

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Jeudi 22 novembre 2018, de 11h10 à 12h30

Modérateur :

Olivier Saint-Lary - CNGE Collège Académique

Intervenants :

Vincent Renard - Président de CNGE Collège Académique

Sophie Augros - Déléguée à l'accès aux soins, ministère des Solidarités et de la Santé

Lucie Garcin - Présidente de l'ISNAR-IMG

Antoine Tesnière - Chargé de mission au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Philippe Vigier - Député d'Eure-et-Loir

Grande Plénière : 12 000 MSU demain dans les territoires : quels enjeux ?

2

Grande Plénière : 12 000 MSU demain dans les territoires : quels enjeux ?

Olivier SAINT-LARY, CNGE Collège Académique

Je vous laisse vous installer. Nous allons débiter dans quelques instants. Bonjour à toutes et à tous. Merci d'être venus aussi nombreux à cette grande plénière et merci d'être venus aussi nombreux au congrès du CNGE. Hier, Jean-Pierre Lebeau annonçait 1 400 préinscrits et des longues files d'attente. Aujourd'hui, on a pu dénombrer l'ensemble des participants et vous êtes plus de 1 550 inscrits au congrès.

(applaudissements)

Cela constitue effectivement un record historique et il convient de féliciter le collège tourangeau pour ce magnifique travail.

(applaudissements)

Mais les records sont faits pour être battus et peut-être nous retrouverons-nous l'an prochain, demain, à Nantes, dans une grande plénière qui pourrait s'intituler « 12 000 congressistes demain dans la Cité des Congrès : quels enjeux ? » Pour l'heure, nous allons également nous projeter dans le futur, mais dans un futur proche, qui n'a rien d'une utopie, et dont la potentialité se dessine un peu plus chaque jour. « 12 000 maîtres de stage des universités demain dans les territoires, quels enjeux ? »

Pour alimenter ce débat, nous aurons le privilège d'accueillir cinq intervenants issus d'horizons différents qui nous livreront leur point de vue sur la maîtrise de stages et sur ses enjeux dans les territoires. Notre premier intervenant sera Lucie Garcin, Présidente de l'ISNAR-IMG, qui nous présentera le point de vue des internes sur la maîtrise de stage et sur ses enjeux.

Elle sera suivie par Monsieur Philippe Vigier qui est député d'Eure-et-Loir et qui est également rapporteur de la commission parlementaire sur l'égal accès aux soins des Français sur le territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain.

Nous écouterons ensuite le Docteur Sophie Augros qui est déléguée à l'accès aux soins auprès du ministère des Solidarités et de la Santé.

Puis le Professeur Antoine Tesnière, conseiller au sein de la DGEIP au sein du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de l'Innovation, qui est également mandaté par le ministère de la Santé.

Enfin, le Professeur Vincent Renard, président du Collège national des généralistes enseignants Collège académique.

Avant de vous donner la parole, je souhaiterais revenir brièvement sur quelques éléments historiques de la maîtrise de stage et vous présenter un outil qui pourra éventuellement s'avérer utile au débat. Les premiers maîtres de stage d'internes en médecine générale ont eu lieu en 1997, ce qui signifie que la maîtrise de stage a aujourd'hui 21 ans, soit à peine assez aux Etats-Unis, pour pouvoir trinquer en toute légalité au formidable succès qu'elle a rencontré. Si aujourd'hui l'adresse en fait un levier majeur pour ce qui concerne l'installation dans les territoires, il faut bien avoir conscience que le paysage était radicalement différent il y a de cela 20 ans. Les maîtres de stage, qui n'étaient pas universitaires à l'époque, n'étaient constitués que de quelques pionniers armés de leur courage, de leur passion pour la médecine générale et de la conviction qu'il fallait montrer et enseigner notre discipline pour faire naître l'envie auprès des plus jeunes. Bien peu de monde imaginait alors que ces quelques pionniers deviendraient rapidement

des centaines puis des milliers. Depuis 2010, le CNGE et le SNEMG effectuent une enquête annuelle, permettant de quantifier précisément le nombre de maîtres de stage. En 2010, ils étaient déjà plus de 4 700. L'enquête a été ensuite répétée régulièrement et force est de constater que la dynamique de croissance est toujours extrêmement forte, avec un doublement des effectifs de maîtres de stage en à peine huit ans. Ce succès laisse augurer de belles perspectives avec demain l'objectif des 12 000 maîtres de stage afin de pouvoir former l'ensemble des internes dans le cadre réglementaire du nouveau DES, de pouvoir promouvoir la quatrième année de DES et de pouvoir offrir 100 % de stages ambulatoires en médecine générale à l'ensemble des externes.

Mais ce succès du nombre reflète-t-il également un véritable ancrage dans les territoires ? Plusieurs rapports sur la démographie médicale et sur l'accès aux soins soulignent bien le fait que la principale difficulté aujourd'hui ne réside pas dans le nombre absolu, mais bien dans la répartition géographique des médecins. Avant d'affirmer le rôle central de la maîtrise de stage sur l'installation des jeunes confrères dans les territoires, encore faut-il nous assurer que les maîtres de stage ne soient pas cantonnés dans les grandes agglomérations et que leur répartition se fasse bien sur l'ensemble du territoire français.

Je tiens à remercier ici vivement l'ensemble de tous les collègues qui ont effectué un travail remarquable à la demande du CNGE de recensement et qui ont tous répondu à l'enquête de recensement des maîtres de stage. Ce taux de réponse à 100 % témoigne selon moi de deux choses. D'une part, le formidable lien qui règne dans notre discipline avec les collègues régionaux, toujours réactifs et toujours prêts à travailler dans un but collectif, et l'intérêt majeur que nous portons tous au thème de l'offre de soins dans les territoires. Je voudrais aussi remercier Thibault Puszkarek qui a consacré beaucoup de temps et beaucoup d'énergie à mettre en forme et à synthétiser l'ensemble des données. Et c'est donc aujourd'hui avec un plaisir non dissimulé que le CNGE va pouvoir vous présenter, en exclusivité mondiale, le fruit de votre travail : la cartographie nationale des médecins généralistes maître de stage des universités.

(applaudissements)

Comme vous pouvez le constater, le maillage du territoire semble à première vue assez exemplaire. Le moins que l'on puisse dire, c'est que les maîtres de stage des universités ne sont pas concentrés uniquement au sein des grandes métropoles. Vous avez vu que chaque zone géographique est rattachée à un collège de médecine générale et qu'il y a une couleur spécifique pour cela. Je vous propose que nous en sélectionnions une et que nous sélectionnions au hasard un maître de stage, à tout seigneur tout honneur. Je vous propose de sélectionner le Collège de médecine générale de Tours. Voici le maître de stage que nous avons sélectionné. Zoomons un peu, et constatons que la répartition des maîtres de stage semble toujours assez homogène. Zoomons encore plus et nous pouvons constater à cette échelle que l'ancrage territorial constitue bien une réalité. Zoomons une dernière fois pour découvrir qui est l'heureux gagnant de notre tirage au sort, le docteur Jean-Pierre Lebeau, à Vendôme. Félicitations, vous venez de gagner un an d'abonnement à la revue *Exercer*, la revue francophone de médecine générale. Bravo !

(applaudissements)

Cette cartographie évidemment sera restituée à l'ensemble des régions et à l'ensemble des collèges qui ont participé, pour que chaque collège puisse bénéficier de la cartographie de ses maîtres de stage, puisque c'est votre travail. Je vous propose que nous regardions un petit peu plus dans le détail, que nous sortions de notre zone de confort et que nous tentions d'aller voir la cartographie en direct et l'outil. Vous voyez que je l'ai affiché là sur Internet. Et vous voyez qu'il est possible de zoomer. Nous avons vu la région de Tours, mais prenons par exemple Nantes qui, l'an prochain, accueillera le congrès. Vous voyez que pareil, l'outil nous permet de constater qu'il existe un maillage territorial très large autour de Nantes. Nous pouvons revenir un petit peu en arrière. Regardons peut-être une zone réputée plus difficile sur le plan social, la Région Nord, et regardons le travail effectué par le collège lillois et le collège d'Amiens, et le collège

rouennais, qui sont tous remarquables. Vous voyez que la répartition des maîtres de stage sur l'ensemble de ces territoires est extrêmement large et qu'il s'agit ici d'un levier très fort d'installation dans les territoires.

Nous pourrions à l'aide de cet outil multiplier les exemples à l'envi, mais ma mission étant également de veiller sur le temps de parole de chaque intervenant, je vais essayer de donner l'exemple en ne dépassant pas le temps qui m'était imparti. Je vais inviter Lucie Garcin, présidente de l'ISNAR-IMG, à la tribune pour présenter le point de vue des internes. Je vous remercie.

(applaudissements)

Lucie GARCIN, Présidente de l'ISNAR-IMG

Bonjour à tous. Je vais me présenter à nouveau brièvement. Je suis Lucie Garcin, la présidente de l'ISNAR-IMG, l'intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale. Je suis interne de médecine générale à Lyon. Je vous remercie pour votre invitation et notre invitation à intervenir pour donner le point de vue des internes à cette plénière.

12 000 MSU à venir dans les territoires : quels en sont les enjeux ? Le premier enjeu qui vient forcément à l'esprit, c'est la formation des internes. Les maîtres de stage sont les formateurs des internes de médecine générale, lors de stages ambulatoires, cœur de notre formation de futurs généralistes. C'est en stage que l'interne acquiert ses compétences de futur médecin. Multiplier l'offre des terrains de stage par des lieux et des modalités d'exercice variés est une condition garante d'une découverte de l'ensemble des richesses de notre spécialité. C'est au contact de pratiques variées que les étudiants sont sensibilisés aux possibilités offertes par notre profession. Ils sont par là même invités et encouragés à penser la médecine qui leur ressemble. Il est important d'offrir aux étudiants des terrains de stage variés, au plus près des bassins de vie, pour leur permettre de découvrir les différents besoins de santé spécifiques des populations. Je vais revenir sur la cartographie un peu plus tard. Formés dans les territoires et auprès des maîtres de stage aux pratiques variées, les internes pourront découvrir les territoires et les modes d'exercice et commencer à mûrir leur projet d'installation et d'exercice futur, construire leur futur réseau. Former un interne en ambulatoire, c'est aussi permettre l'enseignement de la gestion de l'entreprise qui est le cabinet médical, trop peu présent dans la formation des internes et pourtant reconnu comme un frein à l'installation des futurs professionnels. Il en est de même des démarches administratives du médecin. Le déploiement des MSU en nombre dans les territoires est donc important pour favoriser l'installation des futurs internes de médecine générale.

