FÉDÉRATION CGT DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE
UNION FÉDÉRALE DES MÉDECINS, INFIRMIER·ÈRE·S, CADRES ET TECHNICIEN·NE·S

la cgt UFMICT
MÉDECINS INGÉS CADRES TECHS

INFOS MÉDECINS

Octobre 2026 - n°35

Sommaire

> **Actualités (p.1-2)**
- Une rentrée sociale combative, une répression hors normes : vers une grève générale le 5 novembre.
- Palestine : le collectif agit.
- Tour de france de la santé : une initiative le 14 novembre.

> **Le Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2027 : le musée des horreurs + (p3-4)**

> **Financement, performance, privatisation ? : Le temps et la disponibilité sont indispensables au soin (p.5-6)**

Actualités

Une rentrée sociale combative, une répression hors normes :

La rentrée sociale a été marquée par les manifestations des agent·es de la fonction publique (300.000 participant·es le 29 septembre), et de la jeunesse, lycéen·nes, étudiant.es, vite rejointes par l'entrée dans la lutte de nombreux travailleurs et travailleuses (près de 800.000 manifestants les 17 et 24 octobre), avec le soutien de plus en plus de syndicats et d'associations.

La seule réponse a été une répression policière accrue, prenant prétexte de dégradations et violences (que la CGT a immédiatement condamnées), et conduisant à des violences inadmissibles sur des jeunes manifestant pour témoigner de leurs conditions de vie et d'études devenues scandaleuses.

Cette conception du « dialogue social » fait malheureusement le jeu d'une extrême droite heureuse d'instrumentaliser la violence.

Tout cela dans le contexte de présentation d'un projet de budget dans la droite ligne des années précédentes, mettant à contribution travailleurs, retraités et patients, sans réelle contribution du côté des entreprises, y compris celles qui bénéficient le plus des exonérations de cotisations (estimées à 80 milliards en 2025, et pérennisées en 2027) et distribuent des dividendes exponentiels à leurs actionnaires. Le Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2027 n'échappe pas à cette logique, on le verra dans l'article que nous lui consacrons ci-dessous, qui le consacre « musée des horreurs + ».

Nombreux sont les médecins qui estiment désormais que la dégradation de notre système de santé, et de nos services publics, n'est plus tolérable. Cette recherche à tout prix d'économies sur le dos des patients et des soignants s'est soldée par la fermeture de 45.000 lits depuis 2013 dans le secteur hospitalier , par la fermeture de plus de cent maternités en dix ans, par un débordement permanent des urgences, par une fuite du personnel hospitalier, par une pression constante sur l'activité, par une perte de sens de nos métiers.

La jeunesse nous montre l'exemple : c'est par une grève massive que nous mettrons le patronat et le gouvernement sous pression et que nous gagnerons sur nos revendications et pourrons reconquérir le service public de santé. C'est par la grève que nous gagnerons les budgets pour tous nos services publics et les financements pour notre Sécurité sociale.

La CGT appelle à des assemblées générales partout sur les lieux de travail pour décider de la généralisation de la grève le 5 novembre, date de la journée de grève et de manifestations décidée par l'intersyndicale interprofessionnelle. Les médecins ne peuvent rester indifférents, et le Collectif médecins-pharmacien·nes UFMICT-CGT les appelle à prendre part à toutes les actions et initiatives décidées ce jour-là, y compris par la grève. Un communiqué de presse a été publié en ce sens.

- **PALESTINE :** Le Collectif médecins UFMICT-CGT a participé à une action collective, avec des représentant·es de plusieurs syndicats (FO et SUD) et d'associations, **pour la libération du Dr. Abou Safiya** (directeur d'hôpital emprisonné et torturé en Israël sans jugement) qui a permis d'être reçus au Ministère des Affaires Étrangères ; par ailleurs, le Collectif médecins a participé à une campagne exigeant l'exclusion de l'IMA (Israëlian Médical Association) de l'Association Médicale Mondiale (WMA) : un membre du Collectif était présent à la manifestation de Rotterdam le 10 octobre.
- Le 14 novembre, à l'appel d'une quarantaine de syndicats (dont l'UFMICT-CGT), mutuelles, associations et organisations politiques, le **Tour de France pour la Santé,** organise le **Procès des projets en santé de la droite et de l'extrême-droite** avec tous·tes celles et ceux qui veulent s'opposer à leurs projets néfastes et destructeurs et proposer des alternatives pour une santé de qualité accessible à toutes et tous, partout, sans discrimination aucune. Cela se passe **Salle Eugène Hénaff , 29 Bd du Temple Paris 3°** de 13H30 à 17H30 et ce sera diffusé aussi en live !

I - Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2027 : le musée des horreurs +

- Paul Robel

Le PLFSS pour 2026 avait été qualifié par la CGT de « musée des horreurs ». Celui-ci le surpasse sur bien des aspects. Au moment où cet article est rédigé, il n'a pas été voté par l'Assemblée nationale. Mais tous les commentateurs s'accordent à dire qu'il pourra être adopté sans débat, à l'aide du 49.3, par ordonnance ou par un autre mécanisme institutionnel dont le Président de la République a les moyens.

Dès l'ouverture le gouvernement donne le ton : « Le PLFSS pour 2027 propose d'engager une réduction forte du déficit des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale, par des mesures portant majoritairement sur les dépenses (...) de 9,9 milliards d'euros ».

Rappelons que ce « déficit » est créé de toutes pièces, notamment par les exonérations patronales de cotisations sociales qui se montaient en 2025 à 80 milliards d'€, bien plus que le déficit allégué.

L'ONDAM se monte à +2%, ce qui compte tenu d'une inflation estimée pour 2027 à 1,8% et de l'évolution naturelle des dépenses aboutit à un budget en régression. Tous en subiront les conséquences.

- **Les retraité·es**

  Ils/elles sont accusé·es par le gouvernement de thésauriser sur leur pension et de mieux vivre que le reste de la population. Rappelons que le montant de leur pension dépend de ce qu'ils ont cotisé toute leur vie active, plafonné à 1.900€ pour le régime de base.

  Le gouvernement propose de leur prendre 4,8 milliards, pour l'essentiel (4,1 milliards) par le moyen d'une non-indexation des pensions au-dessus de 1.260€ mensuels. De plus il prévoit de supprimer l'abattement fiscal de 10% pour les revenus de plus de 3.000€ par foyer fiscal.
  Nos pensions seront fortement diminuées par ces mesures une fois retraité·es, car d'après le ministre Lecornu, avec 2.000€ par mois, on n'est pas riche, mais on vit bien !

- **Les complémentaires santé vont augmenter**

  Une fois de plus, du fait de la prolongation d'une taxe « exceptionnelle » de 1,1 milliard d '€ qui sera intégralement payée par les assurés.

- **Les travailleur·euses licencié·es**

  Leur prime de licenciement ne seront plus exonérées au-delà de 48.000€.

- **Ceux en arrêt de travail**

  Les Indemnités journalières d'assurance-maladie (IJ) ne seront plus exonérées de CSG, ce qui réduira d'autant leur montant. Au chapitre « lutte contre la fraude » l'accent est mis sur les arrêts de travail. On peut en craindre les pressions sur les assurés sociaux pour reprendre leur travail contre l'avis de leurs médecins, et sur les médecins prescripteurs qui risquent une procédure entamée si leurs IJ dépassent d'un certain taux la moyenne, par un dispositif de mise sous objectif ou d'accord préalable (qui touche surtout des généralistes dont plusieurs patients sont en arrêt de travail prolongé du fait d'un cancer, de TMS ou de dépression).

  La durée maximum d'indemnisation des arrêts de travail passe de 3 ans à 1 an. Ensuite c'est une invalidité et une AAH comme seul revenu, même si l'état de santé à toutes chances de se rétablir par la suite.

  Concernant les AT (accidents de travail) les plafonds pris en compte pour leur indemnisation sont baissés à 1,8 SMIC. De plus, elles seront fiscalisées en totalité contre 50 % actuellement.

  Enfin, les partenaires sociaux sont invités à discuter d'une réforme des IJ sur la base d'une réduction de 1 milliard d'€: avant même de démarrer une « négociation » la messe est dite !

- **Les patient·es des centres de santé**

  Si l'activité des SECPA est pérennisée, il est proposé « à titre expérimental » une rémunération des centres de santé sur une base forfaitaire selon le profil des patients. C'est très dangereux, car la rémunération est alors déconnectée de l'activité médicale : pourquoi s'embêter à suivre de près des patients si on est payé de la même façon qu'ils consultent ou pas ?

- **L'hôpital**

  L'ONDAM hospitalier augmente de 3%. Rappelons que les économistes de la santé et récemment la FHF disent qu'en euros constants, le budget hospitalier doit augmenter de 3 à 3,5% pour simplement maintenir l'existant. C'est de dotations donc d'activités en régression qu'il s'agit donc.

