



commission  
Santé/Protection sociale  
commissionnationalestantepcf@gmail.com

mai 2026

# globule rouge

INFO

spécial  
« mauvais  
coups »

## LES « MAUVAIS COUPS » POUR LA SANTÉ ET LA PROTECTION SOCIALE EN 2026

**C**onstat accablant ! Pas une semaine ne passe sans l'annonce de la fermeture totale ou partielle de lits ou d'activités, de services d'urgence, de psychiatrie dans nos hôpitaux publics mais aussi privés, nos Ehpad et cela sur l'ensemble de notre territoire national. Avec pour conséquence des milliers d'emplois supprimés et la détresse des populations devant ce massacre de l'accès aux soins.

Et, comme si l'asphyxie budgétaire imposée aux hôpitaux et à tout notre système de santé ne suffisait pas, Matignon demande de geler 2 milliards d'euros de dépenses sur la Sécurité sociale en prévision d'une crise économique liée à la guerre au

Moyen-Orient, alors qu'en même temps, 36 milliards d'euros supplémentaires vont être votés pour le budget militaire soit 436 milliards pour la période 2024-2030.

Mais notre ministre de la Santé et de l'Autonomie se veut rassurante, en rappelant le plan en cours pour limiter les dépenses d'arrêts

maladie et annonçant des mesures à venir sur l'efficience hospitalière...

Quels propos choquants et indécents face à la situation catastrophique et angoissante de notre système de santé. Il nous faut sortir au plus vite de cette logique destructrice de marchandisation des soins, de cette crise organisée depuis de nombreuses années par toutes les « réformes » des gouvernements successifs avec au cœur les attaques contre la Sécurité sociale et notamment l'Assurance maladie qui finance les hôpitaux.

Sans surprise, les mauvais coups contre notre système de santé et notre Sécurité sociale ne s'arrêtent pas là en 2026 ! L'extension du champ des franchises et participations forfaitaires hospitalières, qui n'a pas été votée dans le LFSS 2026, a été réintroduit par décret le 1<sup>er</sup> mars. Cette mesure va pénaliser les assurés sociaux les plus précaires et favoriser le renoncement aux soins.

Plusieurs autres projets présagés et des pistes de réformes envisagées en cette année 2026 ne peuvent que nous alerter sur l'absolue nécessité de défendre notre

Sécurité sociale du 21<sup>e</sup> siècle, 80 ans après la Loi du 22 mai 1946, portant généralisation de la Sécurité sociale.

Les pistes avancées pour la fusion du budget de l'État et celui de la Sécurité sociale, la proposition de réforme des ARS dans le cadre du projet de loi sur la décentralisation, la restructuration des hôpitaux publics, la réforme des études médicales, et le projet de loi sur les centres experts en psychiatrie sont développés dans ce numéro.

Maryse Montangon

animatrice commission Santé/Protection sociale

MA SÉCU  
J'Y TIENS !



la  
prochaine  
réunion de  
la commission

Santé  
Protection sociale

aura lieu

samedi 30 mai  
de 9h30 à 13h30  
en visioconférence

## BUDGET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET BUDGET DE L'ÉTAT

### faut-il les fusionner ?

**F**usionner les budgets Sécurité sociale et État est une très mauvaise idée pour les travailleurs. Nous ne sommes pas là sur un débat chaotique mais dans un débat de classe sur l'appropriation de la richesse produite dans l'entreprise. L'impôt (notamment sur le revenu ou sur la consommation), c'est ce qui vient après la répartition salaire/profit dans l'entreprise et après les arbitrages politiques et sociaux définis à l'échelle de l'État et du Parlement, alors que la cotisation sociale, dont le montant est calculé à partir du salaire versé à chaque travailleur par l'employeur, est ce qui résulte du combat et du rapport des forces entre les travailleurs et leurs employeurs directement dans l'entreprise ou sur le terrain de la production (branches ou secteurs), et qui va directement financer la réponse aux besoins sociaux assurés par la Sécurité sociale.

