, à l'hôpital comme en ville. <sup>(3)</sup>
- **Les postes d'internat vont d'abord aux spécialités qui manquent** : ophtalmologie, dermatologie, gastro-entérologie, cardiologie, là où les délais de rendez-vous explosent.
- **Les sapeurs-pompiers renforcés de 25 % en cinq ans**, en effectifs comme en moyens. Ils sont les premiers sur place dans l'immense majorité des urgences vitales : leur nombre décide du délai d'arrivée, et le délai décide de la suite. Et ils sont mieux articulés avec le SAMU.
- **Et c'est financé au sein du budget de la santé**, en réduisant les dépenses contraintes : l'intérim médical hors de prix, les urgences engorgées faute de médecin de ville.
- **Moins de strates, plus de terrain** : des économies sur les **seules dépenses de gestion**, administration, encadrement intermédiaire, achats et prestations de siège, et non sur le budget de l'hôpital ni sur les soignants. Elles sont mesurées **établissement par établissement**, nettes des coûts informatiques et de formation, jamais inscrites d'avance en pourcentage, et **réinvesties dans le soin** : on allège la hiérarchie, jamais les équipes.

### CE QUE ÇA CHANGE POUR UN HÔPITAL

Recruter en nombre suffisant coûte moins cher que l'intérim au prix fort : la revalorisation est une dépense mieux placée.

**(3)** Service Public, tarifs d'un médecin conventionné ou non, cadre 2026 : secteur 1, secteur 2 et exercice hors convention, avec droit à l'information du patient.

## Ce que vous payez chez le médecin

---

Aujourd'hui

Secteur 1

Secteur 2

Secteur 3

trois règles, des dépassements imprévisibles

---

Demain

### Soins courants

tarif de référence, remboursé en entier

### Actes spécialisés

complément plafonné, annoncé avant

Deux règles au lieu de trois, et plus de mauvaise surprise.

Les ménages modestes sont couverts à 100 % sur les soins essentiels.

Trois secteurs de tarifs, des dépassements qu'on découvre à la caisse, une mutuelle qui rembourse ou non selon des règles illisibles : personne ne sait ce qu'il va payer avant d'entrer.

Le programme ne supprime pas les compléments d'honoraires. Il les rend prévisibles.

## Vous saurez ce que vous payez avant d'entrer

Deux règles seulement, et elles s'annoncent d'avance.

- **Les soins courants sont au tarif de référence, remboursés en entier.** Pas de complément, pas de surprise. <sup>(5)</sup>
- **Les actes spécialisés peuvent porter un complément,** mais il est **plafonné et annoncé avant le soin.** Vous décidez en connaissance de cause.
- **Les ménages modestes sont couverts à 100 %** sur les soins essentiels.
- **Et les victimes sont mieux prises en charge :** des unités de soins spécialisées, dont les violences sexuelles, dans tous les CHU.

### POURQUOI NE PAS TOUT INTERDIRE

Supprimer purement les compléments ferait fuir des praticiens vers le privé non conventionné, et le patient y perdrait. Les plafonner et les annoncer protège mieux que les nier.

(5) DREES, les dépenses de santé en 2024, édition 2025 : structure du financement. Rendement de la fiscalité comportementale à confirmer par le collège.

# 40 degrés

des étés qui deviennent un problème de santé

---

La chaleur n'est plus une gêne d'été : c'est une cause de mortalité, et elle frappe d'abord les personnes âgées, les malades chroniques et les enfants. Un hôpital à 35 degrés soigne mal.

Le programme traite la chaleur comme un sujet de santé publique, et non comme un débat sur la climatisation.

---

- Hôpitaux et écoles climatisés, le temps que le bâti soit refait.
- Des lieux publics rafraîchis ouverts à tous, écoles, maisons de retraite, gymnases.
- Une ville qui cesse d'emmagasiner la chaleur : toits clairs, arbres, sols qui respirent.

## Des lieux frais quand il fait quarante degrés

On protège d'abord ceux qu'on ne peut pas faire attendre.

- **Les hôpitaux et les écoles sont climatisés**, le temps que le bâti soit refait. La sobriété n'est pas un dogme quand la santé est en jeu, et le programme l'assume.
- **Des îlots de fraîcheur ouverts à tous** pendant les canicules : écoles, maisons de retraite, gymnases, fontaines et places ombragées.
- **Un bâti conçu pour se passer de climatisation** : volets et protections solaires, ventilation naturelle, matériaux clairs. La climatisation est un pansement, pas une solution.
- **Et une ville qui renvoie la chaleur au lieu de la stocker** : toits et façades végétalisés, toitures claires, moins de bitume, la pluie qui s'infiltre au lieu de ruisseler.