- **Les médicaments**

  Le non-remboursement de certains médicaments d'usage courant devra compenser, à hauteur de 1,3 milliard d'€, la prise en charge des molécules innovantes que nous administrons pour un prix très élevé à un petit nombre de patients, et qui sont devenues une source majeure de profits pour l'industrie pharmaceutique. Le panier des médicaments pris en charge sera revu à la baisse chaque année pour cela. Les mesures prises par décret cet été sont confirmées : diminution de 30 à 15 % des médicaments ayant un SMR modéré, et majoration des franchises médicales à 140€ par an au lieu de 100, qui de plus deviennent quant à elles indexées sur l'inflation.

  Les prix des antibiotiques dits critiques comme l'Amoxicilline augmentera en contrepartie de l'engagement d'en avoir un stock suffisant, ce qui profitera essentiellement aux laboratoires de génériques.

  Ce PLFSS introduit un mécanisme d'intéressement des établissements de santé à la réduction de la dépense moyenne par patients de médicaments et dispositifs médicaux, ce qui les incite à diminuer les prescriptions : on imagine bien les pressions des directions que les médecins (et les autres prescripteurs) risquent de subir pour cela.

  Pour ne pas alourdir cet article, je ne reviens pas sur les mesures concernant l'aide à l'enfance, aux personnes en situation de handicap, aux personnes âgées dépendantes. Comme mesures phares, ce PLFSS propose le recrutement de 3700 postes en EHPAD, ce qui semble beaucoup mais revient à 1 poste pour 2 EHPAD en moyenne…et un processus d'intéressement à la réduction du coût des médicaments et des hospitalisations.

  Avec un ONDAM à peine supérieur à l'inflation et insuffisant pour simplement maintenir l'existant, c'est d'un PLFSS de régression sociale généralisée qu'il s'agit. Il va faire payer la Sécurité sociale, ceux qui vont subir le renchérissement de leur assurance-santé complémentaire, les salariés en arrêt de travail, les victimes d'AT, la majorité des retraités, et également les familles pauvres ayant des enfants à charge, les personnes en situation de handicap et dépendantes… Il doit être rejeté, quels que soient les artifices constitutionnels pour imposer sans vote la copie du gouvernement.

II - Le temps et la disponibilité sont indispensables au soin

- Héloïse Lavignet

Effectifs, qualité, sécurité : les angles morts du new public management et des indicateurs de « performance ».

Depuis des années, notre système de santé mesure l'activité, le taux d'occupation, les actes produits, les durées de séjour et la « performance ». **Mais il mesure beaucoup moins bien ce qui fait pourtant une grande partie de la qualité du soin : du temps, des effectifs disponibles, de la coordination et des marges de sécurité.**
Un médecin qui prend vingt minutes supplémentaires pour comprendre une situation complexe produit moins d'actes. Une équipe suffisamment dimensionnée pour absorber un pic d'activité peut sembler « sous-utilisée » lorsqu'il n'y a pas de crise.

Un lit de réanimation vide ne rapporte presque rien ;
Un lit disponible peut permettre d'accueillir une urgence ;
Du temps disponible peut éviter une erreur ;
Des effectifs suffisants permettent de surveiller, transmettre et anticiper.

> Quand le financement finit par orienter les soins

Le problème n'est donc pas seulement le niveau global des dépenses de santé. Il concerne aussi la manière dont nous avons choisi de financer les soins.
La tarification à l'activité a introduit une logique simple : plus une activité est réalisée, plus elle génère de recettes. Certaines prises en charge deviennent alors financièrement « intéressantes », d'autres beaucoup moins. **Mais cette « rentabilité » est largement fabriquée. Une activité n'est pas rentable parce qu'elle est plus utile ou parce qu'elle répond mieux aux besoins de santé. Elle l'est parce que les règles de financement la rémunèrent mieux.**

On peut donc avoir une activité indispensable, exigeant beaucoup de personnel et de disponibilité, mais structurellement déficitaire. La Cour des comptes a ainsi évalué à -61 millions d'euros l'écart à la neutralité tarifaire de la néonatalogie publique.

Et cet écart n'est ni inconnu, ni récent. Il est documenté dans des rapports publics, tout comme les effets que peuvent produire ces déséquilibres de financement sur les choix d'activité des établissements.