Fusionner les budgets de l'État et de la Sécurité sociale, cela revient donc d'abord à permettre à l'État de récupérer le financement de la Sécu dans ses recettes (une manière de compenser largement la chute de la fiscalité sur le capital) et à renforcer le pouvoir politique institutionnel sur les choix de prise en charge puisque ce serait l'État qui déciderait de l'allocation de cette ressource. Et implicitement, ce serait aussi le moyen de détourner cette recette à d'autres fins que la réponse socialisée à certains besoins sociaux de la population. Certes, avec les exonérations de cotisations sociales patronales, le PLFSS et le mode de débat parlementaire qui l'accompagne aujourd'hui (volet recettes/volet dépenses, comme le PLF), c'est déjà un peu le cas. Reste qu'il existe encore 2 entités institutionnelles distinctes dont les finalités ne sont pas les mêmes. Distinctions sur lesquelles on peut encore s'appuyer pour enclencher des batailles politiques et sociales et visées des transformations concrètes.

Les politiques publiques de l'État en matière sociale oscillent entre luttes contre la pauvreté et réduction des inégalités consécutives aux logiques de marchés. C'est la cohésion sociale vue comme principe d'intérêt général qui guide l'action publique. Selon l'obédience politique, cette politique publique prend la forme d'un soutien actif aux ménages, avec au mieux la visée d'une égalité stricte entre les citoyens, ou bien la forme d'un

soutien au capital supposé générer les possibilités de cohésion sociale. Outil de la classe dominante, l'État est l'outil le plus efficace pour cette mission. Alors que l'objectif de la Sécurité sociale est tout autre. Il vise à assurer que chacun puisse obtenir une réponse socialisée à ses besoins ajustée au niveau de ses besoins, chacun la finançant selon ses moyens.

Ce n'est donc pas l'égalité qui guide l'action de la Sécurité sociale, mais la volonté de mobiliser les richesses issues de la production pour répondre aux besoins sociaux et d'émancipation des bénéficiaires, c'est-à-dire les travailleurs et leur famille. Il y a une inégalité volontaire dans la philosophie originelle de la Sécurité sociale à la française visant l'émancipation humaine, qui impose une solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle pour être effective, et une prise sur les profits pour se financer... En fait, contrairement à l'État, ce n'est pas la justice sociale qui guide l'action de la Sécurité sociale, c'est-à-dire compenser les méfaits sociaux de la régulation marchande. C'est l'émancipation humaine, d'où le caractère éminemment politique de la Sécurité sociale. La Sécurité sociale a pour objectif d'en finir avec la peur du lendemain et donc de sortir du marché, à savoir de travailler à une maîtrise populaire et démocratique de la contrainte que l'ordre du capital impose aux travailleurs pour assumer les nécessités qui s'imposent à eux.

Fusionner les deux budgets revient donc à faire disparaître définitivement du débat public cette visée révolutionnaire originelle de la Sécurité sociale qui touche à la fois aux valeurs, au sens, aux moyens et aux objectifs du mouvement social. Il n'est donc pas anodin de constater qu'au-delà de vouloir transférer la charge du financement sur les ménages et d'exempter la contribution du capital, les réformes de la Sécurité sociale ont toutes cherché à fiscaliser les recettes de l'institution. Et que la question est systématiquement remise sur le tapis. La fiscalité représente aujourd'hui plus de la moitié du financement de la Sécu...

Il y a un gros travail à faire au sein du mouvement social sur la question. Et un débat à avoir entre l'ensemble des forces sociales et politiques attachées à la Sécurité sociale.

Frédéric Rauch, CNSPS du PCF

## AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

### quelle réforme ?

Le Premier ministre a annoncé proposer des lois de décentralisation après les municipales. L'une devrait concerner la santé et l'autonomie. À l'heure où ces lignes sont écrites, difficile de dire quel sera le contenu. Ancien président de département, le Premier ministre est attaché à leur redonner plus de compétences et il semble vouloir répondre à la fois à la demande des élus locaux de plus de pouvoirs et au rejet des ARS dans l'imaginaire collectif, des ARS utilisées comme écran par les gouvernements pour faire passer leurs politiques régressives. Les projets évoqués ici sont donc au conditionnel, ne serait-ce que parce que l'on peut espérer, et il faut se mobiliser en ce sens, que ces projets néfastes ne verront pas le jour. En résumé, c'est moins de démocratie et haro sur les dépenses publiques.