Les internes sont conscients des enjeux et des problématiques d'accès aux soins actuels, et les internes sont prêts à s'installer. Rappelons les chiffres, selon une enquête sur les souhaits d'installation qui avait été réalisée par l'ISNAR-IMG, 75 % des internes se sont déclarés prêts à s'installer en zone rurale ou semi-rurale. Près de 90 % d'entre eux se disaient prêts à exercer dans une zone déficitaire. Nous venons de réaliser une actualisation de cette enquête pour compléter ces chiffres, nous sommes toujours en cours d'analyse des résultats.

Certes, le recrutement des MSU est un levier indéniable pour l'accueil des internes sur le territoire, mais il ne doit pas être isolé. Il doit permettre, en amenant les étudiants dans les territoires, un ancrage territorial avec des conditions d'attractivité développées qui passent aussi par un accompagnement de l'étudiant. Par exemple via l'hébergement. L'ISNAR-IMG porte depuis longtemps de nombreuses propositions pour répondre à ces problématiques logistiques. Nous pouvons citer comme exemple les internats ruraux ou hébergements territoriaux des étudiants en santé, qui sont des logements qui se veulent pensés comme des colocations pour les différents étudiants en santé sur le territoire. Ils favorisent l'interpro et la découverte du réseau du professionnel. Et c'est en favorisant cette immersion dans les bassins de vie que la projection sur un territoire donné sera facilitée.

L'indemnité de transport et la récente aide nationale au logement mises en place sont aussi des réponses encourageantes. Malheureusement, il avait été identifié *via* une enquête que 95 % des internes déclaraient ne pas connaître les aides à l'installation en place dans leur région. C'est sur ce manque criant d'informations auprès des internes eux-mêmes qu'il est possible d'agir demain pour accompagner leur installation. C'est pendant la formation initiale que ces dispositifs doivent pouvoir être découverts par l'étudiant en parallèle de ses stages chez les MSU dans les territoires, par exemple à l'occasion de moments d'accueil ou de forum de l'installation.

Je le répète donc, la formation des internes demeure l'enjeu majeur du déploiement optimal des MSU dans les territoires. En gardant cela en tête, je vais revenir un petit peu sur la cartographie qui vient de nous être présentée. Nous sommes heureux d'observer cette répartition homogène des MSU sur l'ensemble du territoire. Comme nous venons de le dénoncer, il est important que le maillage des formateurs couvre l'ensemble du territoire pour, à terme, garantir un maillage de l'offre de soins.

Je souhaite néanmoins interroger la répartition de ces MSU par rapport au nombre d'internes inscrits dans les subdivisions. En effet, nous le savons, les étudiants ne sont pas répartis de façon homogène entre les subdivisions. Vous l'évoquiez, Professeur Saint-Lary, à l'heure actuelle, l'offre de formation ne permet pas encore à l'ensemble des étudiants de deuxième et troisième cycles de réaliser leurs stages ambulatoires tels qu'énoncés dans les textes réglementaires. Tous les étudiants de deuxième cycle n'ont pas accès aux stages ambulatoires chez un médecin généraliste. Quant au troisième cycle et au virage ambulatoire amené par la réforme, environ la moitié des subdivisions cette année encore est obligée de l'appliquer sous sa forme transitoire.

Nous constatons par ailleurs dans plusieurs subdivisions l'éclatement de binômes ou des trinômes de praticiens qui permettent de pallier le manque d'effectif de MSU pour accueillir les internes à la fois en stage de praticiens niveau 1, en stage de praticiens niveau 2, le SASPAS, et en stage SAFE. Cela entraîne fatalement un appauvrissement qualitatif du parcours de formation des internes et nous ne pouvons nous satisfaire de ce genre de mesure adaptative.

Afin d'assurer une formation toujours plus performante aux étudiants, il reste important de poursuivre les efforts de recrutement des MSU. Nous saluons l'effort réalisé ces dernières années pour augmenter ce nombre, comme cela a été énoncé dans l'introduction, qui est majeur et à souligner, mais il convient de penser ce recrutement selon un *ratio* en lien avec les effectifs d'internes et d'externes dans les subdivisions et les capacités de formation qui y sont nécessaires. 12 000 MSU dans les territoires demain, c'est donc surtout une réalité qui doit se concrétiser au plus tôt pour une formation de qualité des étudiants et des généralistes de demain.

Cependant, la quantité ne doit pas pour autant supplanter la qualité. Une formation efficiente des étudiants, c'est *via* le biais de MSU formés et accompagnés dans leurs missions pédagogiques. La formation actuelle, majoritairement organisée par le CNGE, a montré son efficience. Les compétences et le travail des enseignants de médecine générale pour sa mise en place et son suivi sont à saluer. Elle doit bien sûr se poursuivre. Et afin de garantir la corrélation entre ce recrutement et les besoins en formation des subdivisions, l'université garante de la formation des étudiants doit pouvoir superviser ces formations. L'enjeu de 12 000 MSU demain est donc de pouvoir garantir aux internes un encadrement de qualité auprès de MSU qualifiés.

Comment parler de maîtres de stage sans parler de la réforme du troisième cycle que nous avons déjà un peu évoquée ? Mise en place l'année dernière, elle a modifié les besoins de formation et a amené les départements de médecine générale à chambouler l'organisation des maquettes, et donc des choix de stages des internes. Dans la nouvelle maquette du DES de médecine générale, un important est nécessaire au virage ambulatoire a été amorcé. Les internes de médecine générale vont maintenant tous réaliser deux stages en ambulatoire au moins, un en niveau 1 et un en SASPAS. Les stages en santé de la femme et de l'enfant sont également pensés pour être réalisés en

ambulatoire. La volonté initiée par cette réforme est de former les internes de médecine générale au plus près de leur exercice futur. Avec 12 000 MSU demain dans les territoires, ce qui doit s'accompagner d'une augmentation nécessaire du nombre d'enseignants de médecine générale, c'est un DES repensé en quatre années qui peut s'envisager pour la médecine générale. Afin de poursuivre cette idée de personnalisation des parcours de formation et de permettre à chaque interne de se former à l'exercice qu'il souhaite, nous avons mis au point à l'ISNAR-IMG une proposition de maquette en quatre ans, construite par les internes et pour les internes autour d'un parcours personnalisé de formation. Ainsi, les internes de médecine générale pourraient à nouveau bénéficier du stage libre actuellement absent de la maquette de la réforme, qui permet une souplesse de cette maquette et une personnalisation du parcours de formation souhaitée par les internes. La phase de consolidation, qui serait donc la quatrième année, inédite en médecine générale, se voudra professionnalisante. Elle sera construite sur le projet professionnel de l'interne. Elle devra permettre un respect et un accompagnement des souhaits d'exercice des futurs généralistes dans leur futur lieu d'exercice. Les possibilités de formation se doivent d'être souples. L'exercice de la médecine générale pourrait alors être essentiellement tourné vers l'ambulatoire, mais pas uniquement. Il y aurait donc là un enjeu important d'offre de formations variées, avec un recrutement nécessaire de MSU proposant des exercices diversifiés dans les bassins de vie. Leur recrutement en nombre suffisant, sans altération de leur qualité, restera donc pour garantir sa qualité et sa pertinence, un élément nécessaire aux internes pour envisager le déploiement d'une maquette en quatre ans.

Les enjeux liés à la présence des MSU dans les territoires sont donc nombreux. Pour résumer mon propos, je vais résumer les principaux enjeux que j'ai évoqués. A la présence de ces 12 000 MSU demain dans les territoires, le principal enjeu qui est au cœur de tous les suivants bien sûr, est une formation de qualité pour tous les étudiants. Mais ce sont également les enjeux de démographie médicale, de répartition des MSU qui sont des leviers pour l'installation, et des enjeux de développement et de perspectives pour notre spécialité avec une évolution de notre formation vers un parcours plus personnalisé et plus en lien avec les projets des futurs professionnels.

Merci à tous pour votre attention.

(applaudissements)

Olivier SAINT-LARY

Merci beaucoup. Donc effectivement un enjeu central pour les internes évidemment, mais aussi un enjeu politique. C'est aux politiques que nous donnons maintenant la parole. Monsieur le Député, Philippe Vigier, rapporteur de la commission pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Nous sommes très heureux de vous écouter aujourd'hui.

Philippe VIGIER, Député d'Eure-et-Loir

Bonjour à toutes et à tous. Merci de me permettre de m'exprimer devant vous, devant ce congrès. Je suis impressionné par le nombre de participants. Je vais essayer de vous dire en quelques mots pourquoi on a constitué cette commission d'enquête, même si chacun peut l'imaginer, ce à quoi nous sommes arrivés, et peut-être vous dire aussi un mot sur le fait que je suis un peu des vôtres, parce que je suis un biologiste qui travaille encore un tout petit peu, pas très loin d'ici à une centaine de kilomètres dans le département d'Eure-et-Loir, qui est d'ailleurs un des plus sinistrés en termes de désertification médicale.

Evidemment, l'accès aux soins et vous avez très bien repris le titre de cette commission d'enquête qui avait été soigneusement écrit, est un sujet majeur dans la tête de tous nos compatriotes. Surtout d'autant plus que si vous regardez le préambule de la Constitution, elle fait référence à l'accès aux soins. On parle souvent de justice, d'égalité, derrière ces mots tellement dévoyés. Mais c'est vrai que cet accès aux soins a régressé. C'est vrai que le reste à charge a régressé. Et quelque part, un grand pays comme le nôtre, parce que nous sommes un grand pays – ne comptez pas sur moi pour faire du *french bashing* – a vocation, me semble-t-il, à apporter à ses ressortissants, à ses

compatriotes, la meilleure réponse qu'ils puissent attendre à tout moment, d'autant plus que cela fait partie des éléments du rayonnement de la France. Et on le doit en particulier à la médecine et à vous-même qui êtes impliqués au quotidien.

