



Ouverture de la 23^{ème} université d'été de la CSMF

Discours du Dr Jean-Paul ORTIZ, président de la CSMF

Le 08 septembre 2017

Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

Mesdames et Messieurs les Elus locaux,

Madame la Vice-Présidente, Chère Béatrice,

Monsieur le Président des Généralistes-CSMF, Cher Luc,

Monsieur le Président des Spé-CSMF, l'UMESPE, Cher Patrick,

Mesdames et Messieurs les Présidents d'URPS,

Mesdames et Messieurs les Présidents des Syndicats départementaux, de spécialités et des Collèges régionaux de la CSMF,

Mesdames et Messieurs les Conseillers Confédéraux et Chers Collègues du Bureau National,

Mes Chers Amis,

C'est avec grand plaisir que j'ouvre cette 23^e université d'été de la CSMF.

Je voudrais, avant tout, suite au passage de l'ouragan Irma, apporter tout notre soutien à nos confrères des Antilles, tout particulièrement aux médecins exerçant à l'île de Saint Martin et Saint Barthélémy. La prise en charge des blessés s'avère difficile, surtout assurée par les équipes hospitalières. L'hôpital de Saint Martin est détruit et l'EPRUS a déjà envoyé des renforts sanitaires. La population a besoin de soins et les médecins libéraux n'ont plus d'outil de travail : leurs cabinets sont détruits, le matériel médical disparu ou endommagé, donc inutilisable. D'ores et déjà, nos confrères de l'URPS de la Guadeloupe organisent une aide matérielle pour leur

permettre de reprendre leur activité de soins au plus vite. Je vous encourage à les soutenir en adressant vos dons à l'URPS Guadeloupe ; les fonds serviront à acheter et à leur apporter, via l'ARS, du matériel médical de base pour leurs cabinets dans les plus brefs délais.

Tous les ans, la Confédération des syndicats médicaux français rassemble ses cadres pour réfléchir à l'avenir de notre système de santé et à son organisation. Ce rendez-vous de septembre est devenu une habitude, depuis que Claude Maffioli l'avait imaginé et créé à l'époque, il y a maintenant 23 ans. Au-delà de l'habitude, ce rendez-vous est aujourd'hui incontournable dans le calendrier de la rentrée de la santé car tout le monde le sait et le reconnaît, c'est à la CSMF, et seulement à la CSMF, que les réflexions et les perspectives sont tracées, richement, et qu'elles marquent les évolutions du système de santé. Je le dis avec orgueil mais sans prétention : c'est bien dans ces universités d'été que le système de santé français y a trouvé la plupart de ses évolutions, c'est bien dans les débats que nous menons au cours de ces jours-ci que nous préparons l'avenir de la médecine libérale française. C'est à la CSMF qu'il se passe quelque chose auquel le monde de la santé est attentif. Nous pouvons en être fiers, porteurs de cette longue tradition, de cette longue histoire qui nous appartient de renouveler. J'en suis sûr : vous saurez en être les dignes successeurs, mais surtout les acteurs, résolument tournés vers l'avenir prometteur et enthousiasmant que vous aurez su tracer ces jours-ci...

Cette 23^e université s'ouvre dans un contexte particulier après les précédentes éditions. Nous venons de vivre plusieurs années, un quinquennat, où les relations avec le ministère de la santé et le gouvernement se sont rapidement dégradées pour devenir très difficiles. Nous sortons d'un long conflit d'incompréhension entre le ministère de la santé et les médecins libéraux. La ministre de la santé du précédent gouvernement a réussi ce tour de force : l'unité syndicale de l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux contre ses réformes, et même l'unité professionnelle de tous les médecins contre sa politique. Il est temps que cela change, non seulement parce que les médecins souffrent et en ont besoin, mais aussi parce que les Français et leur santé en ont besoin. Peut-être ce temps-là est-il arrivé. L'élection d'un nouveau Président de la République, porté par sa jeunesse et un élan réformateur certain, semble ouvrir des perspectives, au-delà des espoirs que cela suscite. La nomination d'une nouvelle ministre de la santé, médecin brillant, connue pour son sens du dialogue et de l'écoute, au-delà de son intelligence remarquable, peut permettre aux médecins libéraux de retrouver confiance dans leurs interlocuteurs et de s'engager résolument dans les réformes nécessaires.

