

## SOMMAIRE

- ACTUALITÉS	p.01
- Gros malaise pour les conseils de l'ordre.	p.02
- PADHUES : Toujours l'arbitraire et la précarité !	p.03
- RÉFORME DES ASTREINTES MÉDICALES, des médecins lésés, et un risque pour la qualité des soins.	p.04
- ON A LU... La production des inégalités sociales de santé, de Nathalie BAJOS.	p.05
- SECPA : Communiqué de presse du Collectif.	p.06
- VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES : un guide pour l'action.	p.07

## ACTUALITÉS

### ➤ La féminisation de la profession médicale profite-t-elle aux femmes ?

Les femmes représentent, selon La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques), 50 % des effectifs médicaux en 2025 (contre 41 % en 2012), et jusqu'à 52% en médecine générale, et près de 60 % des médecins de moins de 40 ans. Mais selon le CNG (Centre National de Gestion des praticien·ne·s hospitalier·ère·s), 66,9 % des hospitalo-universitaires sont aujourd'hui des hommes, et ce taux monte à 74,4 % pour les PU-PH.

### ➤ Les « déficits » des hôpitaux sont bien dus à un sous-financement de l'État.

Deux rapports des inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF) ont récemment confirmé que la plus grande part du « déficit » des établissements hospitaliers (qui s'accroît d'un milliard d'euros par an) provient d'un sous-financement chronique, aggravé par des charges « exogènes ».

Un premier rapport de l'IGAS ([cliquez ici](#)) montre que la compensation financière des revalorisations salariales (intervenues dans le cadre du plan Ségur de la Santé en 2020), des hausses indiciaires de la fonction publique, de la revalorisation des indemnités de garde, astreinte, nuit et WE, et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024, a un impact d'environ 1,7 milliard d'euros (hors inflation). La plupart de ces mesures n'ont jamais été intégralement financées par l'État, qui ne couvre pas non plus l'évolution automatique de la masse salariale (glissement vieillesse technicité).

Le second rapport ([cliquez ici](#)), considère que les hôpitaux publics vont connaître une hausse de leurs besoins de financement de 3 milliards d'euros par an ces prochaines années, au regard de l'évolution attendue des charges salariales des hôpitaux, des besoins d'investissement, de la prévalence des maladies chroniques, du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, de la mise en place d'un ratio minimal de soignant·e·s par patient·e hospitalisé·e.

On le savait déjà : le budget du système de santé voté chaque année est volontairement sous-évalué depuis des années, particulièrement dans son chapitre hospitalier, enfonçant l'hôpital public dans une spirale sans fin d'endettement et de recherche d'une efficacité impossible. Nous sommes satisfaits (même si les pistes proposées ne sont pas les nôtres) de le voir confirmé par les outils même du pouvoir en place.

## GROS MALAISE POUR LES CONSEILS DE L'ORDRE

L'Inspection Générale des Finances (IGF) a fait le buzz en mars avec des rapports concernant les Ordres des médecins (CNOM), des pharmaciens (CNOF), et des chirurgien·ne·s-dentistes (CNOCD), rapports aimablement dévoilés, avant leur publication, par le Canard Enchaîné. Les trois ordres ont récemment augmenté de façon significative leurs cotisations, ce qui leur permet, selon l'IGF, un train de vie inutilement dispendieux et l'accumulation de réserves financières peu justifiées. Le CNOCD est épinglé pour l'absence, depuis près d'un an, de contrôle des conflits d'intérêts et des avantages octroyés aux professionnel·le·s par les entreprises de santé.

Le Conseil de l'ordre des pharmaciens, qui n'a très gentiment engagé aucune poursuite disciplinaire après la déplorable affaire URGO (impliquant une ancienne ministre et près de 3.000 pharmaciens), est épinglé pour les très partielles déclarations d'intérêts de ses conseiller·e·s.