Le projet donnerait plus de place aux délégations départementales des ARS qui dépendraient des préfets des départements. La présidence des *Commissions régionales de la santé et de l'autonomie* (CRSA) et des conseils territoriaux de santé serait attribuée de droit respectivement aux président.e.s des conseils régionaux et départementaux. Ce sont des instances purement consultatives, drôle de démocratie. Les départements auraient plus de compétences pour l'autonomie avec transfert financier à la clé : une fraction de CSG, qui ne serait pas fléchée, c'est-à-dire qui pourrait être utilisée pour tout autre chose. C'est l'officialisation de la reconnaissance de la CSG comme impôt. Et l'on sait combien les compensations financières des transferts aux collectivités ne suivent pas les besoins dans le temps. Notons au passage que mettre les ARS sous la coupe des préfets, c'est un pas de plus vers l'étatisation de la Sécurité sociale. Les ARS avaient été présentées comme indépendantes pour associer des services de l'État (les DRASS) et de la Sécurité sociale (les CRAM). L'État officialise sa prise de contrôle.

En incitant la majorité des candidats aux élections municipales à mettre l'accès aux soins dans les premières priorités de leurs programmes, la population a témoigné de la volonté d'en faire une question locale. À juste titre, car la proximité de la décision est nécessaire à une bonne réponse aux besoins. Mais cela ne peut se faire que dans un cadre national garantissant l'égalité républicaine. Il y a nécessité d'instances décisionnelles, rassemblant usagers avec leurs associations, personnels de santé avec leurs syndicats et élus au niveau des bassins de vie, avec représentation jusqu'à l'échelon national en passant par les départe-

ments et les régions : quels sont les besoins, et donc par exemple quelles priorités pour le projet du centre de santé ? Où l'implanter ? Quels personnels nécessaires ? Mais aussi quel projet pour un nouveau CHU, répondant aux besoins de formation ? Etc.

L'État doit imposer un cadre réglementaire, comme par exemple un statut de fonction publique pour les personnels d'un service public territorial de soins de premier recours ou un service public de l'autonomie, évitant la mise en concurrence des collectivités entre elles pour attirer du personnel, permettant mobilité dans la carrière, mais aussi géographique, pour une juste répartition des professionnels sur le territoire. Il doit assurer des moyens financiers égalitaires et relancer l'investissement public dans les services publics de santé et de l'autonomie, plutôt que de l'abandonner aux collectivités, source d'inégalités, quand ce n'est pas au secteur privé avec les conséquences pour les restes à charge.

Et les ARS dans tout cela ? Ne confondons pas leur rôle d'application autoritaire des décisions gouvernementales et la technicité, le professionnalisme de leurs personnels, nécessaires. Ces personnels ne sont par exemple pas assez nombreux pour inspecter les structures privées, comme l'a montré le scandale ORPEA. Le nom pourrait changer – il est l'emblème de la casse du système de santé – mais le besoin de l'appui de ces personnels aux structures démocratiques de décision à mettre en place demeurera !

Moins de démocratie et haro sur les dépenses publiques, voilà le but de la réforme que voudrait le gouvernement. Bien sur, plus de démocratie risque de faire s'exprimer davantage les besoins. Le but essentiel recherché par le Premier ministre, c'est de diminuer les dépenses publiques, d'aller vers un État n'assurant plus que ces fonctions régaliennes, police et justice, et de réduire à peau de chagrin la Sécurité sociale, pour laisser le champ libre à l'assurance privée.

Répondre à l'aspiration de la population de proximité dans les décisions pour les soins et l'autonomie, c'est donc faire un projet pour un système plus démocratique, mais c'est aussi exiger un budget de la Sécurité sociale à la hauteur des besoins (211 milliards d'aides aux entreprises, sans transparence et sans contrepartie, on a de la marge), exiger des investissements pour la santé et l'autonomie de l'État et le retour à des élections dans les conseils d'administration de la Sécurité sociale.

Michèle Leflon, CNSPS du PCF

## TRAITEMENT DE CHOC DES HÔPITAUX PUBLICS

### danger !

**A** lors même que le gouvernement organise l'asphyxie financière des hôpitaux publics par un ONDAM austéritaire, après la diète de plusieurs décennies, la Cour des Comptes, l'IGAS se servent de cette situation pour aller plus loin dans la restructuration du tissu hospitalier public. Faut-il fusionner les budgets de la Sécurité sociale et ceux de l'État ?