Les premiers pas de ce gouvernement méritent toute notre attention :

- Les hésitations de l'été sur le **tiers payant généralisé** nous ont largement inquiétés. Pourtant, le candidat Macron avait clairement annoncé un tiers payant « généralisable » en remplacement du tiers payant généralisé. Mais d'autres membres du gouvernement se sont pris les pieds dans le tapis au décours de telle ou telle intervention médiatique. Agnès Buzyn indique clairement dans sa dernière communication sa volonté de mettre en place un tiers payant généralisable. S'il s'agit d'un tiers payant simple techniquement, garantissant aux médecins un paiement facile et immédiat, sur la partie de l'assurance maladie obligatoire, les médecins pourraient s'en servir largement, **à la condition expresse qu'il soit facultatif**. Nous renouvelons notre opposition ferme et déterminée à un tiers payant généralisé, obligatoire pour tout et pour tous. Nous renouvelons notre soutien à un tiers payant social, pour les patients couverts par la CMU/CMU-C bien sûr, mais au-delà pour tous les patients, laissé à l'appréciation du médecin lorsque la situation l'exige. Un tiers payant obligatoire pour tout et pour tous, non ! Un tiers payant possible et facile quand le médecin le décide, oui !

Garantir un accès aux soins pour toutes les catégories sociales de ce pays est ce qui fait la grandeur du médecin libéral français, car il est attaché à une médecine libérale et sociale à la française. Nous serons donc très attentifs sur les décisions qui seront prises dans les semaines qui viennent, à l'issue du rapport que l'Inspection générale des affaires sociales devrait rendre début octobre sur le tiers payant.

- Certaines décisions récentes nous préoccupent et nous espérons qu'elles n'augurent pas de la continuité de la politique de la précédente ministre. À ce titre, la parution récente, et presque passée inaperçue, des modalités d'application de **l'article 99** de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2017, avec la mise en place de la commission prévue dans cet article de loi, semble signer la poursuite des décisions antérieures. Nous le redisons, cet article 99 doit être supprimé, non seulement parce qu'il livre à la vindicte médicale une spécialité, celle des radiologues supposés avoir de gros revenus. Mais surtout parce que cet article 99 est le signe de la décision de l'État de prendre la main sur le mécanisme conventionnel. Je veux rappeler ici que la convention est un contrat de droit privé négocié entre deux parties, et que les bases du dialogue conventionnel sont celui d'un accord nécessaire, en particulier tarifaire, solvabilisant les patients et procurant une

participation partielle des caisses aux charges sociales des médecins. Les grilles tarifaires conventionnelles sont au cœur de la négociation conventionnelle. Si le gouvernement peut seul, par la volonté du directeur de la CNAM, décider des tarifs médicaux, la convention n'a plus de sens. La suppression de cet article 99 est indispensable au retour du dialogue et de la confiance.

- Les modifications des modalités de cotisations sociales nous préoccupent largement. Nous avons dénoncé **l'augmentation de la CSG** à charge des médecins, de 1,7 %, initialement non compensé puisque les cotisations d'assurance maladie sont quasiment entièrement prises en charge par la CNAM, pour les médecins conventionnés secteur 1. L'annonce qui vient d'être faite par le Premier ministre d'une compensation sur les cotisations de l'assurance vieillesse de base nous laisse dans l'interrogation et l'expectative. Des précisions techniques doivent être apportées, puisqu'aujourd'hui l'assurance maladie ne prend en charge qu'une partie des cotisations d'assurance vieillesse centrée sur l'ASV. S'orientent-elles vers une prise en charge dans un autre domaine, celui du régime de base géré par la CNAVPL ? Il est indispensable que la compensation se fasse au moins *ad integrum*, et devrait permettre, comme pour tous les autres cotisants à la CNAMTS, comme pour tous les actifs, d'obtenir un gain de pouvoir d'achat. Quant aux médecins exerçant en secteur 2, ils doivent également bénéficier d'une compensation de cette augmentation de CSG, sous peine de pénaliser les patients qu'ils prennent en charge, par effet de transfert. Et nous sommes solidaires des autres professionnels de santé libéraux qui semblaient avoir été oubliés dans cette compensation promise pour tous les Français du monde du travail. Les engagements d'Agnès Buzyn d'hier prévoient une compensation pour tous les professionnels de santé libéraux en garantissant l'absence de perte de pouvoir d'achat. Nous serons particulièrement vigilants pour que cet engagement soit totalement respecté.
- **Avoir accès à un médecin** sur l'ensemble du territoire français est l'un des enjeux majeurs et prioritaires pour la ministre de la santé dans les semaines qui viennent. Un grand plan destiné aux « déserts médicaux » devrait être présenté en octobre prochain. La CSMF a largement réfléchi et a fait des propositions complètes pour résoudre cette difficulté organisationnelle. Il n'y a pas de mesure miracle, il n'y a pas de solution toute faite, et en tout cas ce n'est pas la suppression de la liberté d'installation qui arrangerait quoi que ce