Les Conseils de l'Ordre des Médecins (CNOM et CDOMs) ne sont pas en reste :

- Des « ressources qui ne sont pas rigoureusement employées ».
- Des « indemnisations et des dépenses irrégulières ou non maîtrisées ».
- Des « partenariats irréguliers », des « conflits d'intérêts ».
- La hausse de la cotisation, selon l'IGF, « interroge » ; l'IGF recommande même, suivi par le ministère, une énième dissolution du CDOM 75.

Autres points importants relevés dans le rapport : « L'ordre des médecins n'est pas organisé pour contrôler dans la durée les conditions d'exercice de la médecine et sanctionner efficacement les manquements déontologiques », « Le traitement des signalements et des plaintes par les conseils de l'ordre ne permet pas de garantir que les manquements déontologiques soient effectivement poursuivis » ; Des médecins condamnés au pénal pour agression sexuelle, n'ont fait l'objet d'aucune suite disciplinaire ; on est heureux de le voir écrit : L'affaire Le Scouarnec n'est qu'un des nombreux avatars de situations où l'inaction et l'indifférence auront été la règle ; Enfin, last but not least, « Le contrôle des contrats et des avantages est insuffisant pour garantir l'absence d'atteintes à l'indépendance des médecins ».

L'impuissance assumée dans le contrôle se conjugue avec d'incompréhensibles procédures d'un autre temps. La sanction fréquente de médecins dénonçant des violences sur enfants ; La convocation récemment de médecins sur plainte d'associations antivax.

Il est temps de poser la question : Les conseils de l'ordre ont-ils un intérêt autre que de maintenir une discipline passéiste et une protection corporatiste ?

Rappelons la mise en place de l'ordre des médecins en 1940, pour contrôler une profession majoritairement libérale, avec un droit de contrôle et de sanction inédit pour une structure sans rapport avec la justice pénale, un rôle mélangeant juge et partie, sans réel contrôle, et destinée à occuper le terrain des syndicats, tous dissous par le pouvoir en place.

La profession a changé, elle est désormais majoritairement salariée, et c'est un souhait des jeunes générations ; les médecins hospitaliers disposent de syndicats, d'instances comme le CNG, en particulier disciplinaires ; les autres médecins salariés relèvent de leur convention collective et du droit du travail général des cadres.

Chez les infirmier·ère·s, la mise en place d'un conseil de l'ordre fait face à un refus massif.

Une seule conclusion possible : les médecins, comme les autres professionnel·le·s de santé, n'ont pas besoin de cette instance passéiste, réactionnaire, inutile, coûteuse.

## **PADHUES : toujours l'arbitraire et la précarité !**

La loi Valletoux de 2022 n'y a rien changé, elle a même aggravé leur situation : les Praticien-ne-s À Diplôme Hors Union Européenne (PADHUES) sont sous-payé-e-s, précaires, déclassé-e-s par rapport aux praticien-ne-s étranger-ère-s titulaires d'un diplôme d'un pays de l'U.E., et soumis à l'arbitraire des Directeur-trice-s d'hôpitaux, des ARS et des préfectures.

Le seul moyen pour eux d'obtenir une autorisation d'exercice pérenne est de passer par le goulot d'étranglement des EVC (Épreuves de Vérification des Connaissances, en fait un concours au nombre de places limitées). Tous les statuts antérieurs ont été supprimés. En février 2025, un décret d'application a mis en place la position statutaire de Praticien Associé Contractuel temporaire (PACT) pour les non-titulaires des EVC, pour une durée de deux fois 13 mois, sous condition de s'inscrire aux EVC.