La réalité, nous la connaissons : déficits cumulés avec une « gravité inédite » après la faiblesse « embellie » du *Ségur de la santé* ; sous-financement de la compensation des charges exogènes (augmentation des rémunérations, énergie, prix des médicaments innovants) ; besoins grandissants de financement dans les dix années à venir (investissements lourds, formations, adaptation des soins au vieillissement de la population, pathologies chroniques...) estimés à 3 milliards par an, trésoreries à sec...

Ce constat est impitoyable et sert de justification pour affirmer en septembre 2025 (en plein débat budgétaire) que « face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, il faut renforcer l'efficacité par une intégration ++ ». Le sous-financement chronique des charges indues, estimé à 1,7 milliard en 2024, l'ONDAM toujours inférieur aux besoins inhérents à l'augmentation des activités, fait encore valoir, auprès de ces doctes censeurs, qu'il y a encore des marges d'efficacité en interne. Mais, grosse surprise (sic), les gains de productivité risquent d'être limités dans les prochaines années. Alors il faut chercher ailleurs : les bonnes vieilles méthodes de concentration/regroupement. « L'amélioration de l'efficacité et la consolidation du système hospitalier public dans son ensemble appelle ainsi des réformes profondes en matière d'organisation territoriale et de pilotage ».

Ainsi, sous prétexte d'améliorer la gradation des soins sur un territoire, de renforcer les plateaux techniques complexes, de généralisation des prises en charge ambulatoires, nous sommes en face du risque majeur d'une nouvelle étape de regroupement/fusion au sein

des GHT, sous direction juridique unique : transformer les GHT en personne morale. Il apparaît nécessaire que les hôpitaux publics s'organisent dans une logique de groupe à l'échelle territoriale, compte tenu des limites du modèle développé par les groupements hospitaliers de territoire (GHT), sans moyens juridiques de mise en œuvre de la logique de groupe dont ils sont porteurs ». Et la Cour des Comptes y va franco en déplorant le nombre de GHT au nombre de 135 dont seulement 26 fusions. Il s'agit de se concentrer sur les actes lourds à haute valeur ajoutée (sic), en regroupant des innovations technologiques sur quelques sites. Cela induit, sans état d'âme, de supprimer les « doublons », en l'occurrence les activités et les services les plus nécessaires au plus grand nombre.

Ces « recommandations », dans le droit fil de la circulaire de juillet 2025 de feu le Premier ministre d'alors, sont évidemment faites au nom de la pérennité du système hospitalier public et sa capacité à répondre aux besoins de la population partout sur le territoire. Des préalables sont indiqués et déjà mis en œuvre dans nombre de territoires compte tenu de la situation insupportable de l'immense majorité des établissements, dans le cadre contraint du PLFSS :

- réinterroger l'ensemble des projets d'investissement du *Ségur*
- agir sur les taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour (action principale sur les effectifs !)
- maîtriser les recrutements médicaux (afin d'augmenter leur productivité !)
- réinternaliser au sein du GHT les analyses de biologie et identifier les autres activités candidates
- poursuivre la mutualisation des fonctions administratives (achats) et techniques...

ET encore et toujours : l'accélération du développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile...

Nous sommes très loin de l'intérêt des patients, d'une véritable gradation des soins permettant un parcours de soins basé sur la proximité, la qualité et la sécurité. Les grands groupes de santé privés doivent « se frotter les mains », car la nature a horreur du vide : tout est fait pour que la population s'oriente, par défaut, vers les offres hospitalières et de ville lucratives.

C'est bien l'hôpital qui est visé. Intensifions la mobilisation, usager.e.s, professionnel.le.s, et élu.e.s. La bataille pour les moyens budgétaires et financiers est essentielle. La SANTÉ est la première préoccupation de toutes et tous. Les besoins ne peuvent plus attendre et l'argent existe.

Évelyne Vander-Heym, CNSP du PCF



## FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

### les annonces et les faits...

**S**ans des professionnels bien formés, rémunérés et en nombre suffisant, notre système de santé ne peut pas fonctionner.

Depuis 40 ans, les politiques néolibérales ont fait prédominer une approche malthusienne de la formation qui visait la réduction de l'offre pour contenir la demande. On en voit les résultats mortifères aujourd'hui car la demande exprime avant tout le besoin de soins qui évolue en fonction du nombre d'habitants, de leur âge mais aussi de leurs ressentis et attendus.