Cette commission d'enquête regroupe 30 députés, toutes sensibilités politiques confondues. On a essayé de ne pas rester dans les lieux communs, de ne pas arriver uniquement sur des mesures de coercition, mais essayer de voir intelligemment comment on pouvait remettre les choses sur les rails, constatant qu'il y avait eu 30 ans d'errements. Quand je dis 30 ans... Pas de pilotage des politiques de santé ou du moins, avec des coups de menton. Un coup, on fait sortir les médecins en leur disant : « Il y a le dispositif MICA en 98, partez à la retraite, on n'a plus besoin de vous ». La deuxième fois, c'était : « On met un *numerus clausus* extrêmement serré dans cette faculté à Tours ». Je suis également le père d'une fille qui est radiologue. Il y avait 102 étudiants qui passaient en médecine en 2000 ici, dans cette ville. Et on voit donc que cela a été un pilotage qui a conduit là où nous en sommes, où il n'y a pas que le problème de la ruralité, il y a le problème de Paris dans le vingtième arrondissement où il y a un problème d'accès aux soins. Nous avons un cloisonnement toujours plus important entre la ville et l'hôpital, alors qu'il faut tout décloisonner. On est allé monter des Agences Régionales de Santé qui sont des Etats dans l'Etat, qui, à certains endroits apportent satisfaction, mais le plus largement d'après ce que l'on a pu entendre, c'était plutôt des propos de la part des professionnels que vous êtes, qui étaient pour le moins, et je le vis également dans mon métier au quotidien, pas très enthousiasmants pour ces ARS.

Nous essayons donc de proposer des mesures à court terme, des mesures à moyen terme et des mesures à long terme. Les mesures à court terme en deux mots. Vous savez que la loi de financement de la Sécurité sociale a encouragé de continuer sur le cumul emploi retraite. Imaginez que dans ce pays on demande à des médecins 70 ans de travailler, parce qu'on en manque. Bien sûr les médecins adjoints, médecins non thésés : c'est une dérogation qui avait été autorisée dès 2017, afin que l'on puisse proposer à ces médecins de venir s'installer, ce qui n'était pas chose simple au départ. 18 mois de bagarre avec l'administration. Les fameux travailleurs non-salariés, les médecins qui sont remplaçants, mais qui n'ont pas le véritable statut fiscal qui va bien. Il faut qu'ils viennent remplacer un médecin qui les rémunère. Nous avons proposé de mettre quelque chose de différent. Et puis les médecins étrangers, puisque nous sommes un pays dans lequel il y a 12 000 médecins qui ne sont pas inscrits au Conseil de l'Ordre et qui travaillent tous les jours dans nos hôpitaux. Pour certains, ils sont très compétents ; d'autres le sont moins ; d'autres moins encore. Et là, lorsqu'ils sont très compétents et qu'ils pourraient exercer demain en ville, ils passent ce qu'on appelle le fameux examen anonyme, la PAE, la Procédure d'Autorisation d'Exercice. Mais là, ils repassent par la case départ pendant trois ans, c'est-à-dire qu'ils doivent trois ans à l'hôpital et on ne peut pas les installer en ville.

Voilà où nous en sommes donc sur ces propositions immédiates. On a essayé d'avancer. Après, vous l'avez dit, Madame, en parlant des internes, je les ai rencontrés à de très nombreuses reprises, tous les syndicats, pour voir comment on était capable de recréer une appétence, une attractivité, simplement le désir de s'installer dans un milieu urbain, rural et rural, ou même je le disais dans les arrondissements parisiens qui, pour certains, connaissent cette désertification médicale. Donc là, à côté de ces mesures immédiates, naturellement, on arrive sur la formation. Je suis ravi de voir ceux qui vont passer derrière moi. Nous avons eu l'occasion de parler quelques instants : il y a une véritable convergence. Cette véritable convergence est qu'il faut sortir les médecins de l'hôpital et du CHU. Il n'y a pas que le CHU. Je suis un ancien de ces CHU parisiens, sortons ! Il y a une très belle médecine que l'on peut faire à l'extérieur. Ce qu'il faut en revanche, c'est garder l'adressage, le cordon ombilical, l'endroit si l'on est dépassé, si l'on ne sait plus quoi faire, et on passe la main à ceux qui sont capables naturellement de prendre le patient en relais.

Avec un élément de contexte que vous connaissez tous, c'est le nombre de médecins formés à l'heure actuelle et le nombre de médecins d'exercice. Certes, ils sont un tout petit peu supérieur à ceux que nous avons dans les années 90 (à un détail près, il y a

10 millions d'habitants en plus). Il y a plus de demandes de soins, il y a plus de pathologies chroniques soignées. Il y a une organisation du temps médical. Je comprends largement le fait que les médecins ne sont plus corvéables à merci tel qu'ils l'étaient auparavant. Il y a eu aussi une forte féminisation, c'est un atout. Tout cela et une volonté de vivre un peu différemment de ce que nous avons pu connaître il y a quelques années, nous amènent, au-delà des mesures immédiates dont je parlais, à travailler sur les mesures concernant les études médicales pour le moyen et pour le long terme.

Certes, très bonnes mesures prises par le gouvernement, c'est la fameuse CTPS, Communauté Territoriale des Professionnels de Santé. C'est la seule chose que nous ayons bien su faire dans le sud de l'Eure-et-Loir. C'est le désert absolu, mais nous avons une CTPS qui a même été citée en exemple par le Président de la République. C'est la seule mise en réseau possible pour faire en sorte que chacun joue un rôle et soit un véritable maillon solide de la prise en charge.

Passé cela, quand je dis qu'il faut sortir les médecins de l'hôpital, oui. Les internes ont dit à plusieurs reprises que dans le cadre de la formation de médecin généraliste, ils souhaitaient passer de trois années à quatre années. Mais alors à ce moment-là, c'est vrai que c'est inégal selon les facultés, mais vous nous le direz probablement encore mieux que moi. Ici même, il y a quelques années, c'était six mois, éventuellement, chez un généraliste. Nous préconisons au minimum 60 % à 70 %. Vous disiez à l'instant, Madame, pourquoi ne pas faire tous les stages auprès de généralistes qui prennent du temps, qui ont la compétence, qui ont l'expérience et qui veulent transmettre leur savoir. On parle souvent des artisans qui transmettent, mais c'est aussi un artisan. Et le médecin a son expérience, son *back-office* et son lien avec l'hôpital. Nous préconisons dans ce rapport que l'on sorte vraiment les médecins de l'hôpital, et qu'on les mette en ville, qu'on les mette aussi dans leurs stages qualifiants dans des cliniques de grande qualité. Ça a été tout un combat, dans une très belle clinique à 50 kilomètres d'ici : pour que le stage devienne qualifiant, une année et demie de discussions, là encore !

C'est pareil pour les spécialistes. Les spécialistes passent souvent six mois, douze mois maximum, chez des spécialistes installés en ville dans le secteur libéral, alors que me semble-t-il, ils seraient confrontés à des situations extraordinaires qu'ils ne rencontreraient pas toujours à l'hôpital et que c'est un véritable complément de formation. Et ce d'autant plus que cela permettrait de dégager de la capacité de formation dans les CHU et de faire en sorte que l'on informe plus. On vient de nous annoncer que l'on supprime le *numerus clausus*, mais personne n'a cru cela une seule seconde. On ne va pas décider demain matin que tout le monde devient médecin, parce qu'il s'inscrit en première année de médecine. Qu'il faille réformer les études médicales, qu'il faille moins de mathématiques, mais qu'ils fassent un peu plus de sciences sociales, d'humain, dans les premières années, bien sûr. Mais faire croire à des jeunes que tout d'un coup, ils vont devenir médecins, je vous assure que ce n'est pas le bon élan qu'il fallait faire passer. En revanche, régionaliser l'offre des formations plus adaptées, parce que l'on est capable d'anticiper les départs à la retraite, la volonté des uns et des autres de s'installer à tel ou tel endroit ou d'embrasser telle ou telle spécialité, c'est ce qui me paraît essentiel.

Donc pour l'aspect formation des études médicales, pour l'aspect universitaire, après des échanges nombreux avec le Président de la Conférence des Doyens, je crois que les propositions qui vont se mettre en place vont dans le bon sens de ce décloisonnement. De la même façon que les groupements hospitaliers de territoire ne doivent pas être centrés uniquement sur l'hôpital, mais doivent être ouverts bien sûr, aux maisons de santé pluridisciplinaires, aux cliniques privées qui sont agréées, bref : à tous ceux qui, au quotidien, jouent un rôle dans l'offre de soins.