soit. C'est bien une série de mesures qu'il faudra mettre en place, sur lesquelles je reviendrai. Nous espérons que la ministre de la santé saura nous écouter puisque nous avons déjà été auditionnés à ce sujet.

- La ministre de la santé a fait de la **prévention** sa priorité en matière de stratégie nationale de santé, stratégie qui devrait être finalisée dans les mois qui viennent. Les médecins libéraux sont prêts à y prendre toute leur place, mais doivent être reconnus pour cette mission, de façon claire. La convention peut en être un véhicule, mais d'autres acteurs tels que les ARS dans les territoires pourraient également être impliqués par le biais des fonds d'initiatives régionales.
- Concernant la vaccination obligatoire, il faut souligner le courage politique d'Agnès Buzyn. Nous l'avons assurée de notre soutien sur ce dossier, car il s'agit là d'un enjeu majeur de santé publique, enjeu auquel les médecins libéraux ne peuvent pas se déroger. Il en va de la santé de nos enfants et de nos jeunes patients, mais il en va aussi de la santé de chaque citoyen. C'est une responsabilité collective que nous portons tous, tout particulièrement les médecins, chez qui les Français doivent trouver les réponses à leurs éventuelles interrogations ou inquiétudes sur la vaccination.
- Nous savons la situation économique très difficile du pays. Nous attendons avec préoccupation mais aussi avec impatience, la **prochaine annonce de l'ONDAM** pour l'année 2018 et sa répartition entre les grandes lignes de dépenses. Ce sera un signal politique fort : la médecine de ville souffre depuis de nombreuses années. L'augmentation des besoins d'une population âgée, dépendante et de plus en plus polypathologique nous contraint à modifier nos organisations et notre fonctionnement. La médecine de ville a besoin aujourd'hui des moyens pour accompagner ces restructurations, cette réorganisation qu'elle a déjà largement amorcée. Tous les experts en conviennent, le système de santé français est beaucoup trop orienté vers la prise en charge hospitalière. Il ne s'agit pas d'opposer les secteurs : hôpital contre médecine libérale. Il s'agit de donner à la population les moyens d'une prise en charge des pathologies chroniques qui se multiplient avec le grand âge, dans la proximité et le maintien à domicile. Il en va de l'efficacité de l'ensemble du système de santé, il en va de sa soutenabilité et donc de son avenir. Les médecins libéraux pourraient prendre toute leur place pour réussir cette

mutation ; encore faut-il qu'on leur en attribue les moyens nécessaires. De ce point de vue, le niveau de l'ONDAM pour les soins de ville sera un indicateur particulièrement important pour amorcer ces réorganisations, les encourager et les accompagner, dès 2018.

À l'heure où souffle dans le pays un vent de réformes, il est de la responsabilité de la CSMF d'y prendre toute sa place. C'est pourquoi nous devons d'ores et déjà donner les grands axes de ce qui pourrait être l'exercice libéral de demain.

