

# INFOS MÉDECINS

Novembre 2025 - n°31

## ACTUALITÉS

Ce mois de novembre 2025, l'actualité sociale est bien évidemment marquée par les débats autour du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), dont nous détaillons dans cette newsletter les principaux items ; si le volet recettes a été voté à une très courte majorité à l'Assemblée nationale, ainsi que la « suspension » de la réforme des retraites, après des débats houleux et des tractations plus ou moins transparentes, nul ne sait encore ce qu'il en adviendra après passage au Sénat et retour à l'Assemblée ; si l'usage du 49.3 a été annoncé écarté, celui d'une application par ordonnance reste toujours possible ; de nombreuses mobilisations ont eu lieu, de la part des syndicats, des partis, des associations, et des personnels de santé ; une seule chose est sûre : le gouvernement actuel semble décider à continuer la politique de casse du système public de santé que les précédents ont scrupuleusement, l'un après l'autre, appliquée à l'hôpital public en pérennisant un sous-financement désormais fatal ; une occasion aussi de rappeler, comme nous le faisons ci-dessous, l'histoire de la Sécurité Sociale et de son financement, dont le PLFSS est déjà une perversion. Et de rappeler que sous le vocable facile de « dette de la Sécurité Sociale » se cachent plus de 70 milliards d'euros annuels d'exonérations de cotisations sans contrepartie (« grand détournement des finances publiques » que dénoncent les journalistes Caroline Michel-Aguirre et Matthieu Aron dans leur livre-enquête récent), et l'affectation intégrale à la Sécu des frais liés à la pandémie COVID (136 milliards d'euros sur dix ans par l'intermédiaire de la cotisation CRDS).

En 2024, le montant total des dépassements d'honoraires a été de 4,5 milliards d'euros (95 % pour les seuls médecins spécialistes). Depuis dix ans, ce montant augmente de 5 % par an, 56 % des spécialistes sont désormais en secteur 2, et le taux de dépassement ne cesse d'augmenter. Cependant, la taxation des dépassements, proposée par amendement dans le PLFSS, a été repoussée par une majorité de députés. Les assurés, qui luttent déjà contre une désertification médicale croissante (87 % du territoire), doivent désormais faire face à une augmentation quasi-inévitable de leur reste à charge, qu'elle

provienne du médecin, ou de la cotisation à leur assurance-maladie complémentaire. Et ce n'est pas l'annonce médiatisée par le ministère de la Santé de la création de maisons « France santé » (qui ne sont rien d'autre que les maisons de santé pluriprofessionnelles déjà existantes, sans financement supplémentaire) qui fera surgir là où on en a besoin des professionnels de santé à tarif accessible. Ce dont nous avons besoin, c'est un financement des structures hospitalières et des Centres de Santé à hauteur des besoins de santé de nos territoires.

La financiarisation du système de santé est bien connue désormais dans les secteurs de la biologie et de la radiologie ; la Sécurité Sociale le signale dans son rapport annuel, et jusqu'au CNOM qui s'en inquiète : des fonds d'investissement privés prennent progressivement le contrôle de structures de soins, en s'affranchissant par des montages peu transparents des limitations de la loi de 1990, imposant la concentration des structures et les nécessités d'une rentabilité à court terme, qui semble peu compatible avec l'indépendance des médecins comme avec les intérêts des patients ; certes, le monde de la santé a besoin d'investissements majeurs, mais durables ; le prétexte du coût croissant des matériels ne fait que mettre en valeur le vide laissé par l'abandon des pouvoirs publics.

Nous, médecins, pharmaciens, avons notre mot à dire sur cette dégradation acharnée du système public de santé : nous devons l'exprimer avec les autres personnels.

## Sommaire

<b>ACTUALITES</b>	p. 1
<b>PLFSS 2026 : Un Musée des horreurs</b>	p. 2
<b>PLFSS 2026 : Une perspective historique</b>	p. 3
<b>PADHUES : des victoires, mais encore un long chemin à parcourir contre la précarité et pour l'égalité</b>	p. 4
<b>PALESTINE : Manifestation unitaire du 29 novembre</b>	p. 4

# ► Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) : un « *musée des horreurs* »

## UN PLFSS d' « **INSÉCURITÉ SOCIALE** » sur toute la ligne.

Le PLFSS pour 2026 est en cours de discussion parlementaire. De multiples amendements souvent contradictoires venant de tous les bancs ont été votés, et nul ne sait ce qu'il en adviendra au final. Le gouvernement a de toute façon la main pour envoyer au Sénat tous les amendements ou seulement ceux qu'il retiendra. Et si le débat dure plus de 70 jours, il peut légitérer par Ordonnances. Nous reviendrons bien sûr dans cette newsletter sur le texte définitif, et nous analysons cette fois-ci le « *bleu* » transmis par le gouvernement à l'Assemblée nationale.