### POURQUOI C'EST DANS UN LIVRET SANTÉ

Les canicules tuent, et elles tuent inégalement. Rafraîchir un EHPAD ou une école n'est pas une politique du confort : c'est de la prévention, au même titre qu'un vaccin.

# × 2

le nombre des plus de 85 ans d'ici 2040

---

C'est le chiffre qui commande tout le reste. Deux fois plus de très grands âges en quinze ans, avec les mêmes soignants et les mêmes places d'établissement, cela ne tient pas.

Et pourtant la réponse la plus efficace existe déjà, sans construire un seul bâtiment : elle s'appelle rester chez soi, et elle repose sur les familles.

---

- Chaque proche maintenu à domicile, c'est une place en établissement non financée.
- Soutenir les aidants coûte, mais coûte moins que tout institutionnaliser.
- Le domicile d'abord, l'établissement en dernier recours.

## Les aidants, première force du système de santé

Des millions de personnes soignent leurs proches sans statut ni droits. C'est le plus grand service de soins du pays, et il est invisible.

- **Un statut de proche aidant**, qui ouvre des droits réels.
- **Votre perte de revenu compensée par la prévoyance.** Réduire ou suspendre son travail pour aider un proche, c'est un risque au même titre qu'un arrêt de travail. Une loi institue le risque « aidant » et l'intègre aux **contrats de prévoyance obligatoires**, ceux que votre entreprise a déjà : ils versent alors une indemnité, comme pour un arrêt maladie.
- **Vos trimestres continuent de compter, et ce n'est pas la prévoyance qui les paie.** Elle compense un revenu, elle ne valide pas de droits : la retraite de l'aidant relève de la solidarité nationale, sans trou ni décote.
- **Un droit au répit** : accueil temporaire de la personne aidée, renfort de services à domicile, pour souffler et vous soigner. Les métiers du domicile sont pérennisés : sans eux, le répit n'est qu'un mot.

### TROIS RISQUES, TROIS FINANCEMENTS

La dépendance de la personne aidée relève de la **branche autonomie** de la Sécurité sociale, dotée enfin des moyens nécessaires. La perte de revenu de l'aidant relève de la **prévoyance**, au prix d'une légère hausse de cotisation partagée entre l'employeur et le salarié, assumée. Ses droits à la retraite relèvent de la **solidarité nationale**. Rien n'est laissé au seul budget de l'État, et rien n'est laissé à la famille.

# 1 poche sur 5<sup>(4)</sup>

de votre assurance-vie, dédiée à l'autonomie

---

Le grand âge coûte cher, et l'État seul ne peut pas tout porter. Mais les générations âgées détiennent une épargne considérable, aujourd'hui immobilisée pour la transmission.

Le programme la transforme en assurance-autonomie, sans cotisation nouvelle ni impôt : c'est la quatrième des cinq poches d'investissement éligibles de l'assurance-vie.

- 
- Retrait sans pénalité pour les dépenses certifiées.
  - Adaptation du logement, services à domicile, gérontechnologies, établissement en dernier recours.
  - Et transmise, si elle n'a pas servi, avec l'abattement de 152 500 € par bénéficiaire, inchangé.

---

Service Public, congé de proche aidant, vérifié le 15 juin 2026 ; CAF, allocation journalière du proche aidant, droits étendus depuis 2025.

## Votre épargne devient votre assurance-autonomie

Une part de ce que vous avez mis de côté paie ce qui vous permettra de rester chez vous.

- **Une poche dédiée à l'autonomie**, avec retrait sans pénalité pour les dépenses certifiées : adapter la salle de bains, financer des heures d'aide à domicile, installer des équipements qui sécurisent le quotidien.
- **Et si elle n'a pas servi, elle se transmet en franchise.** Vous ne perdez rien à l'avoir prévue : c'est une assurance qui vous revient si le risque ne survient pas.
- **La branche autonomie publique concentre alors ses moyens sur ceux qui n'ont rien.** C'est la condition pour que personne ne reste au bord du chemin.
- **Des lieux qui mêlent les âges** : des résidences où cohabitent étudiants, personnes en situation de handicap et personnes âgées. On y gagne un loyer accessible, une présence, et des générations qui se parlent au lieu de s'ignorer.