Il nous faut d'abord réfléchir au problème de la **formation des futurs médecins**. Les derniers mois ont révélé le fiasco des études médicales dans ce pays. Les dernières semaines ont encore rajouté quelques scandales supplémentaires. Comment peut-on imaginer qu'aujourd'hui il y ait encore 6000 bacheliers sans affectation après l'utilisation du système APB ? Comment a-t-on pu imaginer que les futurs médecins seraient tirés au sort pour s'inscrire en PACES ? L'accès à l'université est dans une impasse. Un pays doit avoir le souci de la formation de tous ses jeunes, c'est une priorité sociétale. Mais cet objectif doit être dissocié de l'accès à l'université pour tous et dans toutes les filières.

Même en incluant les triplements en **PACES**, aucun étudiant n'ayant eu de mention au bac n'a été admis en deuxième année de médecine: comment laisser encore ce gâchis perdurer ? Les taux d'admission en deuxième année de médecine sont éloquentes, variant entre 10 et 20% des inscrits en PACES. Moins de 10% (9,9%) des primo inscrits accèdent à la 2^{ème} année de médecine. Sur près de 60 000 étudiants de PACES, seuls 8 124 accéderont à la 2^{ème} année de médecine soit moins de 14% ! Il y a certes d'autres professions de santé issues de cette année commune, en les incluant, on arrive à tout juste 23% de succès. Il est temps de repenser complètement cette organisation. L'accès à l'université devrait se faire à partir d'une présélection dont les modalités restent à définir et devraient certainement inclure du contrôle continu et les résultats du baccalauréat actuel. La forme du concours de première année ne permet pas d'avoir des futurs médecins d'horizons différents et d'origines sociales différentes. C'est une et le plus souvent deux années de faculté perdues ! Il faut adapter le numerus clausus aux capacités de formation des facultés. Il faut s'interroger sur la validité du numerus clausus largement contourné : aujourd'hui 25 % des médecins qui s'inscrivent pour la première fois au Conseil national de l'Ordre le font avec un

diplôme issu d'une faculté non française. Une réforme en profondeur est nécessaire pour se rapprocher du modèle LMD (licence/master/doctorat) européen, éviter le gâchis d'une première année perdue inutile, d'une sélection outrancière par l'échec et repenser toute la formation médicale, tout particulièrement celle du premier cycle.

Le deuxième cycle doit être l'occasion d'ouvrir la faculté au milieu libéral. La faculté de médecine est aujourd'hui en France une véritable école professionnelle : elle délivre un diplôme, celui de docteur en médecine, qui est le passeport unique et obligatoire pour un métier, celui de médecin. Dès le deuxième cycle les étudiants en médecine doivent découvrir l'exercice libéral : de nombreuses facultés n'ont pas encore installé ce stage théoriquement obligatoire dans des cabinets de médecine générale. Les étudiants en médecine doivent également avoir une formation sur les caractéristiques spécifiques de l'exercice libéral, la gestion d'un cabinet médical, les relations avec les différents organismes, etc. D'une façon plus large, une formation au management d'équipe, à la gestion coordonnée devrait prendre toute sa place dans cette partie des études, car cela est nécessaire tant en exercice libéral qu'hospitalier ou autre.

À l'issue du deuxième cycle, **l'ECN**, cet examen classant national, doit être repensé. Comment imaginer faire un choix cohérent et positif lorsque vous choisissez avec une double contrainte : celle de votre future spécialité et celle de votre future ville d'internat. Beaucoup s'orientent vers des spécialités qu'ils n'auraient pas choisies au départ, car ils ont priorisé le choix de la ville ; d'autres font le calcul inverse. Et comment peut-on laisser perdurer un système où le choix précis de la spécialité se fait en fin de sixième année alors que beaucoup d'étudiants méconnaissent complètement des spécialités entières, si ce n'est vu au travers de quelques cours théoriques et quelques photocopiés ! Il faut sortir d'une logique d'un choix fait sur la base d'un échec et cultiver l'adhésion positive. On veut développer le travail en équipe, en coordination, alors que le cursus des études médicales est centré sur des concours à répétition, où la réussite individuelle de chacun repose sur l'exclusion, l'échec de l'autre, de son voisin de fac.