Cela exige une planification, régulièrement revue et corrigée, d'un facteur humain qui est évidemment multi dimensionnel (nombre de professionnels formés, pourcentage en activité régulière, pyramide des âges...) et qui concerne l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

S'agissant des études médicales (médecine, dentaire, pharmacie, maïeutique) le *numerus clausus* a été supprimé en 2020, remplacé par le « *numerus apertus* ». Depuis, le nombre effectif de professionnels en formation n'a pas progressé à une hauteur suffisante pour compenser les politiques ultra restrictives des années 85/2005.

Par exemple, le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine qui était de 9 571 en 2021 – soit à peine supérieur au niveau de 1980 alors que la population avait augmenté de 30% et que le retard à rattraper était considérable – a été de 10 200 en moyenne (soit +6,6%) sur les 4 années suivantes (2022 à 2025). Le *numerus apertus* permettait aux universités de fixer le nombre d'étudiants admis par filière, sur les cinq années à venir, une façon de continuer à réguler les métiers de la santé.

En 2024, le Premier ministre G. Attal annonçait sa volonté de former 12 000 étudiants en médecine dès la rentrée 2025 pour atteindre 16 000 places en 2027. La conférence des doyens s'insurgeait contre cette annonce, évoquant le manque de moyens et d'infrastructure, des facultés de médecine submergées, incapables d'offrir des conditions d'apprentissage optimales.

En juin 2025, le *numerus apertus* était supprimé, après 5 années d'existence, le ministre de la Santé estimant qu'il était encore « *beaucoup trop restrictif* » et fonction des capacités d'accueil des orga-

nismes de formation et non « *des besoins des territoires* ».

Mais désormais la suppression de toute référence nationale, même si elle prévoit une évaluation avec les ARS des « *besoins des territoires* » donne encore plus de liberté aux universités pour adapter le nombre de places aux moyens qui leur sont alloués.

Et le nombre d'étudiants en deuxième années d'études médicales n'est plus publié par le ministère. Pour le connaître il faut solliciter chaque université et toutes ne répondent pas. Donc impossible de vérifier si et comment les annonces gouvernementales de 2024 seront traduites en faits.

Cela semble peu probable. Les éléments grapillés ci-dessus montrent que l'objectif fixé par le Premier ministre en 2024 s'est perdu dans les limbes... Force est de constater que le « *taf* » de 12 000 places en 2025 du ministre n'a pas été atteint!

Lorsque le passage en deuxième année n'est plus déterminé par un quota national, mais par des critères définis localement par chaque université, cela entraîne des disparités entre établissements, avec des niveaux d'exigence et des capacités d'accueil variables.

Le dossier scolaire, le niveau de préparation et la performance au concours, et la régularité des résultats, en bref le tri scolaire, dont les bases sociales sont documentées deviendront encore plus importants.

Les écarts entre universités pourraient se renforcer, certaines auront les moyens d'autres non. On va assurément vers une sélection par la « *qualité* », les meilleures universités étant réservées à ceux qui ont socialement les moyens d'y accéder en s'y préparant.

**C'est une évidence, le système parcours sup, ségréatif, est la base cette dernière réforme. Nous en demandons la suppression.**

Il est vrai que former des étudiants en santé en nombre appelle une réévaluation conséquente des moyens universitaires, bibliothèques Crous, locaux et surtout de la formation d'enseignants, professeurs et maîtres de conférences. On peut partager les propos du doyen des doyens des facultés de



## FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

médecine selon lequel former « doit passer par des moyens, humains et financiers, supplémentaires ».

Au surplus, il s'agit de formations professionnalisantes qui exigent une alternance en stages, en CHU, à l'hôpital et autres lieux publics et éventuellement privés, au sein desquels il faut former en nombre des maîtres de stage. En médecine, cet élément est amplifié en externat où les étudiants passent la moitié de leur temps en stage et en internat où la pratique devient majoritaire. Cela exige que soient créés de nouveaux CHU selon une évaluation des besoins territoriaux et augmenté le nombre des lieux et maîtres de stages.