### CE QUI RESTE À ÉCRIRE

Le principe des lieux partagés entre générations est posé ; leur modèle précis, financement et statut, reste à construire avec les collectivités et les gestionnaires.

# Faire payer ce qui nous rend malades

---

La France finance sa santé en taxant le travail : chaque emploi porte une part du coût des maladies. C'est un choix ancien, et il pèse sur l'emploi sans peser sur les causes.

Le programme déplace la charge vers ce qui rend malade, et affecte le produit à la prévention et au soin plutôt qu'au budget général.

- 
- Tabac, alcool, sucre, malbouffe et pollutions taxés à hauteur de leur coût réel.
  - Le produit finance la prévention et le soin, pas autre chose.
  - Le travail, lui, est allégé : c'est le même mouvement.

## Faire payer ce qui nous rend malades, pas le travail

---

Le principe tient en une phrase, et il vaut pour toute la santé publique.

- **Ce qui coûte à la santé paie pour la santé.** Tabac, alcool, sucre, malbouffe et pollutions sont taxés à hauteur de leur coût réel.
- **Le produit est affecté** : prévention et soin. Il ne se perd pas dans le budget général.
- **Ce n'est pas une punition, c'est un signal.** Le prix dit la vérité sur ce qu'un produit coûte à la collectivité.
- **Et cela allège le travail d'autant** : c'est l'autre bout du même mouvement, celui qui ramène le coût d'un salaire vers la moyenne européenne.

### CE QUE NOUS NE CACHONS PAS

Une fiscalité comportementale pèse davantage sur les ménages modestes, qui consomment plus de ces produits. C'est pourquoi elle va de pair avec la couverture à 100 % des soins essentiels et la hausse du salaire net.

# 8 ans

pour former un généraliste, comme en l'an 2000, au lieu de 10 à 12

---

Nous revenons à une durée normale de formation, avec un concours à numerus clausus lié à nos besoins, généralistes comme spécialistes. Une réforme de la santé ne se juge pas sur des moyennes nationales mais sur ce qu'elle change dans un village, dans un service, dans une salle d'attente.

Voici cinq situations, et ce que le programme y fait, tout de suite ou dans huit ans.

---

- Tout de suite : télé médecine, partage des tâches, recrutements.
- Dans deux ans : les premiers pré-recrutés s'engagent.
- Dans huit ans : les premiers généralistes du nouveau parcours.

## Cinq situations, cinq effets

Ce que le programme fait à cinq endroits.



### **Un village sans médecin**

zone sous-dotée

Un médecin pré-recruté s'installe, appuyé par la télémedecine et un local à bas loyer. commune. Plus de quarante kilomètres pour une ordonnance.



### **Inès, étudiante en médecine**

deuxième année

Elle est rémunérée dès la réussite de son concours, en échange d'un engagement à exercer. Ses études ne dépendent plus du compte en banque de ses parents.



### **Mélanie, infirmière**

à l'hôpital

Recrutée en nombre suffisant et mieux payée, elle reste au lieu de quitter le métier. C'est le premier problème du système.



### **Un retraité de 74 ans**

huit mois d'attente en ophtalmologie

Les postes d'internat vont d'abord aux spécialités qui manquent : le délai cesse de s'allonger.



### **Une famille modeste**

soins courants

Le tarif de référence est remboursé en entier, les compléments sont annoncés avant le soin, et les soins essentiels couverts à 100 %.

# « Vous ne ferez pas pousser des médecins »

---

C'est vrai, et nous l'écrivons : **former un médecin prend des années, aucun gouvernement n'en crée un en un mandat**. Le premier généraliste du nouveau parcours exercera dans huit ans.

C'est pour cela que le programme agit sur deux temps à la fois : la télémédecine, le partage des tâches et les recrutements produisent leur effet **dès la première année**, pendant que la formation reconstitue le nombre.

---

- « Les jeunes médecins refuseront » : l'engagement est la contrepartie d'études payées.
- « Ça coûtera une fortune » : financé dans le budget de la santé, par les dépenses contraintes.
- « La télémédecine ne remplace pas un médecin » : elle ne le remplace pas, elle comble l'intervalle.

## Les trois objections, une par une

---

Elles reviendront à chaque débat. Autant y répondre ici, par écrit.