Le troisième cycle doit être l'occasion de s'ouvrir à sa future modalité d'exercice. Il est anormal que les étudiants de troisième cycle ne puissent pas aujourd'hui faire leurs stages dans toutes les modalités d'exercice : hospitalière, tant publique que privée, et cabinet libéral. On ne peut pas continuer à avoir une formation exclusivement centrée ou presque sur l'hôpital public. Bien sûr il

faut vaincre les réticences, les freins voire les oppositions de certains doyens de faculté de médecine, de certains coordonnateurs de spécialités. Mais cela devient indispensable.

Au stade où nous en sommes arrivés aujourd'hui, devant de tels dysfonctionnements, il faut clairement poser la révision des ordonnances Debré de 1958. Les temps ont changé, les choses doivent évoluer : l'heure est arrivée pour la dissociation entre les fonctions d'enseignement et les fonctions de soins. Les fonctions de professeurs d'université doivent se dissocier des fonctions de praticiens hospitaliers. Nous demandons d'ouvrir à des médecins libéraux dans toutes les spécialités, et pas uniquement en médecine générale, des fonctions d'enseignant, y compris de professeurs des universités. D'autres pays européens le font et il serait logique de s'en inspirer. Il faut séparer le PU du PH !

Se former tout au long de sa vie professionnelle est une obligation non seulement réglementaire, déontologique mais morale. Nous devons assurer à nos patients des soins de qualité, correspondant aux avancées du savoir médical. La science médicale évolue à une vitesse vertigineuse et cette mise à jour des connaissances et des pratiques devient incontournable. Ceci doit être aujourd'hui clairement garanti aux patients mais aussi à la société. La profession en exercice et elle seule doit s'emparer de cet enjeu en organisant un processus de « recertification » basé sur la connaissance et la pratique ; ne laissons pas l'Etat, la faculté, voire l'Ordre des Médecins s'en occuper. Nos CNP ou CMG avec les syndicats de spécialités ont là un rôle majeur.

Tout doit être fait pour **favoriser l'installation**, y compris dans les zones les plus dépourvues en médecins. Remarquons toutefois que les déserts médicaux sont souvent des déserts tout court, et que résoudre la fracture numérique est essentielle pour aider à résorber ces déserts. L'installation du médecin en milieu libéral, tout particulièrement dans les zones sous-denses, doit donc être encouragée et soutenue. Développer et indemniser les stages pendant la formation, accueillir et loger les étudiants en médecine dans ces zones défavorisées, puis veiller à accompagner une installation du jeune médecin et de sa famille, organiser au mieux la permanence des soins, favoriser le cumul emploi-retraites, voilà quelques pistes parmi d'autres initiatives qui permettent de résoudre ces soit disant déserts médicaux.

Il faudra encourager les jeunes médecins à s'installer grâce à des statuts progressifs et intermédiaires. La simplification administrative s'impose : du remplaçant à l'assistant libéral puis

au collaborateur libéral avant de devenir un associé, tout doit être possible facilement, par une simple déclaration au Conseil de l'Ordre. Mais l'avenir passe également par la mixité des statuts, le mélange des lieux d'exercice, le développement des cabinets secondaires ou des consultations avancées, voire des temps partagés et évolutifs pendant la vie professionnelle.