### Y a-t-il vraiment un déficit de la Sécurité sociale ?

La plupart des mesures inscrites à ce PLFSS visent de nouvelles baisses des dépenses pour lutter contre un déficit de la Sécurité sociale, estimé à un peu plus de 17 milliards d'euros (M€) pour 2026. Or, les exonérations de charges sociales qui sont autant de ressources en moins, sont de 90,8 M€ en 2024, dernière année soldée. Les crédits ouverts sur le budget de l'État (que nous allons payer par nos impôts) en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,67 M€, en baisse de 700 millions par rapport à l'an passé : je vous laisse faire le calcul. Par ce mécanisme, un déficit est créé année après année, obligeant la Sécurité sociale à emprunter auprès des grandes banques, qui engrangent les intérêts (dont le montant n'est plus disponible pour les soins et les retraites). Il est frappant qu'aucun député n'a remis en cause ces exonérations sinon à la marge.

### Une ONDAM de régression.

L'ONDAM est revalorisé globalement de 1,6 % par rapport à 2025 et comprend 7,1 M€ de mesures d'économies. Il se décline à 2,1 % pour les établissements de santé et 0,9 % pour la médecine de ville. Pour la CGT, c'est un PLFSS d' « *insécurité sociale (...) les hôpitaux publics, déjà exsangues subissent une asphyxie sans précédent* ». Et nous ne sommes pas seuls à le dire : selon la FHF, il s'agit d'un niveau « *historiquement bas* » qui revient à « *demander à l'hôpital de soigner plus avec moins de moyens* ». Le simple maintien de l'existant nécessite une augmentation de 3 % en euros constants.

Un ONDAM pour la médecine de ville intérieur à l'inflation ne nous réjouit pas : nous savons tous que lorsque les patients ne trouvent pas de solution en ville, ils se rendent à l'hôpital, en particulier aux Urgences.

### Tous les patients en particulier les moins riches sont visés.

- **Le gel des pensions de retraite et des allocations sociales en 2026, puis leur sous-évolution de 0,4 % par rapport à l'inflation pour deux ans supplémentaires, vont diminuer le pouvoir d'achat des personnes concernées.**
- **Les complémentaires santé sont surtaxées**, elles feront payer la note aux assurés. Près de 80 % des frais de santé, sont pris en charge par l'Assurance-maladie : le 100 % Sécu prôné par la CGT n'est pas une utopie. Parmi ces frais, les patients en ALD comptent pour beaucoup ;
- **Les ALD sont sur la sellette** : suppressions de fait du régime des « *ALD NON exonérantes* » dont bénéficient pour l'essentiel des patients atteints de troubles dépressifs et de TMS ; ils perdent leur alignement sur les ALD pour la durée des arrêts de travail indemnisés et se voient appliquer un délai de carence à partir du deuxième arrêt lié à cette pathologie. L'accent mis sur la prévention du diabète et des maladies cardiovasculaires est en soi bénéfique. Mais le suivi de ce programme de prévention pourrait demain devenir opposable pour pouvoir bénéficier de l'ALD.
- **Le doublement des franchises et des participation forfaitaires**, déjà doublées en 2024, atteint un niveau tel qu'il peut faire renoncer aux soins, entraînant des pathologies aggravées et des morts évitables. Deux euros par boîte de médicaments, quatre euros par consultation, cela fait 24 € pour un patient qui prend 3 g de paracétamol par jour pendant un mois pour une arthrose après avoir consulté son médecin, sans parler des autres pathologies : sa consultation n'est quasiment plus remboursée. Le plafond annuel double, passant de 50 à 100 €. Ces franchises et participations forfaitaires pourront être prélevées directement par les professionnels de santé et reversées à la Sécurité sociale par ceux-ci, incitant les patients à ne prendre qu'une partie des médicaments prescrits.
- Les soins dentaires sont soumis aux participations forfaitaires et vont se voir appliquer un « *dispositif prix-volume* » analogue à celui mis en œuvre en 2025 pour les transports, la biologie médicale et les produits de santé.
- Limitation des arrêts de travail : les durées d'indemnisation maximum seront fixées par décret. Les arrêts de travail initiaux sont limités à 15 jours en ville et 30 jours à l'hôpital. Le médecin devra justifier sa prolongation en fonction des référentiels de la CNAM ou de la HAS qui deviennent de fait opposables. Nous nous appuyons parfois sur ces référentiels pour remettre au travail un patient qui le redoute. Mais là, ce n'est plus le médecin qui décide selon l'état de santé de son patient, notre indépendance professionnelle est remise en cause.
- Les patients en AT et MP peuvent être indemnisés quatre ans au total, ensuite, ils basculeront automatiquement en invalidité même si on peut envisager de les remettre au travail et donc de rompre leur isolement social.
- Dans certains cas, pour des prestations « *particulièrement coûteuses pour l'assurance-maladie* » définies par décret, la consultation préalable et l'alimentation du DMP seront rendus obligatoires. Les praticiens pourront en cas de non-respect être passibles d'une pénalité allant jusqu'à 2500 € par manquement et 10 000 € par an, et les hôpitaux de 25 000 € par manquement, et jusqu'à 100 000 € par an.