Mesures à court terme, mesures à moyen terme, mesures à long terme. Je reprends ma casquette d' élu deux secondes : j'ai été maire d'une commune dans laquelle on inaugurerait une maison de santé dans quelques jours. C'est avant tout évidemment un projet médical. Cela ne peut pas être le projet d'un élu, d'une équipe municipale, même si nous étions en première ligne quand on nous dit : « Monsieur le Maire, je ne trouve

personne ». Non, nous sommes là pour apporter l'environnement. Je suis venu devant les internes de Tours il n'y a pas longtemps, à la demande du Doyen. Nous avons eu un débat très ouvert, très libre, après dix minutes de propos introductifs. « Est-ce qu'il y a une école dans votre commune ? Est-ce qu'il y a un lycée ? Est-ce qu'il y a une vie associative ? Est-ce que je pourrais y faire ma vie ? » Ce sur quoi nous devons travailler est ce que j'appelle le kit de l'installation. Dans les grands groupes industriels, comment cela se passe-t-il ? J'ai la chance d'avoir un grand groupe industriel pas très loin d'ici qui, lorsqu'il veut accueillir ses ingénieurs, les reçoit et discute sur le job, les conditions salariales. Après, ils posent la question : « Qu'est-ce qu'il y a à côté ? » Ça, on doit le professionnaliser. Avec l'Association des Maires de France, c'est quelque chose sur lequel on travaille. Je vous invite vraiment à vous rapprocher des associations d'élus, parce que cela, nous devons être en capacité de le faire. Nous avons préconisé dans le rapport, la création d'internats et d'externats ruraux. Dans la maison de santé que nous allons inaugurer, il y a deux petits appartements très sympathiques qui permettront à des internes d'avoir un cadre de vie agréable s'ils y viennent et de ne pas se retrouver, comme je l'ai été, quand j'ai débarqué à Châteaudun de 1987, dans un hôtel un peu moyen, pendant trois mois avant que je trouve un appartement convenable. Tout cela, cela fait partie du cadre dont nous devons être en capacité de nous occuper : quand vous vous occupez de la médecine, nous nous occupons du reste, pour faire en sorte que l'on vous apporte la qualité.

Vous l'avez compris, c'est un enjeu de société. C'est un enjeu politique majeur. J'ai même envie de dire que c'est un enjeu de cohésion. Aussi bien la télémedecine que le dossier médical partagé, les CTPS auxquelles je faisais référence, mais aussi l'attractivité de la médecine. L'attractivité financière. Je n'ai pas proposé une seule mesure pour dire : donnons 50 000, 100 000 euros. Vous savez, comme les jeux où vous recevez 20 000 quand vous passez sur la case départ, le Monopoly que vous connaissez tous. J'ai eu des médecins qui sont venus chercher la prime de 50 000 euros et qui sont repartis au bout de cinq ans. Ce n'est pas ça. Il faut au contraire encourager ceux qui ont pris racine, qui sont là, afin qu'ils continuent, qu'ils restent dix ans, vingt ans, trente ans. Sinon, c'est évidemment du vagabondage. D'ailleurs, la Cour des comptes a été extrêmement sévère sur ces propositions. En revanche, c'est encourager financièrement, faire sauter une partie administrative tellement compliquée. D'ailleurs les maîtres de stage m'ont souvent parlé des complexités, qui se sont certes un peu adoucies depuis quelque temps. Je voudrais vous dire qu'au travers de la formation, au travers de ce que vous allez leur donner, c'est aussi pour vous. Comme maintenant, il y a un statut des généralistes à l'hôpital, à l'université et c'est récent, il faut le souligner. C'est un véritable statut qui s'est greffé pour eux, au-delà de leur statut de libéral. Un statut hospitalier universitaire. Cela n'existe pas encore pour les spécialistes. Nous le demandons d'ailleurs dans la commission d'enquête parlementaire.

Donc le chantier est ouvert. Le chantier ne pourra avancer et on ne pourra apporter des solutions que collectivement, en s'appuyant sur ces trois piliers de mesures immédiates, de mesures à moyen terme et des mesures de long terme. Mais ces mesures de long terme peuvent démarrer quasi immédiatement sur l'accueil et tout ce qui tourne autour. Je l'ai dit tout à l'heure en insistant, sur le fait que c'est à nous de vous donner la possibilité de vous installer dans tous les territoires de France. Ce sera le seul moyen d'éviter ce qui risque de se passer. On l'a vu en Angleterre. Nous l'avons vu dans d'autres pays européens. Une forme de coercition qui serait à terme contre-productive.

Nous allons continuer de travailler. Ces propositions sont disponibles. J'espère que j'aurai l'occasion de répondre à quelques questions. Elles ont été le fruit de six mois de travail. Tout cela a été remis à Madame Buzyn au début de l'été. Tous ceux qui voulaient être auditionnés l'ont été. Tous ceux qui ne pouvaient pas l'être pour des raisons diverses et variées ont pu apporter leur contribution. Il faut rebâtir le système. Et la formation est la clé de sol pour faire découvrir ce métier tellement dévoyé, ce métier tellement central dans la vie quotidienne, parce que vous êtes au cœur de la vie, et au cas de la vie, il faut des professionnels. Merci.

(applaudissements)

Olivier SAINT-LARY

Merci beaucoup. Je vais maintenant inviter à la tribune la déléguée à l'accès aux soins auprès du ministère des Solidarités et de la Santé, le Docteur Sophie Augros. Elle a la double casquette d'être à la fois déléguée pour l'accès aux soins, mais également un des 9 500 points qui se trouvent sur cette carte et qui est maître de stage à Aime-la-Plagne.

(applaudissements)

Sophie AUGROS, Déléguée à l'accès aux soins, ministère des Solidarités et de la Santé

Bonjour tout le monde. Oui, je suis l'une d'entre vous, depuis maintenant cinq ans que je suis maître de stage des universités, installée en maison de santé à Aime-La-Plagne. J'ai été en effet chargée de cette mission ministérielle par Agnès Buzyn pendant l'année qui vient de s'écouler, avec Thomas Mesnier député en Charente-Maritime et Elisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne.

L'objectif de cette mission était une année pour aller sur le terrain, découvrir des expérimentations qui avaient fait bouger l'accès aux soins, améliorer l'accès aux soins dans les territoires et en comprendre les clés de réussite, mais aussi les verrous qui restaient à lever pour améliorer ces dispositifs et surtout les généraliser.

Nous avons visité sept régions à peu près avec au moins deux à trois expérimentations par région, puis entendu plus d'une trentaine de représentations syndicales, étudiantes, fédérations hospitalières, sur une année. Nous avons remis notre rapport à la ministre le 15 octobre dernier.

Je ne vais pas vous parler de tout le rapport. Si vous souhaitez le lire, il est disponible sur le site du ministère. Mon objectif aujourd'hui est surtout de vous parler du premier axe de travail que nous avons mis en avant, qui est de développer les stages ambulatoires et d'accompagner les internes dans leur projet professionnel.

Il y a au total six pistes dans ce rapport qui sont vraiment imbriquées les unes aux autres et je vous exposerai les dernières pistes à la fin.

Je pense qu'au bout de la troisième intervention, vous comprenez que les stages ambulatoires sont essentiels pour l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires. Mais pour qu'ils soient efficaces, qu'ils aient un vrai enjeu sur l'installation des futurs médecins, il faut qu'ils soient garants d'une bonne qualité. C'est une qualité matérielle : les internes doivent pouvoir être accueillis dans de bonnes conditions et financièrement, certains nous ont vraiment dit qu'ils avaient des difficultés pour assurer le paiement d'un loyer sur leur lieu de stage en parallèle d'un appartement qu'ils gardaient dans leur faculté initiale du fait de leur vie personnelle. D'où l'idée de rajouter une prime de 200 euros par mois et par interne pour les stages les plus éloignés des CHU, qui est active depuis novembre de cette année. Les conditions matérielles, c'est aussi accueillir les internes dans un bon cabinet médical. Je pense vous avez déjà commencé ce travail-là, avec la charte des MSU : je viens d'assister à l'atelier et cela semble plutôt bénéfique pour ce point-là.

Accueillir les internes dans de bonnes conditions, c'est aussi accueillir les internes dans de bonnes qualités pédagogiques. Vous le savez tous, on connaît trop d'internes qui disent qu'ils sont reçus par des maîtres de stage pour faire du remplacement déguisé. Donc il faut assurer la pédagogie de ces stages. Sinon, c'est vraiment dégoûter les internes de l'accession à la médecine générale ambulatoire, voire à la médecine générale tout court. Et pour cela, il est important que les commissions d'agrément prennent en compte les retours des évaluations de stage des internes. Mais première condition : il faut que les internes remplissent ces évaluations de stages et qu'ils le fassent de manière correcte. On ne donne pas une bonne note à un stage sous prétexte qu'il est près de la faculté ou que le maître de stage est membre d'un DMG, par peur de se voir non valider le stage. Donc c'est pareil au niveau pédagogique, vous le répétez assez souvent : pour

accueillir des internes dans de bonnes conditions, il faut que les maîtres de stage soient formés à la pédagogie. La formation est vraiment un enjeu majeur de la qualité d'accueil des stages.

Mais là aussi, nous avons eu des retours des maîtres de stage et des médecins non maîtres de stage, qui disaient que ces formations étaient encore trop obscures. J'entends cela, dans le sens que des fois, la distance crée un vrai problème d'accès à ces formations. On a vu des expériences pour DMG de Lille qui faisaient des formations délocalisées au sein de sa région. Tout ne doit pas se faire forcément dans le lieu de la faculté. De même, le message est assez difficile au niveau national de faire passer la formation des maîtres de stage, puisque les niveaux de formation exigés entre les facultés sont assez hétérogènes. Je sais qu'il existe une indépendance des universités, mais que l'on demande un DU dans certaines facultés ou que l'on exige les formations S1, S3, S4 avant d'avoir accès à l'agrément de la maîtrise de stage peut freiner beaucoup à l'accession à la maîtrise de stage. Donc il faut être garant de la qualité des médecins qui vont accueillir des internes, mais il faut aussi savoir se mettre au niveau de ces médecins *lambda*. Ne soyez pas des DMG élitistes, mais des DMG de terrain. Vraiment, si vous voulez recruter, essayez d'être plus proches de ces médecins qui sont vos collègues, après tout.

(applaudissements)

Cela passe aussi par la communication que vous faites de ces formations. Quand vous parlez à un médecin *lambda* de RSCA, de traces d'apprentissage, de prescriptions pédagogiques, déjà les internes n'y comprennent rien, mais alors un médecin qui a un exercice qui veut, petit à petit, s'entraîner vers la formation en maîtrise de stage, là aussi, peut-être avant tout au départ, il peut commencer à parler concierger avec ces médecins pour ensuite parler pédagogie.

(applaudissements)

Je ne fais que vous rapporter des rencontres avec des médecins de terrain.