Quand un sous-financement connu perdure pendant des années sans être corrigé, malgré des conséquences elles-mêmes documentées, ce n'est plus une simple erreur technique : c'est un choix politique.
Nous constatons qu'à plusieurs reprises, d'autres arbitrages auraient pu être faits, et que leurs conséquences se font aujourd'hui sentir sur le terrain.
C'est précisément le problème : une activité n'est pas « rentable » parce qu'elle est plus ou moins utile à la population. Elle le devient en fonction des règles que les gouvernements successifs choisissent pour la financer.
Deux problèmes peuvent alors se cumuler : une enveloppe hospitalière insuffisante face à l'évolution des besoins et des coûts, et, à l'intérieur même de cette enveloppe, des mécanismes qui orientent les établissements vers les activités les mieux financées.
On finit par adapter les soins au modèle de financement au lieu d'adapter le financement aux besoins de santé.

> Le temps humain devient la variable d'ajustement

Cette logique se retrouve aussi en médecine libérale de secteur 1. Lorsqu'une consultation complexe, de prévention ou de coordination nécessite beaucoup plus de temps que ce que reconnaît son tarif, quelqu'un finit par absorber la différence : le médecin, en travaillant davantage ou plus vite ; ou le patient, lorsque ce temps n'est tout simplement plus disponible.

Et c'est là que les conditions de travail rejoignent directement la qualité des soins.

Quand les professionnels n'ont plus assez de temps pour examiner, expliquer, transmettre, réfléchir à plusieurs ou coordonner, ils ne perdent pas seulement en confort de travail. Ils perdent la possibilité de faire le travail comme ils estiment devoir le faire.

C'est une source majeure de perte de sens, de conflits éthiques et d'épuisement. Mais c'est aussi une question de sécurité pour les patients.

> Et le secteur lucratif ?

C'est dans ce contexte que le récent communiqué de Ramsay Santé mérite d'être lu.

Dans sa feuille de route « Connecting Care 2030 », Ramsay Santé explique vouloir concentrer ses ressources sur les activités offrant les meilleures perspectives de croissance et de rentabilité, optimiser les coûts, augmenter l'utilisation des capacités et des blocs opératoires, améliorer « l'efficacité des équipes médicales » et optimiser la planification des effectifs.

Le directeur général du groupe associe explicitement l'augmentation du nombre de patients et de la part de leur parcours prise en charge à la création de nouvelles recettes, aux gains de productivité et à l'amélioration de la rentabilité.

Dit autrement : les patients ont un parcours de soins ; le groupe, lui, a aussi un portefeuille d'activités, des marges à améliorer et du capital à allouer. Ce n'est pas une caricature du secteur lucratif. C'est sa feuille de route présentée aux investisseurs.

Et c'est précisément pourquoi l'extension de ce modèle doit nous interroger.
Le new public management a déjà introduit dans l'hôpital public une grande partie de cette logique : activité, productivité, optimisation, objectifs chiffrés. Nous en connaissons les conséquences quand ces outils deviennent une finalité : travail à flux tendu, temps réduit, marges de sécurité supprimées, perte d'autonomie et de sens.

Ajouter à cela un objectif explicite de croissance des marges et de rendement du capital ne corrige pas le problème. Il l'aggrave.

> Remettre la qualité du soin au centre

La question n'est donc pas seulement « public ou privé ». Elle est plus fondamentale : qu'est-ce que notre système de financement choisit de valoriser ?

Des volumes produits, des actes et des taux d'occupation ? Ou ce qui permet réellement de bien soigner : du temps, des effectifs, de la prévention, de la coordination et des capacités disponibles ?

Du temps auprès d'un patient n'est pas un défaut de productivité.
Un lit disponible n'est pas nécessairement un gaspillage.
Une équipe suffisamment nombreuse n'est pas une capacité sous-utilisée.
Le financement doit permettre de bien soigner, pas obliger les soins à devenir rentables.

> Références principales

- *Cour des comptes, rapport sur la tarification à l'activité : écarts à la neutralité tarifaire, dont -61 M€ pour la néonatalogie publique.*
- *Ramsay Santé, communiqué « Connecting Care 2030 », 17 septembre 2026 : gestion active du portefeuille d'activités, optimisation des coûts, utilisation des capacités, efficacité des équipes médicales, croissance et rentabilité.*

ET TOUJOURS, RETROUVEZ-NOUS SUR :

- Le site de la Fédération Santé et Action Sociale :
https://cgt-sante-action-sociale.fr/

- BLUESKY :
@medecinscgt.bsky.social