Le format de cette newsletter ne permet pas de détailler tous les articles de ce PLFSS. Nous y reviendrons dans de prochaines éditions. Nous connaissons déjà de nombreuses difficultés d'exercice liées au manque de moyens des hôpitaux publics, l'évolution en berne de nos salaires et de nos pensions de retraite, nous sommes confrontés à des patients qui renoncent à des soins pour des raisons financières. Ce PLFSS aggrave toutes ces difficultés d'une façon inconnue jusque-là. On verra ce qu'il en ressortira précisément après le débat parlementaire (s'il peut avoir lieu jusqu'au bout), mais en tout état de cause, c'est un PLFSS de régression sociale sur toute la ligne.

# ► Le projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) : une perspective historique.

Le collectif Médecins CGT rappelle sa position historique face au Projet de loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et son origine, liée au plan de réforme de 1995 d'Alain Juppé. À l'époque, le gouvernement Juppé lance un plan social radical, comprenant le report de l'âge de départ à la retraite et le contrôle strict des dépenses de santé. Parmi les mesures phares, la création du PLFSS — un texte budgétaire à côté du traditionnel projet de loi de finances. Si la mobilisation syndicale de 1995 réussit à faire reculer le gouvernement sur certains points, comme la retraite, le PLFSS est adopté début 1996 par ordonnance, déjà au mépris de la démocratie.

## Objectifs du PLFSS selon Juppé

Historiquement, la Sécurité sociale ne fonctionne pas sur un budget annuel figé contrairement à l'État : elle est financée par ses propres recettes (cotisations sociales) et sa capacité d'endettement. Ceci lui permet de couvrir les dépenses de santé, sans arrêt brutal en fin d'exercice, ce qui serait inacceptable pour des soins urgents ou vitaux. Pendant les Trente Glorieuses, la croissance économique couvre l'augmentation des dépenses, mais dès les années 1970, les politiques visant à réduire le « *coût du travail* » font stagner les recettes, tandis que les besoins croissent.

En 1995, le « *trou de la Sécu* » devient une notion centrale du débat public, avec un déficit de 11 milliards d'euros et une dette de 28 milliards. Ces chiffres restent proportionnellement limités (5-6 % de déficit, 10 % d'endettement), mais ils justifient pour le gouvernement une série de mesures dures : allongement de la durée de cotisation, imposition des allocations familiales, augmentation des cotisations pour retraités et chômeurs, etc. Malgré un recul partiel grâce à une mobilisation forte de la CGT et d'autres syndicats, une loi votée le 30 décembre 1995 permet à Juppé de réformer la Sécurité sociale par ordonnances, court-circuitant le débat parlementaire.

## Les conséquences du plan Juppé

Trois principales réformes émergent :

- Étatisation d'une partie des recettes de la Sécu avec la création de la CRDS (prélèvement imposé par l'État pour financer la dette sociale).
- Création d'un PLFSS qui impose chaque année aux parlementaires de fixer un Objectif national de dépenses d'assurance-maladie qui va se révéler systématiquement inférieur à l'évolution naturelle des besoins en santé.
- La création des ARH, ancêtres des ARS, qui rapprochent l'hôpital du ministère de la Santé et renforcent un pilotage centralisé. Ainsi, 1995 sonne la fin du modèle social original de la Sécu, entérinant son étatisation. Depuis la réforme paritaire de 1967, la Sécu avait déjà perdu la gestion partagée entre syndicats et patronat, mais le plan Juppé accélère la mainmise étatique.

## Évolution depuis 2000

Depuis le début des années 2000, tous les gouvernements ont systématiquement fixé un ONDAM voté inférieur à l'ONDAM prévisionnel : l'objectif est, en réalité, de contraindre davantage les dépenses. L'ONDAM réel, excepté en 1997, n'est jamais atteint. Ce sous-financement chronique s'aggrave après 2020, malgré les promesses de M. Macron au secteur santé : l'écart entre l'ONDAM voté et prévisionnel dépasse désormais 1 % chaque année (représentant plus de 3 milliards d'euros annuels de ressources perdues pour la Sécu).