Deuxième constat, on sait que les études de santé offrent peu de place au projet professionnel. Finalement, notre projet professionnel se construit sur une succession de choix. On choisit de faire médecine, parce que l'on réussit la PACES, à l'époque la P1, on choisit de faire médecine générale, parce que l'on a ce choix à l'internat. Et finalement notre rang de classement reste prédominant dans le choix des stages qui vont former notre projet professionnel. Ce qui fait qu'il y a souvent une grande période de construction du projet professionnel en poste internat, qui se passe soit vers les remplacements libéraux, soit vers l'exercice salarié en hôpital. Tout l'enjeu de la construction du projet professionnel est là, et doit se faire dès le premier semestre d'internat. Pour le coup, les MSU qui accueillent les niveaux 1 de la phase socle ont un vrai enjeu à jouer sur la construction du projet professionnel de l'interne. C'est non seulement le lieu pour découvrir l'aspect bio médico-social de la médecine générale, qu'ils connaissent peu, puisque peu ont eu l'occasion de faire des stages en deuxième cycle, mais c'est aussi l'occasion de découvrir un environnement professionnel particulier à notre profession : le travail en coopération avec les autres professionnels de santé, l'aspect administratif de notre métier, mais surtout nos compétences entrepreneuriales et managériales, qui sont peu enseignées au sein des facultés. D'ailleurs cela devrait pouvoir être proposé au sein de nos facultés. Des enseignements peut-être transversaux avec d'autres spécialités à forte valence ambulatoire, les enseignements à la gestion d'une entreprise, à la gestion d'une secrétaire, à la gestion du travail en équipe. Vous le savez, l'exercice pluriprofessionnel est vraiment promu par la jeune génération, mais travailler avec les autres, ça s'apprend. Et cela s'apprend d'autant plus que nous n'avons pas les mêmes liens en ambulatoire avec les autres professionnels qu'à l'hôpital. Ça, on peut le découvrir dès le niveau 1 de la phase socle. Le poursuivre dans les stages mère-enfant, mais encore plus dans le SASPAS. N'oubliez pas, MSU, que vous n'êtes pas seulement des médecins qui transmettaient de l'information médicale : vous êtes plus que cela en général.

J'ai surtout développé les axes de travail qui ont en rapport avec le développement des stages ambulatoires et la construction du projet professionnel. Sur ce dernier, nous avons surtout mis en avant qu'il fallait que le projet professionnel puisse être accompagné dès le début de sa concrétisation dans la tête de l'interne, jusqu'à la réalisation et les quelques mois qui suivent l'installation. Et surtout ce projet professionnel doit être accompagné de manière personnalisée. Un des exemples qui marche très bien est La Passerelle à Nancy par exemple, qui fait presque du coaching personnalisé pour la concrétisation des projets professionnels, et cela dès l'internat jusqu'à quelques mois après l'installation.

En préambule, je vous avais dit que nous avons développé six axes de travail qui sont forcément imbriqués les uns dans les autres. Il n'y a pas une seule solution qui améliorera l'accès aux soins dans les territoires. Ce sont toutes ces solutions qui pourront développer l'exercice et donc améliorer l'accès aux soins par des médecins généralistes.

Parmi les autres axes de travail : développer l'exercice coordonné. Je pense que chacun de vous en êtes conscients. L'exemple des maisons de santé, des futures communautés professionnelles territoriales de santé qui, par exemple en région Centre, ont maillé complètement le territoire grâce au travail de l'URPS. Cela va pouvoir montrer et concrétiser cet exercice coordonné. Il doit bien sûr être aidé par l'accompagnement *via* la création de nouveaux postes que l'on appelle les coordinateurs en projet de santé, et par d'autres mesures qui vont petit à petit voir le jour.

Déployer la télémedecine : on ne peut pas aller contre la modernité. La télémedecine est un outil, mais pas une solution.

De même, soutenir les nouveaux modes d'exercice, développer le travail en exercice mixte pour les jeunes médecins. C'est important de pouvoir exercer en ambulatoire et pourquoi pas, faire des vacations dans des centres de PMI, des centres de planification, mais aussi dans des hôpitaux, tels des SSR.

Favoriser la délégation et la coopération interprofessionnelle. J'ai assisté à quelques ateliers sur ce thème hier et c'est un vrai sujet d'actualité.

Mais c'est aussi et surtout simplifier l'exercice libéral, simplifier les tâches administratives. Je pense que la CPAM a bien entendu le message et a un gros travail à faire.

Et surtout, libérer du temps médical. Ces fameux assistants médicaux qui vont être créés. 400 postes d'assistants médicaux vont être créés et vont être discutés à l'ouverture des négociations conventionnelles du mois de janvier. Pour l'instant, même au sein de la DGOS et du ministère, nous ne savons pas ce que c'est. Donc, si ce n'est pas maintenant vous qui créez ces fiches de poste, vous allez vous faire avoir par le ministère.

(applaudissements)

Une des conclusions du rapport est que les acteurs de terrain ont vraiment cette capacité d'innovation pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Et surtout, relever le défi de l'accès aux soins est une responsabilité collective : collective de la part des professionnels de santé, collective de la part de l'Etat et des ARS. Je serai un peu moins virulente vis-à-vis des ARS que ne l'a été Monsieur Vigier, puisqu'au fur et à mesure de les avoir rencontrées dans les territoires, je ne sais pas si vous ressentez ça pour ceux qui sont un peu des promoteurs ou des leaders de projets professionnels, il y a un changement qui se crée au sein des ARS dans le sens où elles ne sont plus là pour appliquer les directives nationales, mais pour accompagner les initiatives territoriales. Cela dépend des ARS, malheureusement : certaines ARS sont très soutenantes, d'autres sont encore trop figées sur l'application *stricto sensu* des directives ministérielles.

Responsabiliser a été un des maîtres mots cités par Vincent Renard à l'introduction de ce congrès. En effet, on parle de plus en plus de responsabiliser les patients dans leur prise en charge de leur santé. Je dirais maintenant qu'il est temps de responsabiliser les professionnels de santé dans la prise en charge de l'évolution de notre système de santé. Et avec 12 000MSU demain. Je pense que cela sera possible. Merci.

(applaudissements)

Olivier SAINT-LARY

Merci beaucoup. Après avoir entendu la voix de la déléguée de la santé auprès du ministère de la Solidarité et de la Santé nous dire de nous méfier du ministère de la Santé, peut-être que le conseiller auprès du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche va également nous dire de nous méfier du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. En tout cas, nous passons la parole avec un grand plaisir à Antoine Tesnière, qui va nous parler à la fois au nom du MESR, mais aussi au nom de la santé.

Antoine TESNIERE, Chargé de mission au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

Merci beaucoup. Monsieur le Président, Monsieur le vice-président, Madame la Présidente, Monsieur le Député, chers collègues, Mesdames et Messieurs, merci beaucoup de m'avoir sollicité pour intervenir dans cette session particulièrement intéressante où j'ai entendu beaucoup de choses tout à fait pertinentes et qui vont en lien avec la politique qui est menée en ce moment. Et d'autres choses que je vais probablement tempérer un petit peu, notamment la question sur les relations entre les structures ministérielles et les professionnels de santé.

Néanmoins, je voulais donner un peu de champ à cette question et commencer par vous dire que la question de l'accès aux soins, de la médecine générale, de la maîtrise de stage, est incluse dans une vision large, globale et transformante, portée par les deux ministères (le ministère de la Solidarité et de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et l'Innovation), à travers les éléments qui ont été annoncés par le Président de la République sur le plan « Ma santé 2022 ». Et depuis longtemps, on a essayé de donner une vision globale des évolutions souhaitables dans notre système de santé. Vous allez voir qu'un certain nombre de problématiques qui ont été évoquées aujourd'hui sur la place de l'accès aux soins, sur le renforcement de la formation des étudiants, sur l'accès aux stages ambulatoires, sur la capacité à donner une vision réelle de notre système de santé aux plus jeunes et à leur donner les moyens de se former à l'exercice de la médecine générale, sont impliquées dans l'ensemble des réflexions de ce plan qui contient cinq axes principaux. Je ne vais pas forcément tous les détailler, parce que l'on perdrait trop de temps sur une session qui est relativement courte et je vais être concis, mais je vais peut-être vous donner quelques exemples à travers les notions de formation qui sont un levier absolument majeur. Cela a été redit plusieurs fois dans cette session. L'évolution du système de santé, mais aussi l'accompagnement des transformations, sur la question de la territorialité, sont des éléments majeurs pour renforcer l'accès aux soins.

Sur ces cinq axes, plusieurs pilotes ont travaillé en consultation avec les acteurs de terrain. Peut-être en avez-vous rencontré certains auprès des ARS ou auprès de vos communautés de santé. Et à partir de ces cinq axes, les deux ministères ont cherché à donner une vision cohérente des évolutions souhaitables de notre système de santé. Un des axes était de sortir justement et cela a été dit, de l'hospitalo-centrisme, pour donner une vraie réalité encore plus importante que celle que vous connaissez, à la notion de soins primaires, et renforcer justement cet accès privilégié pour donner la possibilité à tous les patients sur l'ensemble du territoire d'accéder à des soins de qualité.

Je pense que la carte qui a été montrée ici est un bon témoin de l'implication exemplaire de la discipline de la médecine générale dans cette logique-là. C'est vraiment dans cette direction que le plan santé souhaite continuer à avancer en essayant d'actionner un certain nombre de leviers qui permettent justement de renforcer les initiatives mises en place dans l'implication des maîtres de stage. Je pense que c'est un élément important. Vous avez entendu beaucoup parler des évolutions de la formation. Au-delà des points visibles sur l'évolution de la première année, de la PACES, de la disparition

ou la transformation du *numerus clausus* ou de l'évolution du concours de l'ECN, c'est vraiment la capacité à comprendre le système de santé et ses enjeux que l'on souhaite donner aux plus jeunes étudiants, notamment à partir du deuxième cycle. Cela en leur donnant accès, de façon décroisée, à la réalité de l'exercice qu'ils vont avoir à prendre en charge lorsqu'ils seront médecins, et notamment l'accès aux stages ambulatoires, que ce soit en médecine générale, mais également dans les autres spécialités, sous toutes ses formes, en exercice libéral, en exercice partagé, dans les maisons de santé pluridisciplinaires, etc.