Les postes de FFI ont été maintenus pour les praticien-ne-s diplômé-e-s envoyé-e-s par accord avec leur faculté d'origine se former en France pendant deux ans. Or de nombreux contrats de 6 mois renouvelables à la discrétion des directeur-trice-s d'hôpitaux sont mis en place de gré à gré pour des praticien-ne-s résident-e-s en France, souvent de très longue date, de nationalité française pour nombre d'entre eux/elles. Cette pratique se fait en toute illégalité alors que ces médecins pourraient avoir un contrat de PACT. Ce pour une raison simple : l'hôpital se paie un-e praticien-ne expérimenté-e pour le prix d'un interne de 1<sup>ère</sup> année, au salaire de base d'environ 1.500 € mensuels.

Ils sont en butte à l'arbitraire des préfectures et du ministère de l'intérieur pour obtenir un titre de séjour au motif qu'il n'ont pas de contrat de travail mais un statut d'étudiant-e et sont soumis-e-s à la menace d'une expulsion. Leur contrat peut être interrompu à tout moment, au motif qu'il devient illégal après deux ans d'exercice. Pour les mêmes raisons, les ARS peuvent leur refuser sans justification, l'Autorisation Temporaire d'Exercice (ATE) qui leur est indispensable, parfois pour des prétextes qui n'apparaissent dans aucun texte réglementaire (comme une note en baisse chez ce chirurgien qui a tenu à passer les épreuves des EVC le lendemain d'une garde de nuit !).

Ces EVC, loin d'être une vérification des connaissances, sont un concours au nombre de place limitées et attribués au doigt mouillé en l'absence de tout recensement des besoins des hôpitaux, laissant les deux-tiers des candidat-e-s sur le carreau chaque année. Selon les chiffres que nous a donnés la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère de la Santé), environ 7.000 non-titulaires des EVC en activité résident en France métropolitaine. Pour la Conférence des doyens des facultés de médecine ils étaient 18.000 à exercer en 2022, la plupart avec une Autorisation d'Exercice Temporaire. Cette année la plupart des postes disponibles ont été attribués à un "concours interne" réservé aux praticien-ne-s exerçant depuis plus de deux ans en France les trois dernières années, ce qui laisse de côté celles et ceux qui ont perdu leur poste depuis plus d'un an. Pour exemple, une médecin ORL jetée dehors après 14 ans d'exercice. Ils Pour cette année, l'ensemble des postes ouverts n'ont pas tous été pourvus, car les jurys de certaines spécialités se sont arrogés le droit de rejeter des candidat-e-s alors qu'ils avaient obtenu jusque 14,5 sur 20 de moyenne.

Être lauréat-e des EVC ne résout pas tous les problèmes. À chacun-e de se débrouiller pour trouver un poste dans les six mois, avec le risque de perdre le bénéfice du concours. Ces médecins doivent suivre pendant deux ans un parcours de consolidation des connaissances (PCC) dont le contenu est fixé arbitrairement par le jury de chaque spécialité. Ils sont souvent laissés à eux/elles-mêmes pour trouver leurs stages obligatoires, parfois dans une tout autre région. Le jury peut décider sans justification de prolonger d'un an leur PCC.

La CGT demande l'attribution d'une Autorisation Temporaire d'Exercice (ATE) et d'une autorisation de séjour pour tout PADHUE bénéficiant d'une embauche dans un hôpital français quel qu'en soit le statut.

### **La CGT demande :**

- **L'abrogation de la loi Valletoux.**
- **La fin des EVC.**
- **L'embauche de ces praticien-ne-s après un examen sur dossier comprenant les titres et travaux et les services rendus sur toute leur carrière.**
- **La possibilité d'accéder à un contrat de Praticien-ne Contractuel-le et aux concours de PH, sous conditions de temps d'exercice en France et de validation des connaissances, qui reste nécessaire mais ne doit pas être soumis à l'arbitraire.**

## ➤ **RÉFORME DES ASTREINTES MÉDICALES : des médecins lésé·e·s, un risque pour la qualité des soins.**

Dans nombreux centres hospitaliers, des médecins soumis·e·s aux astreintes pour l'organisation de la permanence de soins ont vu leur salaire baisser du fait de l'application de la réforme des astreintes médicales (mise en place par l'arrêté du 8 juillet 2025) : et pourtant cette réforme est censée améliorer leur rémunération !