**Pour former en nombre suffisant il faut renforcer les budgets universitaires et ceux du système de santé pour ne pas risquer de dégrader la qualité de la formation médicale.**

Mais le manque de moyens ne saurait justifier une inertie car on ne peut choisir entre la qualité et le nombre, les déserts médicaux se multiplient, le vieillissement de la population accroît les besoins en professionnels de santé. Dès 2022, nous avons évalué qu'il fallait porter tout de suite et pendant 10 ans, le nombre annuel de formations à 16 000 médecins et à 1 600 dentistes. Car cela ne concerne pas seulement les médecins, les autres filières de santé sont impactées. Les études de pharmacie, odontologie, maïeutique et kinésithérapie suivent des évolutions similaires, avec des enjeux spécifiques à chaque profession. Dans les hôpitaux, comme à la ville, les besoins de formation sont criants en psychiatrie, gériatrie, gynécologie, pédiatrie, mais aussi, cardiologie et dermatologie...

Et la question du financement est centrale. Mais le gouvernement n'a pas démontré sa volonté d'accompagner cette réforme par des investissements substantiels dans les facultés de médecine, tant en termes d'infrastructures que de personnel ensei-

gnant. Il n'a pas non plus démontré la volonté de travailler pour élargir les lieux de formation pratiques, ce qui exige de retrouver rapidement un fonctionnement normal de l'hôpital public de proximité. La Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2026 n'exprime en aucune manière une telle volonté.

D'autres points ne sont jamais abordés. La démocratisation des formations médicales est une des conditions du rétablissement d'une égalité d'accès aux soins, indispensable à toute politique de santé publique. Il est urgent de mener une réflexion de fond sur les critères de sélection, qui induisent le recours à des formations privées lucratives socialement sélectives, ainsi que sur le contenu des formations médicales en concertation avec les professionnels et tous les acteurs en santé, usagers compris.

L'amélioration des conditions d'exercice des internes, le respect du temps de travail, l'augmentation des rémunérations, l'amélioration des conditions de vie (logement, transport, protection sociale...) s'imposent aussi.

**Les annonces n'engagent que ceux qui les écoutent mais, à ce jeu mortifère, la détérioration de l'accès aux soins induit des pertes de chances pour de nombreux patients.**

**Il est urgent de renforcer les effectifs de soignants en ouvrant un accès large aux formations en santé, avec des moyens à la hauteur à tous les niveaux.**

**La santé d'une nation est une condition de son développement et un indicateur de son niveau de solidarité et l'accès aux soins est primordial, à rebours de la médecine à deux voire trois vitesses qui s'installe dans notre pays.**

Nicole Grenier Mérico, CNSPS du PCF

**QUEL ACCÈS AUX SOINS ET QUELS SOINS POUR TOUS ?**

**pour une santé mentale de qualité  
et une psychiatrie humaine**

intervention de Serge Klopp, référent psychiatrie du PCF,  
lors du meeting du Printemps de la Psy du 28 mars 2026

**N**otre ambition politique au PCF est de garantir à chaque citoyen en souffrance, de la plus grave à la plus bénigne, l'accès à un soin de qualité individualisé, tenant compte de sa singularité que ce soit sur le plan biologique, psychique, social et de son histoire propre.

Nous souhaitons d'abord attirer votre attention sur l'aspect le plus dangereux et néfaste pour la santé psychique de notre population du projet de Loi sur les Centres experts.

C'est le fait que le Secteur devienne dispositif de seconde ligne, la première ligne étant composée des médecins généralistes, et des psychiatres et psychologues libéraux.

Alors que le premier problème de la population c'est de ne plus pouvoir accéder aux soins dans le cadre du dispositif public de Secteur, on ne pourrait plus y accéder directement. Il faudra impérativement y être adressé par un des acteurs de première ligne.

De ce fait, une majorité de patients actuellement suivis en CMP et CATTP devrons se rabattre sur leur généraliste s'ils en trouvent, particulièrement ceux qui n'ont pas les moyens de payer un psychiatre de Secteur 2, ou un psychologue au-delà de ce qui est prévu par Mon psy. Ou de renoncer en se disant que ça va passer, chose qu'en tant que patient j'ai vécu récemment.