C'est un levier essentiel pour arriver à mieux faire connaître, mieux faire comprendre, justement, l'enjeu de mailler le territoire de ces relais à condition qu'il soit pensé de façon globale et pas uniquement en allant mettre des étudiants dans des terrains de stage en dehors de l'hôpital mais bien comme cela a été dit : d'avoir une vraie stratégie de formation des professionnels de santé qui vont les accueillir, d'intégrer dans cette stratégie de formation des éléments transversaux évidemment sur la pédagogie et sur les aspects thématiques de prise en charge, mais aussi sur la notion de suivi des étudiants, sur la notion d'évaluation partagée des étudiants et des terrains de stage et sur la notion de bien-être dans l'apprentissage, qui est un élément central de nos études et un point d'attention des deux ministères. C'est un point qui est vraiment transversal dans cette vision de la formation.

La question du projet professionnel va être renforcée également avec la disparition de l'examen classant national qui sera remplacé par une épreuve de connaissances, mais surtout une épreuve de compétences qui valide là aussi l'implication pédagogique très importante du CNGE et des enseignants de médecine générale dans cette approche de formation par compétence et par la notion de l'accompagnement dans la création d'un projet professionnel avec une logique associée de tutorat qui permet justement de guider les étudiants dans la détermination ou la projection dans un exercice qui sera sous différentes formes et plus uniquement lié avec la réalité des stages actuels qui sont encore trop hospitalo-centrée.

C'est vraiment un des éléments transversaux de la vision de la formation et qui répond, justement, à comment est-ce qu'on arrive à engager encore plus d'étudiants ? Comment est-ce qu'on rend attractifs ces éléments-là, en plus des éléments que l'on peut actionner sur la notion de carrière professionnelle, d'exercice coordonné, etc.

Je pense que, et je voudrais saluer ici l'implication qu'on voit à travers les données qui ont été présentées, à travers les réalités de terrain, l'évolution du nombre et de la qualité de suivi des maîtres de stage, saluer l'implication réelle et les efforts importants ont été faits, des médecins généralistes et des maîtres de stage justement pour accompagner ce mouvement depuis plusieurs années. On voit l'augmentation constante du nombre de maîtres de stage, et notamment l'augmentation importante des maîtres de stage pour les Saspas, qui est une augmentation encore plus importante que les années précédentes, qui témoigne de votre implication dans ces stratégies.

Je pense que la maîtrise de stage est l'un des éléments centraux qui a été développé, mais qu'elle peut se concevoir dans une vision plus globale de la formation des étudiants et de l'accompagnement des étudiants en 2ème et 3ème cycle, qui inclut évidemment cet élément de maîtrise de stage mais qui inclut de façon coordonnée une vision qui associe d'autres éléments, notamment la possibilité d'ouvrir les formations sur les aspects transversaux, et plus uniquement thématiques, autour de la pédagogie autour du suivi des étudiants, autour de la notion de bien-être, autour de la notion de tutorat et d'accompagnement personnalisé, d'ouvrir également et d'intégrer les acteurs de la formation que sont les universités dans cette logique-là, qui permet justement de coordonner avec les éléments d'évolution du troisième cycle, notamment, et de pouvoir imaginer qu'un jour, l'ensemble des étudiants de troisième cycle qui s'engagent dans la médecine générale pourrait par exemple avoir un accompagnement ou des formations spécifiques qui leur permettent, à partir du moment où ils ont terminé leur troisième cycle et qu'ils vont s'installer au sein de leur exercice, d'accueillir des étudiants de deuxième

cycle, voire de troisième cycle, assez rapidement dans des programmes de formation qui sont, là aussi, coordonnés dans une stratégie globale.

C'est bien cette évolution que le ministère souhaite renforcer. Il y a réellement une vision partagée sur l'importance de la maîtrise de stage et sur l'importance des éléments associés qui peuvent permettre justement d'avoir une vision globale de la formation, notamment des étudiants en 2e et en 3e cycle.

Une des questions importantes va être : quels vont être les leviers qui vont permettre de continuer à développer cette stratégie, et le ministère ne cherche pas forcément à avoir, mais bien à concerter ou à discuter avec les partenaires et les parties prenantes pour avoir les retours de terrain sur les leviers que nous pouvons actionner, quels sont les éléments qui peuvent faciliter l'accès à ces maîtrises de stage, quels sont les éléments qui sont bloquants et qu'il va falloir lever. Il y a eu un certain nombre d'échanges autour de cela. Je pense que c'est important d'arriver à les continuer dans cet objectif commun justement de développer cette stratégie.

Et puis évidemment, il y a beaucoup de questions auxquelles je n'aurai pas forcément toutes les réponses aujourd'hui sur notamment l'intégration dans la réforme du 3e cycle, la question d'une quatrième année. Je pense que comme pour les autres spécialités pour lesquelles, vous l'avez vu, certaines durées de DES ont évolué récemment, la question centrale est : quels objectifs, quelles conditions et quels accompagnements ? A partir de ce moment-là, la discussion peut être ouverte pour arriver à comprendre les enjeux d'arriver à continuer à renforcer la formation et ne pas se dire que l'on va allonger des études qui sont déjà longues juste pour les allonger. Je pense que c'est un élément central. Quand on pense qu'on est déjà à six ans de formation sur 1er et 2e cycles et qu'on va pour certains DES ou pour certaines spécialités continuer à allonger. C'est un point de vigilance important pour les tutelles ministérielles et qui se pense de façon coordonnée avec les évolutions dont j'ai parlé rapidement sur la question du 1er et 2e cycle qui sont, vous l'avez compris, en plein chantier à l'heure actuelle.

C'est bien avec cette vision globale sur l'ensemble des études, 1er, 2e et 3e cycles, qui a été rénové récemment, qu'on essaie de penser une stratégie qui permette de renforcer en lien avec les éléments donnés sur le plan santé, l'implication des étudiants, l'attractivité pour les plus jeunes, des métiers autour du soin primaire et de la médecine générale et justement d'arriver à proposer des solutions pertinentes à la question de l'accès aux soins, qui inclut évidemment cette notion de renforcement de l'attractivité de la médecine générale, mais aussi la notion d'exercice coordonné avec les communautés territoriales et de transfert de compétences ou de collaboration avec les autres professionnels de santé, notamment avec l'arrivée des infirmiers en pratique avancée, qui est également un des éléments récents.

Voilà les éléments que je voulais donner pour alimenter la discussion. Encore une fois, un très grand merci de votre invitation. Je suis ravi de pouvoir continuer à échanger sur ces sujets qui sont majeurs et qui sont inclus de façon claire et particulièrement transversale dans les éléments du plan santé du gouvernement actuel. Merci beaucoup.

Olivier SAINT-LARY

Merci beaucoup.

Le dernier intervenant, un autre des 9 500 points sur la carte : le président du Collège National des Généralistes Enseignants, Vincent Renard.

Vincent RENARD

Bonjour à toutes et à tous.

Après les intervenants précédents, j'aimerais bien faire une petite synthèse sur cette question qui était posée sur l'enjeu des 12 000 maîtres de stage dans les territoires demain.

Le constat qui a été fait avec la cartographie, c'est le nombre sans cesse croissant, puisque nous sommes à près de 10 000 - en fait, comme cela a été dit tout à l'heure, c'était 9 500, mais en début d'année - et, lors de cette rentrée, nous le saurons lors de l'enquête que l'on fera au 1er janvier prochain, mais nous devrions approcher les 10 000.

Ce qui est très important aussi, c'est de considérer qu'au-delà du nombre en valeur absolue, la part croissante de la profession impliquée dans l'enseignement et dans la recherche dans les territoires.

10 000 MSU, c'est aujourd'hui quasiment 20 % du corps professionnel. On postule que la proportion du corps professionnel impliquée dans l'enseignement et la recherche va impacter directement la qualité des soins. Nous avons déjà présenté lors des congrès précédents un certain nombre de publications qui attestent qu'être maître de stage améliore la qualité des soins sur un certain nombre d'indicateurs.

Ce nombre témoigne aussi de l'efficacité du recrutement, et c'est d'autant plus important que nous n'avons pas beaucoup de leviers aujourd'hui, vu le problème démographique qui alerte les élus, qui alerte les tutelles et qui nous alerte ; nous n'avons pas beaucoup de leviers pour lutter contre le problème démographique qui est effectivement le fruit d'un certain nombre - Monsieur Vigier, vous parliez d'errements passés - de politiques publiques relativement contradictoires et relativement à courte vue. Nous sommes aujourd'hui les héritiers de cela, les héritiers involontaires, et il nous appartient d'essayer de trouver des solutions en faisant quand même le droit d'inventaire sur ce qui s'est passé hier. Aujourd'hui le principal levier, on le sait, la littérature nord-américaine assez claire là-dessus, c'est la formation dans les territoires pour pouvoir s'installer dans les territoires, d'où la logique d'axer les efforts et la réflexion sur les maîtres de stage dans les territoires.

Si ce recrutement est efficace, puisque, effectivement, nous avons augmenté le nombre de maîtres de stage de manière extrêmement significative, avec quasiment plus de 50 % en 5 ans et plus de 100 % en 8 ans. Disons-le tout net : si aujourd'hui l'affaire est publique, accompagnée, soutenue - il me souvient d'un passé pas si lointain où nous étions relativement seuls et relativement peu accompagnés pour faire en sorte que cet essor dont on peut aujourd'hui se targuer, hier nous étions relativement seuls pour le susciter.