Nous devons demain répondre à un besoin dans un territoire. Pour cela, le regroupement des médecins dans de véritables entreprises médicales à l'échelon d'un territoire est indispensable. Ces entreprises médicales territoriales doivent devenir les acteurs de l'offre de soins dans le secteur considéré. Ces entreprises peuvent se concrétiser sous forme de maisons de santé pluri professionnelles, où la mixité médecins généralistes-médecins spécialistes doit être privilégiée. Mais elles peuvent également se concrétiser grâce aux outils issus du numérique, permettant de coordonner l'activité médicale de chacun tout en respectant des lieux d'exercice géographiques différents. Ce sont ces entreprises médicales qui doivent être les interlocuteurs à l'échelon local des ARS afin d'assumer des missions auprès des populations concernées. Ces missions peuvent être des missions de santé publique, d'éducation thérapeutique, de prévention etc. Ces entreprises médicales doivent prendre toute leur place dans le tissu des offreurs de soins dans les territoires. Mais ces entreprises médicales libérales doivent aussi assumer leurs devoirs sur le territoire: la continuité des soins doit être assurée, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. L'accès aux soins dans des délais raisonnables mais aussi en cas d'urgence doit être garanti par les médecins libéraux organisés sur un territoire. Nous ne pouvons pas laisser des patients sans médecin traitant dans certaines zones du pays. Nous ne pouvons pas continuer à avoir des délais de rendez-vous de six mois en médecine spécialisée et gagner la considération et la place qui devrait nous être légitimement donnée. C'est bien dans une logique de droits et de devoirs territoriaux que nous devons nous projeter. Assumer la continuité des soins, assurer la permanence des soins, permettre à toutes les catégories sociales de la population d'accéder à des soins de qualité, voilà les devoirs que nous devons collectivement porter. Si nous ne le faisons pas, d'autres le feront à notre place, à notre détriment.

Il nous faut mieux coordonner la prise en charge des patients avec les autres professionnels de santé. L'organisation en équipes de soins primaires, en équipes de proximité doit permettre d'améliorer cette prise en charge. Mais l'enjeu majeur est celui d'une structuration territoriale entre médecins généralistes et spécialistes, avec les autres professionnels de santé et en lien avec le médico-social. Cela passera par le dynamisme des CPTS : elles doivent devenir les offreurs de

soins des territoires en regard des GHT. Cette coordination des professionnels libéraux est le niveau incontournable pour éviter d'être sous la coupe des structures hospitalières, publiques ou privées. Elle doit faire l'objet d'un accompagnement financier collectif par la négociation conventionnelle.

Dans ce contexte, **la rémunération du médecin** doit forcément évoluer. Nous restons attachés à un paiement à l'acte prépondérant, car cela est la base de l'exercice libéral. Mais l'acte de consultation ne peut rester à un tarif unique. Déjà de multiples cotations supplémentaires s'ajoutent à un tarif de base. Mais il faut aujourd'hui aller plus loin tout en simplifiant, en allant vers des niveaux de consultation hiérarchisée. Nous regrettons encore que la CNAM n'est pas su saisir cette volonté d'évolution que nous avons proposée lors de la négociation conventionnelle.

Il faut compléter cette rémunération à l'acte par d'autres éléments de rémunération prenant mieux en compte l'activité médicale aujourd'hui diversifiée. Déjà de multiples forfaits ont commencé à apparaître et représentent environ 13% du chiffre d'affaires des médecins généralistes, mais la moitié seulement chez les médecins spécialistes. Il faut mieux prendre en compte les missions collectives qu'assument aujourd'hui les médecins libéraux tant en matière de santé publique, qu'en matière de réponses à des enjeux territoriaux. Nous sommes prêts à réfléchir à des rémunérations diversifiées sur ces thèmes-là. De même nous assistons aujourd'hui à une régulation prix/volume qui ne dit pas son nom. Les tarifs médicaux restent désespérément bas, déconnectés de notre engagement professionnel et du temps passé, en raison des volumes effectués. Il va donc falloir nous engager sur la pertinence des actes car nous ne pourrions sortir de ce cercle vicieux qu'en s'engageant dans cette voie proposée par la ministre. Oui, il va nous falloir chasser les actes redondants. Cela permettra d'avoir les moyens de rémunérer des actes médicaux de qualité à leur juste prix car les volumes baisseront. De nouvelles organisations pourront naître grâce à la délégation de tâches. Délégation de tâches, ce n'est pas transfert de compétences. La délégation de tâches doit se faire dans un système organisé et coordonné dans le cadre d'un travail en équipe. Le médecin doit en rester le chef d'orchestre.