Celle-ci peut varier de 70 à 280 € pour une nuit ou deux demi-journées.

Les COPS et les CME ont été invités à aider les Directeur·trice·s des centres hospitaliers à en déterminer le montant exact pour chaque service et dans certains services pour les différentes spécialités, selon une grille de « *pénibilité* » qu'aucun texte réglementaire n'encadre.

C'est ainsi que dans un service de psychiatrie nous avons été alertés sur le fait que l'astreinte des psychiatres est trois fois plus importante que celles des généralistes intervenants pour le traitement des troubles somatiques.

Comme le temps de travail sur place et de trajet n'est plus rémunéré de façon spécifique mais intégré aux obligations de service, pour vérifier qu'il ne dépasse pas 48 heures par semaine, il n'y a plus de rémunération majorée du temps de travail le week-end, les jours fériés et les nuits !

Au bout du compte, cette rémunération est contrainte par l'enveloppe financière attribuée par les ARS à la continuité des soins dans chaque établissement.

Enfin, la référence à la télémédecine avec téléprescription dans un arrêté qui incite à ne plus se déplacer dans son service pendant les astreintes, puisqu'on n'est plus payé pour cela, nous fait craindre dans l'avenir d'une baisse de la qualité des soins des services concernés : la télémédecine peut être utile dans certaines situations pour des prescriptions ponctuelles, mais rien ne remplace une présence médicale auprès du malade et des équipes soignantes dans des situations difficiles voire critiques.

### ***Pour la CGT les choses sont claires :***

- **Aucune baisse de rémunération des médecins hospitaliers soumis aux astreintes !**
- **Aucune baisse de la qualité des soins !**

Les syndicats CGT, s'ils sont représentés dans les COPS et CME, interviendront en ce sens.

Dans tous les cas nous appelons les Praticien·ne·s Hospitaliers et Contractuel·le·s concerné·e·s à prendre contact avec le syndicat CGT de leur établissement qui agira pour les défendre en lien avec le collectif des médecins CGT de l'UFMICT.

**Paul ROBEL**

Nathalie BAJOS,  
**La production des inégalités sociales de santé**  
**Leçons inaugurales du Collège de France**

*Avril 2025*

Parler d'inégalités devant la Santé est presque une évidence, et dire que les inégalités sociales sont un enjeu majeur de santé publique une tautologie.

Mais comment se construisent ces inégalités, ces écarts entre groupes sociaux résultant de logiques sociales et institutionnelles ? Il est nécessaire de le comprendre pour savoir sur quoi agir, et c'est le but de cette leçon inaugurale de sa chaire au Collège de France en 2025 de Nathalie Bajos, sociologue dont les travaux à l'INSERM et à l'EHESS explorent depuis longtemps le champ des déterminants sociaux et politiques de la santé.

Les maladies ont une histoire et une géographie ; la santé est au cœur des rapports sociaux de domination. Le postulat de Nathalie Bajos est que les inégalités de santé, cumulatives au fil des parcours de vie (conditions de vie, apprentissages sociaux, sont construites sur ces rapports de domination, autant matériels que symboliques.

Ils interagissent entre eux/elles : les rapports sociaux de classe se cumulent aux rapports de genre (qui s'expriment jusque dans la production scientifique !) et à la place des minorités racisées.

Les inégalités de santé se construisent en plusieurs étapes, bien documentées actuellement, et que détaille l'auteurice : les atteintes à la santé (facteurs environnementaux, expositions liées aux conditions de vie), la perception des symptômes, l'accès au système de soins, les conditions de prise en charge des malades par les professionnel-le-s de santé (pratiques médiées par des biais de classe, de genre et de race).