Rappelons que, déjà, des millions de personnes en souffrance n'ont pour tout soin que la prescription d'antidépresseurs, alors que l'on sait que leur efficacité disparaît s'ils ne sont pas associés à une psychothérapie et des millions sont sans aucun soin et n'ont pas conscience de ce qui leur arrive.

Mais on sait qu'il ne suffit pas d'avoir accès aux soins pour être bien soigné.

Aujourd'hui domine, au nom d'une pseudoscience, un modèle exclusivement biomédical, niant aussi bien la dimension psychique que sociale de la maladie. Pseudoscience parce qu'il s'agit d'une idéologie libérale qui tord ce que nous dit la science notamment l'imagerie médicale.



Mais en niant à la personne ses dimensions psychiques et sociale, c'est son humanité même que l'on nie. Tout n'étant que dysfonctionnement neuronal, le soin n'est plus centré sur la personne mais sur le symptôme, qu'il suffit de traiter. On passe de la nécessité de la continuité relationnelle des soins à celle du traitement

L'intérêt c'est que cela permet la standardisation, voire l'industrialisation du soin, économiquement c'est super, sauf bien sûr si on intègre le coût humain.

Or, si on généralise les Centres experts, à qui à votre avis le généraliste qui est en difficulté avec un patient va-t-il l'adresser ? Au Secteur ou au Centre expert ? Qui est là justement pour établir un diagnostic, instaurer un traitement et ré adresser le patient, suivant les besoins, vers la 1ère ou la 2ème ligne. Mais il ne se contente pas de ré adresser, il le fait en donnant le programme de soins à suivre.

Les Centres experts étant fondés sur ce modèle biomédical, il n'y aura plus de place pour toute autre approche dans le cadre du Service public de Secteur. C'est-à-dire qu'il n'y aura plus possibilité



## POUR UNE SANTÉ MENTALE DE QUALITÉ ET UNE PSYCHIATRIE HUMAINE

de bénéficier de soins de qualité individualisés dans le cadre du Service public.

Le meilleur moyen d'empêcher cette dégradation sans précédent de la qualité des soins et donc de la santé de la population, c'est de réaffirmer que le Secteur est le dispositif public de 1ère ligne chargé d'accueillir toutes les souffrances psychiques quelle que soit leur gravité et d'assurer en son sein une graduation des prises en charge en fonction des besoins singuliers de chaque patient.

Mais cela ne suffit pas, il faut revenir à une conception du soin prenant en compte la complexité bio psychosociale dans son historicité de chaque patient. Et cela concerne tous les soignants qu'il faut former à cette approche complexe.

Cela signifie qu'il faut arrêter de vouloir opposer les approches, qu'elles soient du côté de la psychothérapie, du comportementalisme ou de la psychodynamique.

Il faut au contraire les utiliser en complémentarité mais aussi dans une coopération et une collaboration au sein des équipes. Dans ce travail l'apport de la psychanalyse n'est pas tant de faire des cures psychanalytiques que de donner du sens au symptôme et de permettre aux soignants d'analyser notamment en synthèse les effets du transfert, y compris pour ceux qui utilisent les techniques comportementales. Ce qui implique que, quelle que soit la technique, la relation psychique est toujours centrale.

En conclusion, le Parti communiste propose entre autres :

- de réaffirmer que le Secteur est le dispositif public de 1ère ligne pour la Santé mentale de la population
- de redonner au Secteur sa mission fondamentale de continuité des soins relationnels
- de redonner au Secteur les moyens humains en nombre et en qualité pour assumer cette mission
- ce qui implique de former spécifiquement tous les soignants à la biogenèse, la psychogenèse et la sociogenèse et ce dès le diplôme initial (et pour les IDE pas que quelques Infirmiers de Pratiques avancées)
- de financer ces mesures au travers d'une Loi de programmation pluriannuelle
- d'en donner les moyens à la Sécurité Sociale au travers notamment de la cotisation des revenus financiers, en attendant de revenir à l'abrogation des ordonnances Juppé et un financement autonome de la Sécu par les cotisations et sa gestion par les salariés.

Mais vu la perte de ces valeurs du Secteur cela impose d'élaborer une Loi cadre de refondation du Secteur.

C'est le sens de l'action politique que mène le PCF depuis près de 20 ans et que nous entendons poursuivre avec toutes celles et ceux (syndicats, partis, associations, citoyens) qui sont attachés à ces valeurs !