Ces enjeux intéressent l'ensemble des médecins qu'ils soient libéraux ou salariés, en ville ou en hospitalisation. Cette diversité des statuts et des lieux d'exercice, alors qu'il y a un partage des missions assurées par notre profession vis-à-vis de la population, doit nous faire réfléchir à un statut unique du médecin, partagé par tous les secteurs dont la base serait commune à tous les

secteurs d'exercice, incluant la protection sociale. Sur cette base s'ajouterait une rémunération variable en fonction des activités de chacun. Ce statut unique du médecin mettrait fin aux incompréhensions voire aux relations difficiles ville/hôpital ; il ouvrirait la possibilité d'une carrière évolutive chez le médecin, qui aurait alors la possibilité d'évoluer pendant sa vie professionnelle, allant d'un secteur d'exercice à l'autre.

La médecine libérale ne peut être étrangère au débat actuel sur la **place de l'assurance médicale obligatoire et des assurances complémentaires**. Le Président de la République l'a clairement annoncé : il faut redéfinir les rôles de chacun dans la prise en charge de la santé. Dans ce contexte, quelle relation les médecins doivent-ils entretenir avec les différents payeurs ? Nous réaffirmons notre attachement ferme à la convention nationale avec l'assurance maladie obligatoire. Ce dialogue conventionnel est le seul capable de restaurer la confiance des médecins : il doit être respecté, privilégié, renforcé. On ne peut pas construire les évolutions de notre système de santé si les médecins ne retrouvent pas la confiance dans le cadre conventionnel.

La CSMF n'a pas signé la convention de 2016, issue de la loi de santé de Marisol Touraine, car elle ne comportait aucune réponse aux enjeux de demain, et restait dans un cadre, un schéma ancien qui est aujourd'hui dépassé. Mieux prendre en compte la complexité de l'acte médical, évoluer dans sa rémunération, faire de la télémédecine un enjeu majeur pour l'avenir, voilà des pistes de réflexion et d'évolution qu'il nous faut prendre pour donner les moyens aux nouvelles organisations territoriales (maisons de santé pluri professionnelles ou équivalents, communautés professionnelles territoriales de santé).

La télésurveillance reste à valoriser et à généraliser en la sortant des hôpitaux ; la téléconsultation ne doit pas se cantonner à quelques EHPAD dans des domaines extrêmement précis, mais doit devenir l'un des moyens pour répondre aux difficultés territoriales ou d'accès à la médecine spécialisée. La télé expertise doit permettre aux médecins de mieux se coordonner entre eux, médecins généralistes et médecins spécialistes, et améliorer la cohérence du recours aux médecins spécialistes. Mais tout ceci nécessite un investissement dans le cadre du plan d'innovation en santé. Ce vaste plan promis par le Président de la République doit être centré sur l'accès en proximité, et donc intégrer de façon préférentielle l'exercice libéral.

Il nous faut réfléchir aujourd'hui pour construire demain de **nouvelles relations avec les assurances complémentaires**. Bien sûr leur rôle doit être d'abord précisé par le pouvoir politique. Mais d'ores et déjà, commençons à nouer une relation équilibrée. Comme avec l'assurance maladie, nous ne pourrions accepter qu'une relation nationale et collective avec l'assurance-maladie complémentaire, quelle qu'elle soit. Nous restons fermement opposés à l'installation de réseaux de soins, où l'assureur choisit le professionnel de santé qu'il sélectionne. La médecine libérale est basée sur le libre choix du médecin par le patient et non par son assureur. D'autres dispositions contraires à notre éthique se heurteront à un refus ferme et définitif de notre part, comme l'intrusion dans le dialogue singulier avec le patient, ou le non respect absolu du secret médical. Faut-il pour autant refuser de dialoguer avec les assureurs complémentaires ? Non car il est certainement possible de construire une relation équilibrée avec les AMC. D'abord en complément de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire dans des domaines partiellement délaissés par celle-ci, comme par exemple la valeur des actes médicaux. Il s'agit de la meilleure prise en charge des compléments d'honoraires tout particulièrement lorsqu'ils sont régulés dans le cadre de l'OPTAM, successeur à l'identique du CAS. Mais également des champs aujourd'hui en partie délaissés par l'assurance maladie obligatoire, voire dans des domaines où tout reste à faire : la prévention, l'utilisation des nouveaux outils issus du numérique, le développement de programmes de prévention et dépistage sur les risques professionnels...