- « **Vous ne ferez pas pousser des médecins.** » Non, et nous le disons. Mais on peut arrêter d'en manquer : former plus, payer les études, et occuper le terrain autrement en attendant.
- « **Obliger les jeunes médecins à s'installer, c'est de la contrainte.** » L'engagement est la contrepartie d'études rémunérées, librement acceptée. Personne n'y est forcé.
- « **Vous allez taxer les pauvres avec la fiscalité comportementale.** » Elle pèse davantage sur les ménages modestes, c'est vrai. Elle va donc de pair avec la couverture à 100 % des soins essentiels et avec la hausse du salaire net.

### CE QUE NOUS NE CACHONS PAS

Le délai de huit ans est le point faible du plan, et il est écrit en toutes lettres. Un programme qui promettrait des médecins pour 2028 mentirait.

---

# Soigner partout, ou renoncer à la République.

Un pays où l'on meurt plus vite selon l'endroit où l'on habite n'est plus tout à fait un pays. L'accès au soin n'est pas une politique sectorielle : c'est ce qui rend la promesse d'égalité vraie ou fausse, commune par commune.

## Ce qui se passe dès l'élection

---

Rien de tout cela ne vaut sans calendrier ni contrôle.

- **Dès 2027** : réforme des études votée, pré-recrutement ouvert, télémedecine équipée, recrutements hospitaliers engagés, deux secteurs de tarifs au lieu de trois.
- **Dès la deuxième année** : les premiers étudiants rémunérés s'engagent à exercer.
- **À huit ans** : les premiers généralistes du nouveau parcours s'installent.
- **Négocié avec les soignants** : les règles de tarifs et de temps de travail sont discutées avec les professions, jamais imposées.
- **Et si une ligne ne tient pas, elle est révisée en public.**

### COMMENT VÉRIFIER

Trois chiffres suffisent à juger, et ils sont publiés chaque année : le nombre de Français sans médecin traitant, la part du territoire en désert médical, et les délais de rendez-vous dans les quatre spécialités les plus tendues.

## Chaque chiffre a sa source

---

Rien à croire, tout à vérifier, les numéros (1) au fil des pages renvoient ici.

**(1)** DREES, accessibilité aux soins de premier recours, 22 juillet 2026. Assurance Maladie, 11 juin 2026 : 4,3 % des patients en affection de longue durée sans médecin traitant fin 2025

**(2)** Légifrance, code de l'éducation, version du 30 juillet 2026 : le troisième cycle de médecine générale dure quatre années. Directive européenne 2005/36/CE : cinq années de formation de base et trois années de médecine générale au minimum

**(3)** Service Public, tarifs d'un médecin conventionné ou non, cadre 2026 : secteur 1, secteur 2 et exercice hors convention, avec droit à l'information du patient.

**(4)** Service Public, congé de proche aidant, vérifié le 15 juin 2026 ; CAF, allocation journalière du proche aidant, droits étendus depuis 2025.

**(5)** DREES, les dépenses de santé en 2024, édition 2025 : structure du financement. Rendement de la fiscalité comportementale à confirmer par le collègue.

## Nous avons besoin de vous

---

Ce programme ne demande pas d'être cru : il demande d'être vérifié. Et il ne se fera pas seul.

- **Nous avons besoin des élus locaux**, qui rouvrent les commerces, accueillent les usines et connaissent leur territoire mieux que Paris. Et d'abord de 500 d'entre eux, pour que cette candidature existe.
- **Nous avons besoin des syndicats**, parce que la durée du travail, la pénibilité et les retraites ne se règlent pas par ordonnance. Elles se négocient, ou elles ne tiennent pas.
- **Nous avons besoin des Français**, qui votent, qui produisent, et qui feront vivre ou mourir ce texte. Aucun des trois ne suffit seul.
- **Et sur ce sujet en particulier**. Ni les déserts médicaux ni l'hôpital ne se réparent depuis un ministère. Il y faut les soignants, les facultés, l'Ordre et les communes qui installent.

### CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

**Faites-le lire**, en main propre ou par message. **Parlez-en autour de vous** : un livret qui parvient à un élu par un habitant de sa commune pèse plus qu'un courrier de campagne. **Vérifiez nos sources** : elles sont datées à chaque page.

# Construire plutôt que promettre.

---

En vingt ans, la France est passée d'une logique de protection à une logique de compensation par l'importation. Notre projet consiste à redevenir un pays qui produit et construit : des entreprises, des logements, des familles, des écoles et de la confiance.

On vous fait confiance, et on vous donne une chance de changer les choses. Le programme complet, chaque euro classé et chaque chiffre sourcé, est dans le livre et dans la version courte.

**XAVIER BALDUINI**

[WWW.PETITPREAMBULE.FR](http://WWW.PETITPREAMBULE.FR)