Le caractère doublement cumulatif des inégalités de santé interroge évidemment le paradigme préventif qui préside à la lutte contre ces inégalités ; les actions de prévention ne peuvent bien sûr être efficaces que si les contextes sociaux permettent leur adoption, et la lutte contre les discriminations est un préalable. Il y a bien, mais on s'en doutait !

Un enjeu politique...et c'est une invitation à la lecture de tous les ouvrages de Nathalie BAJOS qui nous en donne les arguments.

**Christian GUY-COICHARD**

**LE COLLECTIF NATIONAL MEDECINS-PHARMACIEN-NE-S  
UFMICT-CGT DENONCE LES ATTAQUES CONTRE LES SECPA ET EXIGE  
LEUR PERENNISATION !**

Le Collectif National Médecins Pharmacien-ne-s UFMICT-CGT a appris avec stupeur la décision du Premier ministre de mettre fin à l'expérimentation des **structures d'exercice coordonné participatives** (SECPA), pionnières depuis 2021 de la santé communautaire dans les quartiers populaires associant soins, soutien psychologique, travail social, accès aux droits, lutte contre les violences, interprétariat et actions collectives pour accompagner les habitants les plus éloignés du système de santé.

Ces vingt-six structures étaient financées à hauteur d'environ 10 millions d'euros par an au total. Leurs évaluations ont toujours été positives, et le Conseil stratégique de l'innovation en santé avait voté leur entrée dans le droit commun, saluant une « *dynamique incontestable* ».

Pourtant, en janvier 2026, le ministère annonce sans concertation leur basculement dans le dispositif France santé, qui prévoit une subvention de seulement 50.000 € maximum par an, très loin des besoins réels, laissant planer le risque de fermetures et de licenciements dès avril 2026, par impossibilité de couvrir les investissements déjà réalisés.

La santé communautaire a clairement prouvé son efficacité, y compris économique : elle réduit l'isolement, améliore la santé, facilite l'accès aux droits et soutient les médecins face à des situations complexes. Son extension est une nécessité sociale et médicale.

**Il s'agit d'un choix politique**, découlant directement des choix budgétaires de la Loi de Financement de la Sécurité sociale votée en décembre 2025. Alors que des sources de financement saines de notre système de santé existent et sont négligées, comme la révision généralisée des exonérations de cotisations, le gouvernement fait le choix d'un modèle centré sur l'acte, financiarisé, et continue son entreprise de destruction du service public de santé, sans aucun égard pour les assurés les plus fragiles.

**Le Collectif National Médecins Pharmacien-ne-s UFMICT-CGT s'associera à toute initiative visant à défendre ces Centres de Santé, essentiels dans les territoires où les besoins en soins primaires, comme les inégalités sociales, sont les plus importants.**

# **VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES**

## *Un guide pour l'action*

La CGT Normandie a mis en ligne - [CGT enquêtes - vsst](#) - un manuel méthodologique d'enquête centré sur les violences sexistes et sexuelles au travail (VSST) mais également utilisable concernant les risques organisationnels au travail (RPS, suicide, etc).

Ce manuel, 100 % gratuit, est le premier outil d'enquête du CSE et des formations spécialisées de la fonction publique directement issu de pratiques réelles, d'enquêtes menées, de blocages rencontrés, de stratégies construites face à des situations parfois complexes. Il met l'accent sur la recherche de ce qui, dans l'organisation du travail, rend les violences possibles et outille l'action collective pour les prévenir.

Conçu comme un outil opérationnel, il propose sur plus de 480 pages une méthodologie, des outils mobilisables, des repères juridiques solides et une lecture syndicale des VSST, découpées en fiches thématiques.

Il s'adresse aussi à toutes celles et ceux qui accompagnent les luttes contre les violences au travail, qu'ils s'agissent de juristes militant·e·s, d'avocat·e·s, d'expert·e·s CSE, de professionnel·le·s de la santé au travail, d'agent·e·s des services de prévention des CARSAT ou de l'inspection du travail, et de tou·te·s les professionnel·le·s de santé !