Serge Klopp, CNSPS du PCF

## LUTTES DANS LES TERRITOIRES: LA SANTÉ DANS LES MAINS DU MARCHÉ

### la finance est une maladie mortelle pour la santé

À la Polyclinique Pau Pyrénées, en Béarn comme ailleurs, comme à chaque fois que des financiers décident de se préoccuper de santé, ce sont les patients, les soignants et l'offre de soins qui trinquent. La logique des actionnaires du groupe privé implanté en Nouvelle Aquitaine, GBNA Santé, et leur recherche du profit maximum à court terme conduisent la direction à vouloir se séparer des activités de santé les moins « rentables » et pourtant parmi les plus « vitales » : maternité, oncologie, rééducation, urgences. Des milliers de patients sont concernés, 161 agents sont menacés de licenciement, sans compter les employés en CDD...

Le 31 mars 2026, lors d'un *Conseil social et économique* (CSE) extraordinaire, la direction de la Polyclinique Pau-Pyrénées (PPAU: clinique Navarre et clinique Marzet) a annoncé la demande de mise sous protection auprès du Tribunal de commerce de Bordeaux le 14 avril pour ouvrir une procédure de redressement judiciaire. Cela a renforcé une vive inquiétude qui couvait déjà chez les plus de 600 salarié·e·s et plus largement dans la population de l'agglomération paloise et du Béarn. Le 7 mai, la direction des cliniques Navarre et Marzet a ensuite dévoilé un plan de 161 licenciements (un tiers des effectifs) et de multiples fermetures de services de santé avant le 30 juin, d'une très grande vio-

lence contre les salarié·e·s et contre l'offre de soins sur notre territoire du Béarn (450 000 habitant·e·s).

Depuis 2020 et le rachat par GBNA Santé des cliniques Navarre et Marzet au groupe *Gaucher*, la gestion économique est contestable, ainsi que le montage financier négocié avec le groupe immobilier *ICADE Santé* (ex-filiale d'*ICADE*, société cotée en bourse, elle-même filiale de la *Caisse des dépôts et consignations*). En témoigne la valse des directions locales depuis six ans ou le loyer exorbitant versé chaque année à *ICADE Santé* (propriétaire des murs). La logique des actionnaires de GBNA Santé (héritiers du Dr Guichard et fonds d'investissements) est désormais très claire : se séparer des activités de santé les moins rentables pour se concentrer sur celles qui produisent le plus de profits à court terme (chirurgies spécialisées en ambulatoire). La fermeture totale des activités de Marzet laisse aussi présager une future opération immobilière sur ce bâtiment situé près du centre-ville.

Face à cela, les salarié·e·s et leurs organisations syndicales du groupe GBNA Santé (CFDT, CGT, Solidaires) ou leur *Collectif Maternité* local se mobilisent, notamment par un premier rassemblement devant la préfecture le 11 mai avec près de 400 participant·e·s. À l'initiative du PCF un *Comité de défense* unitaire est ensuite créé le 20 mai avec déjà une quinzaine d'organisations syndicales, politiques et associatives progressistes membres et des nouvelles initiatives de mobilisations à venir en direction de la population.

Fabien Roussel, secrétaire national du PCF a aussi fait parvenir un communiqué de soutien et de dénonciation de ces logiques capitalistes. La sénatrice Cathy Apourceau Poly a écrit deux fois à la ministre de la Santé. La sénatrice y demande notamment à la ministre: « Je vous appelle à intervenir dans ce dossier afin, d'une part de suspendre le plan social en cours et de faire conduire d'autre part un audit de la structure afin de déterminer si il y a eu manipulation financière comme le dénoncent les acteurs locaux ». À terme, si l'ARS n'impose pas le maintien des offres de soins jugées non rentables par les actionnaires, la question de la remise en gestion publique s'impose pour répondre aux besoins de la population.

C'est par la lutte et ensemble – usagers, salarié·e·s, élu·e·s du territoire – que nous arriverons, à Pau comme ailleurs, à faire reculer les logiques marchandes et à défendre l'intérêt général.

Ivan Lanta  
secrétaire de section PCF  
adjoint communiste  
au maire de Pau

Julie de Lalande  
IDE clinique Navarre  
conseillère municipale  
à Pau