Dans ce contexte, il nous faut réfléchir à la **relation avec le patient**. Celle-ci a évolué au fil des années, le patient étant de plus en plus et de mieux en mieux informé. Il est aussi parfois un client, voire un consommateur. Est-ce pour autant que la collectivité doit répondre et prendre en charge dans un cadre solidaire l'ensemble des demandes, y compris celles d'un consommateur exigeant ? La limite entre le soin, par définition relevant de la solidarité collective, et la santé ou le bien-être au sens plus large, est quelquefois mince. Le reste à charge pour les soins en France reste le plus bas des pays de l'Union Européenne, où la moyenne est de 15%, et même le plus bas des pays de l'OCDE. Il est actuellement de 8,4%, et en constante diminution depuis des années (9,3% en 2011). Pour autant à l'échelon individuel, certains niveaux de restes à charge sont considérables à certaines périodes de la vie d'un Français en particulier si celui-ci est en affection de longue durée, comble du paradoxe ! Il nous faut donc certainement modifier les contours de ce qui relève de la solidarité nationale basée sur le risque, de ce qui pourrait relever d'une participation individuelle dans un cadre plus consumériste.

À ce titre, la possibilité pour les médecins de s'affranchir du tarif conventionnel doit être ouverte, en donnant des garanties de contrôle et de limitation. Nous restons attachés à une médecine libérale et sociale donc accessible à tous, à des tarifs conventionnés, ou avec des dépassements raisonnables. Mais nous n'abandonnons pas le caractère libéral de notre exercice et la nécessaire respiration que ceci doit donner.

Nous sommes à l'aube d'un quinquennat qui pourrait être marqué par des **réformes de fond**, des évolutions majeures. La médecine libérale doit y prendre toute sa place. Elle ne le fera seulement qu'avec la CSMF, seul syndicat capable de porter des évolutions nécessaires tout en préservant l'essentiel. C'est le défi que nous pouvons d'ores et déjà préparer grâce à notre **23^e université d'été**.

Son programme pourrait en surprendre certains, voire en décoiffer d'autres. Mais la confrontation avec d'autres milieux aussi différents que le milieu agricole ou celui de la grande distribution nous a semblé passionnante : ne ratez pas ce débat prévu demain matin. Vous constaterez dans le programme que les ateliers seront riches et engendreront une frustration : celle de ne pas pouvoir assister à tous. C'est le principe d'une université d'été où chacun doit choisir selon son intérêt, chacun doit pouvoir réfléchir et participer selon ses envies. Je remercie tous les experts qui nous font l'honneur et le plaisir de venir réfléchir avec nous. Vous serez surpris par la grande qualité de nos intervenants dans les ateliers.

Ces ateliers doivent être interactifs, ils feront l'objet d'un compte rendu le dimanche matin qui nous permettra, grâce aux résumés brillants préparés par nos rapporteurs, de repartir avec plein d'idées et de riches perspectives. L'après-midi du samedi sera clôturée par un rugbyman, un vrai. Mourad Boudjellal ayant un empêchement de dernière minute, c'est Aubin Hueber qui nous parlera du management d'équipe, de la conduite de la mutation. Entraîneur de l'équipe de France des moins de 19 ans, chroniqueur radio et TV, ne manquez pas ce moment forcément différent.

Les débats et les interventions du dimanche matin seront plus politiques autour de Nicolas Revel, directeur de la CNAM, d'Albert Lautman, directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité Française et Christophe Lannelongue, directeur de la ARS du Grand Est. Enfin Olivier Véran sera sur le grill pour nous parler du PLFSS 2018 : c'est le nerf de la guerre !

Pour clôturer cette ouverture nous remercions nos partenaires et tout particulièrement ASSUMED et la MACSF qui assurent une partie de la session de samedi après-midi : elle vous intéressera dans la situation actuelle, la répartition sur les cotisations sociales va bouger, et les placements financiers sont amenés à évoluer en particulier dans leur rentabilité. Je suis sûr que ceci vous passionnera !

Il me reste à vous souhaiter une excellente université d'été, à profiter de ce magnifique lieu qui invite à la réflexion, à la convivialité, dans un cadre exceptionnel.

Très bonne université d'été à tous !