Cette augmentation s'est faite dans le contexte du départ, puisque nous sommes en période de départ d'un certain nombre de professionnels, on va dire tous les militants de l'origine, tous les maîtres de stage dont on a parlé dans les années de 97 à 2000 ; un certain nombre a cessé son activité, et le nombre brut a continué d'augmenter traduisant bien la vitalité du recrutement, avec une augmentation qui a dépassé nos prévisions et qui a beaucoup occupé les collègues des généralistes enseignants, les départements de médecine générale et mobilisant beaucoup les ressources universitaires pourtant pauvres de la discipline et dans un domaine absolument pas reconnu, absolument pas valorisé, parce que pour avoir ici un certain nombre de responsables de collège, un certain nombre de responsables de département de médecine générale : oui, nous savons très bien que nous y avons passé beaucoup de temps et que ces tâches sont relativement invisibles pour la valorisation universitaire et la carrière universitaire. Mais pour que ce recrutement soit efficace, le levier, à l'instar de l'installation pour les internes qui est la formation des internes dans les territoires, le levier pour le recrutement des maîtres de stage est bien la formation des maîtres de stage.

C'est ce que nous avons mis en place depuis 20 ans. C'est ce que nous avons développé progressivement en allant recruter des professionnels dans le champ professionnel, d'où l'importance que ce dispositif de formation relève du dispositif de formation professionnelle. Ce dossier a été priorisé à notre initiative depuis l'origine avec la création, la conception, la mise en œuvre des formations à la maîtrise de stage jusqu'à aux arrêtés d'avril 2017 où c'est à notre initiative que la formation a été mise comme critère d'agrément. On peut d'ailleurs se poser la question, comme je le mets sur la diapositive, de pourquoi finalement l'agrément obligatoire pour les maîtres de stages ambulatoires et pas

pour les services hospitaliers, puisqu'à ma connaissance, il n'y a pas de formation pédagogique ?

Cette priorisation de la formation des maîtres de stage a été - et notamment son inscription dans le dispositif de formation au départ, formation professionnelle conventionnelle aujourd'hui développement professionnel continu - a été très soutenue par les tutelles, et au cours des mandats précédents nous avons bénéficié du soutien des ministres de tutelle pour que ce dispositif soit inscrit au départ dans les thèmes du DPC, soit priorisé dans les thèmes du DPC, bénéficie d'un financement hors quota, et il nous appartient de bien veiller à ce que les tutelles soient conscientes que c'est ce dispositif qui a permis l'industrialisation du processus et le fait que nous ayons réussi à augmenter de manière si significative le nombre de maîtres de stage, appelant donc la sauvegarde du dispositif pour l'avenir.

Les universitaires de médecine générale qui sont universitaires qui, de ce point de vue-là représentent la médecine générale universitaire, revendiquent de pouvoir continuer à décliner ce qu'ils ont créé et mis en œuvre, perfectionné au fur et à mesure des années ou au service du recrutement des MSU et de la formation des étudiants. Ils l'ont suffisamment perfectionné pour qu'aujourd'hui - pour avoir connu, pour ma part, la formation des maîtres de stage dès l'origine - aujourd'hui, on ne peut plus dire raisonnablement, sauf à avoir été formé il y a très longtemps ou être d'une bonne foi assez relative, que les formations sont obscures absconses ou difficiles à suivre.

D'ailleurs, si ce n'était pas le cas, on se demanderait pourquoi elles ont tant de succès avec des indices de satisfaction extrêmement élevés chez les participants et des formations toujours plus remplies, puisque vous voyez ici les chiffres au cours des années de la formation à la maîtrise de stage dont le premier stage, qui est l'initiation à la maîtrise de stages pour les stages de 3e cycle, puisque je vous le rappelle, nous nous sommes beaucoup battus jusqu'à le faire inscrire dans les textes, qu'il y ait une formation préalable des professionnels qui étaient souvent loin de l'université, du fait universitaire ou même des contraintes universitaires, que quand on s'engage pour être maître de stage, on ne décide pas un jour et puis un mois après, on dit que finalement non, ou on commence et deux mois après, quand l'interne est en stage, on recule. Non, nous avons besoin de professionnels qui s'engagent.

La formation est le meilleur garant pour ce faire, traduisant l'engagement des professionnels pour la maîtrise de stage. Nous nous étions battus pour que cette formation pédagogique soit préalable à l'accueil d'un étudiant. Il n'y a pas de lieu en France où, de manière préalable à l'accueil d'un étudiant, on exige trois formations à la maîtrise de stage pour pouvoir accueillir un interne. Déjà le combat était d'avoir une formation pédagogique préalable de deux jours, ce qui paraît relativement léger, mais qui est le garant pour les internes d'un accueil dans de bonnes conditions et permettant une formation de qualité après avoir éprouvé la motivation et le respect des engagements universitaires des professionnels s'engageant dans la maîtrise de stage.

Alors pourquoi 12 000, puisqu'on peut se fixer des objectifs toujours plus grands ?

12 000, parce que cela correspond à un chiffre qui doit permettre aujourd'hui, compte tenu du contexte, le développement des stages ambulatoires tels qu'ils sont prévus dans la maquette réglementaire, avec de plus en plus de stages ambulatoires, pas forcément exclusifs, parce que notamment les stages peuvent être mixtes de ce point de vue-là, pour les stages « Santé de la femme et santé de l'enfant », avec des maquettes qui aujourd'hui sont permises par la réglementation entre des accueils en milieu ambulatoire comme en milieu hospitalier.

Poursuivre la formation avec un maillage territorial encore plus fin pour améliorer encore notre cartographie et qu'Olivier Saint-Lary puisse un peu encore mieux frimer lors du congrès prochain, et permettre le déploiement de la quatrième année professionnalisante du DES. Cette année professionnalisante, aujourd'hui en discussion, dont il conviendra de discuter les modes de supervision qui seront nécessairement un peu

différents de ce que l'on connaît, parce qu'aujourd'hui le constat est que dans le DES le plus court, dont il serait relativement paradoxal de nous reprocher la longueur des études alors que c'est nous qui mettons le plus rapidement les professionnels sur le marché, et que nous ne serions pas opposés, entre nous, au fait que les deux premiers cycles raccourcissent d'un an. Je vais le dire entre nous, à l'Enseignement supérieur, mais peut-être que certaines sciences fondamentales ne sont pas complètement indispensables à la formation de tous les praticiens. Apprendre par strates successives et par empilement successif des tonnes de connaissances pour mieux discriminer le classement des étudiants lors de la PACES ou lors des examens suivants n'est pas forcément indispensable pour aboutir à une professionnalisation sur le terrain. Mais si nous voulons professionnaliser les médecins, il faut des années professionnalisantes. C'est bien ce qui manque dans le DES, parce que dans un contexte nouveau qui est l'ambulatoire, dans un champ nouveau qui est celui de la médecine générale, et je ne rappellerai pas le carré de White à tous ceux qui le connaissent par cœur, l'exploration d'un nouveau champ avec des nouveaux patients, des nouvelles demandes, des nouvelles démarches, des nouveaux processus, des nouvelles thérapies demande du temps, et pour former à cela, chaque chose en son temps : il faut que les formations sont contextualisées, et avant d'apprendre à gérer le cabinet médical, il vaut mieux apprendre d'abord la médecine générale, pour, une fois qu'on est un peu plus à l'aise avec les patients, les demandes, des démarches, pouvoir à ce moment-là, professionnaliser.

Alors pourquoi 12 000 MSU ? Pour former les internes dans tous les lieux d'exercice partout sur le territoire : dans les maisons de santé et centres de santé qui se développent de plus en plus, mais sans s'exonérer des cabinets de groupe et des exercices isolés qui représentent encore une partie non négligeable du terrain professionnel, même si, très clairement, l'avenir est à la maison de santé et aux exercices regroupés, mais aussi dans ce que le HCAAM appelle les établissements sanitaires de proximité, puisqu'il manque un maillon dans le système de santé qui sont des petites structures permettant d'hospitaliser ou d'héberger les patients chroniques sans recourir à des plateaux techniques lourds : ce sont les hôpitaux locaux - aujourd'hui appelés hôpitaux, mais qui demain devraient s'appeler établissements sanitaires de proximité - sous la gouvernance du milieu ambulatoire, et notamment des CPTS et non plus la Fédération hospitalière de France, qui n'a pas à gouverner le milieu ambulatoire, et les enjeux sanitaires de proximité dont aujourd'hui d'ailleurs les médecins généralistes sont en charge.

Tout cela fait un ensemble qui légitime les 40 % d'internes que nous formons en médecine générale par rapport à l'ensemble des internes et cela légitime le nombre toujours plus grand des MSU pour atteindre ces 12 000 dans tous les lieux d'exercice dans tous les territoires.

12 000 MSU pour créer une identité professionnelle de généralistes, et nous en discuterons lors de la plénière cet après-midi ; si la discipline Médecine générale n'est pas encore assez choisie c'est qu'il existe un certain nombre de freins. Alors là encore, on va le dire entre nous, mais cela ne sera pas répété, les médecins généralistes et les universitaires de médecine générale ne verraient... parce que ce n'est pas leur domaine et ce n'est pas leur compétence, mais si les tutelles veulent établir des contraintes d'installation ou des cartographies sur les disciplines hyper-choisies et veulent faire preuve de plus grand dirigisme pour des raisons que nous pouvons bien comprendre et pour l'accès aux soins. Je ne sais pas, au hasard, pour les ophtalmos ou pour les dermatos, s'ils veulent ; mais pour une médecine, pour une discipline qui n'est pas assez choisie, rajouter la contrainte à la difficulté ne peut entraîner que l'effet de fuite. Nous avons besoin de motiver les jeunes et pas de les contraindre encore plus.

Pourquoi 12 000 MSU ? Pour assurer la formation des médecins généralistes dans toutes leurs fonctions. Cela vous rappelle quelque chose ? Toutes ces compétences-là sont donc celles exercées par les professionnels. Et pour former à ces compétences, oui : il y a besoin de MSU formés qui accueillent les étudiants dans les territoires où ils exercent ces compétences et toutes ces compétences, parce que la médecine générale, pour jouer son rôle, pour que les professionnels jouent leur rôle d'acteurs de soins premiers dans les

territoires et jouent leur rôle à la fois de prévention, de dépistage, d'éducation, de prendre en charge les situations de soins non programmées et de situations aiguës, les patients chroniques, les patients polypathologiques, l'écoute, le soutien, tout ce que font les professionnels, il y a besoin de toutes ces compétences, et je le dis clairement aujourd'hui : non, nous ne formerons pas des homéopathes. Non, nous ne formerons pas des professionnels qui s'occupent juste de la permanence des soins la plus rentable en occultant tout le champ des pathologies chroniques et ce qui est compliqué.