Ce verrou budgétaire est rendu possible par le vote annuel du PLFSS, dont l'objectif principal consiste à réaliser des économies au détriment de la Sécurité sociale. Pourtant, la Sécu reste l'instrument principal de solidarité et de redistribution tourné vers des personnes fragilisées par la maladie, des accidents de la vie ou le vieillissement.

## Changer de logique

Plutôt que de réduire sans cesse les dépenses sociales en fragilisant les plus vulnérables, nous proposons d'inverser ce raisonnement : améliorer les conditions de vie et de travail pour réduire les accidents, la maladie et la précarité, donc les dépenses. Il faut aussi rappeler que la France se distingue négativement en Europe par son taux d'accidents et de mortalité au travail. Malgré la qualité de notre système de santé, la prévention est encore trop négligée, y compris par le corps médical, bien que de nombreuses sociétés savantes médicales se soient mobilisés contre la loi Duplomb à l'été 2025, ce qui est inédit !

## Nous devons exiger :

- Abandon du PLFSS et de l'ONDAM
- Ouverture de travaux pour resocialiser la gestion de la Sécurité sociale
- Investissement massif en santé et médico-social
- Plan national contre l'accidentologie au travail
- Plan national de prévention santé, englobant éducation, agriculture, environnement, transport, etc.

**Léonard CORTI**

# ► PADHUE : des victoires, mais encore un long chemin à parcourir contre la précarité et pour l'égalité

Forcé par une décision de justice (saisie par des syndicats, et en particulier par l'IPADECC) à revoir sa copie, le Centre national de gestion (CNG) a confirmé le 7 novembre que 377 Padhues (Praticien-ne-s à diplôme hors Union Européenne) déclarés non reçus aux épreuves de vérification des connaissances (EVC, liste A) 2024 seront finalement lauréat-e-s, ce qui leur permet de rentrer dans la procédure d'affectation.

Cette première victoire nous laisse cependant insatisfaits ; la procédure des EVC reste un concours, avec de nombreux reçus-collés, qui laisse de nombreux padhues sans poste et certaines spécialités encore sur le carreau.

En juillet dernier, le juge a enjoint le CNG d'unifier le double système de notation de l'EVC : pour la liste A (candidatures classiques), l'EVC est un concours, où le jury a le dernier mot, y compris fabriquer des « *reçus-collés* » avec des notes jusqu'à 14 de moyenne. Pour la liste B (réfugiés), en revanche, l'EVC est un examen avec affectation dès que la note est au-dessus de la moyenne.

Le CNG résiste : il a interprété de façon restrictive la décision de justice, seulement dans les disciplines qui ont des candidats en liste B. Résultat : le CNG laisse des jurys « *supprimer des postes* » disponibles chaque année en n'affectant pas de lauréats ayant pourtant eu la moyenne, excluant les deux tiers d'une promotion qui donne pourtant satisfaction depuis des années dans les services hospitaliers.

Pour l'UFMECT-CGT, il y a un seul moyen de couvrir tous les postes disponibles, sans léser aucun des Padhues candidats : **chaque directeur doit recenser impérativement les postes disponibles dans son hôpital, avant les EVC. Ce recensement doit être lisible et centralisé par les ARS.**

Les EVC ne sont rien d'autre qu'un concours opaque et injuste ; elles doivent disparaître.

**L'UFMECT-CGT réclame le passage de tous les Padhues sur des positions statutaires stables, avec des titres de séjour pérennes, et le remplacement de la logique actuelle de turn-over (concours dont le seuil est indépendant des besoins réels de terrain) par la généralisation d'une logique de nomination sur listes d'aptitudes (diplômes, titres et travaux, services rendus).**



Cette initiative, lancée par l'Association France Palestine Solidarité (AFPS), rassemble plus de 70 organisations.

Le cessez-le-feu à Gaza, signé le 13 octobre, est un immense soulagement pour la population palestinienne, mais l'inquiétude et les menaces demeurent. L'acheminement humanitaire est largement insuffisant à Gaza. La colonisation brutale se poursuit en Cisjordanie. La pression internationale doit continuer pour que le cessez-le-feu se transforme en une paix juste et durable.

**La pression internationale doit se poursuivre pour que ce cessez-le-feu ouvre la voie à une paix juste, durable et fondée sur le droit international.**

C'est pourquoi la CGT soutient pleinement l'appel de l'AFPS et invite à manifester pour :

- l'auto-détermination du peuple palestinien qui doit être l'acteur de son propre destin et droit au retour des réfugiés palestiniens
- la fin de l'occupation, de la colonisation, de l'apartheid
- des sanctions contre Israël
- un cessez-le-feu définitif et la fin du génocide