Pour ces 12 000 MSU, c'est cette formation dont ont besoin les étudiants, c'est cette formation dont ont besoin les territoires, ce sont ces médecins avec ces compétences dont la population a besoin, dont le pays a besoin et c'est ça l'enjeu des 12 000 MSU demain partout dans les territoires.

Merci à vous.

Olivier SAINT-LARY

Il nous reste un peu de temps pour quelques questions, si vous le souhaitez. Les micros vont pouvoir circuler dans la salle et nous allons pouvoir redistribuer la parole.

Est-ce qu'il y a des questions ? Il y en a plein.

Une Intervenante

Merci. Une petite remarque : tout d'abord, la médecine générale est une spécialité. J'ai entendu dans un discours que l'on opposait médecine spécialiste et médecine générale. Cela n'a plus aucun sens. La médecine générale est une spécialité et une magnifique spécialité.

Ensuite, je souhaiterais que l'on arrête d'accuser les femmes de travailler moins. Vous avez parlé de la féminisation de la profession comme étant un problème parce qu'il y avait moins de temps disponible pour soigner les gens. Ce n'est pas vrai. Ce sont les médecins en général qui ne veulent plus travailler autant ; les hommes aussi veulent faire du sport et aller chercher leurs enfants à l'école. C'était juste pour remettre cela au point. Merci.

Un intervenant

Bonjour.

Je vous remercie de bien vouloir me donner la parole. Je suis enseignant maître de conférences associé à Paris-Est Créteil. Il se trouve que je suis également le président du syndicat des enseignants de médecine générale.

J'ai écouté l'ensemble des interventions avec beaucoup d'intérêt. J'ai pu manifester ma désapprobation devant certains propos ou certaines postures très centrées sur les leçons qu'ils donneraient aux MSU.

J'aimerais interpellier quand même les représentants, Monsieur Tesnière en particulier, du ministère. J'ai bien noté effectivement tous les enjeux. Très bien.

Je me permets de faire remarquer au ministère que les maîtres de stage souffrent actuellement de beaucoup de difficultés en relation avec l'accès aux ressources bibliographiques, en relation avec la rémunération.

Il y a un feuillet qui dure depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, sur un statut de collaborateur occasionnel de service public. On n'arrête pas d'alerter sur les dangers et les choses qui n'ont pas été prises en compte. Pourtant, on continue de voir un errement sur des incertitudes qui restent et qui bloquent énormément les maîtres de stage et qui en dissuadent certains, et je suis le premier à le regretter, de s'engager dans la maîtrise de stage.

Demain, un entretien qui a été fait par Madame Frédérique Vidal, la ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'Innovation, dit qu'il faut que les

enseignants et les maîtres de stage donnent envie aux étudiants d'être médecin et de s'installer.

On ne peut qu'être d'accord avec cela, mais quand on interpelle la question d'après sur le fait qu'actuellement les moyens dévolus à la discipline sont quand même très nettement inférieurs aux autres disciplines médicales, on nous répond que ce n'est pas une question comptable. Si, un petit peu quand même. C'est-à-dire que vous ne pouvez pas vouloir d'un côté qu'on forme les étudiants, qu'on leur donne envie de s'installer dans les territoires, d'être des médecins généralistes et pas effectivement d'homéopathes et d'autres fonctions qui ont un intérêt plus discutable pour la population et les territoires, et dire dans un second temps : oui, mais quand même, je ne vais pas donner les moyens nécessaires.

Je pense qu'il faut faire preuve de cohérence. Je me permets très poliment d'interpeller le ministère sur cette ambivalence et sur la nécessité de dépasser cette ambivalence et de débloquer la situation sur beaucoup de sujets pour les maîtres de stage, justement pour qu'ils aient l'envie, le temps et la formation nécessaires pour former les futurs internes de médecine générale.

Un Intervenant

Merci beaucoup de votre intervention. Je suis, nous sommes tout à fait conscients de certaines de ces réalités et je pense que cela a été redit par plusieurs intervenants. Il y a un réel soutien des tutelles dans le développement de cette maîtrise de stage. Qu'elle soit hétérogène ou qu'il y ait encore des problèmes à régler, on est tous d'accord, et c'est ce que j'ai dit quand j'ai dit qu'il faut qu'on examine ensemble les leviers à actionner pour faciliter l'accès pour supprimer justement les éléments qui peuvent décourager certains, et cela peut aller à la fois de la question de l'accès à la bibliographie, d'un lien avec des équipes pédagogiques universitaires plus avancées, etc., et qui se pensent, là, à la fois au niveau national, mais aussi au niveau régional. Les universités sont des relais importants pour ces et pour ces questions-là, mais typiquement ce sont des points que l'on pourra discuter dans les réunions communes pour faire avancer le dossier.

En tout cas, il y a clairement la volonté de renforcer, de simplifier et d'accompagner ce modèle-là.

Rémy SONNANT

Rémy Sonnant, médecin généraliste en pays nantais.

On a vu sur la carte qui nous est proposée qu'effectivement il y a un maillage très homogène de nos maîtres de stage sur l'ensemble du territoire et que, naturellement, ces maîtres de stage exercent leur profession et leur formation en milieu défavorisé, en milieu difficile. Cela veut dire que ces maîtres de stage reçoivent des internes, donc des futurs médecins, dans ces territoires qui en ont beaucoup besoin.

D'aucuns s'interrogent sur la nécessité d'une quatrième année, que personnellement je revendique depuis à peu près dix ans maintenant. Et donc on s'aperçoit bien que cette quatrième année est indispensable à la fois en termes de formation, puisque c'est cette quatrième année, qui permettra d'approfondir l'ensemble des connaissances sur une discipline que beaucoup de nos confrères PU-PH considèrent comme la spécialité la plus difficile.

Cette quatrième année en termes de formation est donc absolument indispensable. Je me réjouis de voir que l'ISNAR accepte cette proposition, alors qu'elle la refusait il y a encore deux ans.

Cela étant, les choses évoluent et c'est normal, en ce qui concerne les territoires, il y aura un impact très important de cette quatrième année, puisqu'elle permettra une augmentation de l'offre de soins. On sait très bien que cette quatrième année ne peut être faite qu'en milieu ambulatoire, dans des cabinets de médecine générale. Cela veut dire

que nos internes qui auront fait une année dans ces territoires auront naturellement une idée plus précise pour s'installer dans ses propres territoires.

Il est évident aussi que cette 4e année et la formation des maîtres de stage qui va avec ne pourra se faire qu'avec des intervenants pédagogiques que sont les enseignants des départements de médecine générale. C'est obligatoire. Cela ne peut pas être autrement. Il se trouve que le taux, le ratio moyen des enseignants est à peu près d'un sur 65 étudiants pour ce qui concerne la médecine générale. Est-ce que le ministère considère que ce taux et ce ratio sont suffisants ? Auquel cas, il me paraît important et urgent de réduire de façon drastique les PU-PH des autres disciplines puisqu'ils ne sont pas dans ce statut-là. Soit le ministère considère que ce ratio n'est pas suffisant, et alors, j'interroge justement le ministère et son représentant, puisque nous avons appris hier dans la bouche des responsables du CNGE, que le ministère envisageait de faire le simple remplacement des départs en retraite des maîtres de conférences associés et professeurs associés, ce qui veut dire le remplacement uniquement de 9 postes. Pensez-vous que ce soit suffisant ?

Un Intervenant

Pour répondre à vos deux points. Premier point sur la question de la durée des études. La question est ouverte. Il n'y a pas de position dogmatique. Encore une fois certaines spécialités ont fait des propositions, ont fait des demandes justifiées et appuyées, et, à la lumière de certains arguments, de réunions de concertation et d'éléments sur la typologie d'un allongement de la durée des DES, certaines décisions ont été prises pour l'allongement et d'autres pour ne pas allonger.

Je pense que c'est une discussion qu'il faut avoir entre les ministères et les représentants enseignants et étudiants, évidemment, pour arriver à bien comprendre quels sont les objectifs, quels sont les enjeux et quelles sont les propositions, et, à partir de là, prendre une décision commune sur cette question.

Encore une fois, je pense qu'il faut intégrer là aussi la vision globale des études, puisque le 1er et le 2e cycle sont en pleine évolution, et que dans notamment le 2e cycle, une des propositions est d'intégrer une année très professionnalisante qui ne se substituera évidemment pas à l'idée que vous proposez d'une année professionnalisante en fin de 3e cycle. En tout cas cette notion de professionnalisation est déjà incluse dans les réflexions autour de l'évolution du 2e cycle. C'est donc une question ouverte à discuter avec les représentants de la médecine générale.

Sur la question de l'encadrement enseignant, je pense avoir répondu à votre collègue tout à l'heure, il y a une réelle volonté de soutenir le développement de l'accompagnement. C'est pour cela que j'ai donné cette vision globale pour laquelle la maîtrise de stage est un élément central, mais pas le seul. Un des enjeux est d'arriver à trouver des solutions pour renforcer notamment les chefs de clinique en médecine générale et renforcer de façon globale la structure enseignante de la médecine générale.

Au-delà de la question de la médecine générale, l'enjeu notamment sur la question du modèle de la maîtrise de stage, est d'arriver à ouvrir ce modèle-là aussi pour les autres spécialités et que cela serve d'exemple, parce que le décroisement des stages, notamment pour le 2e cycle, vers des modèles ambulatoires, va s'accompagner aussi de l'intégration d'enseignants qui pourraient être sur ces modèles de maîtrise de stage. C'est donc vraiment un élément sur lequel nous sommes très attentifs, à la fois sur les modèles d'encadrement, sur la formation qui est associée - je l'ai dit tout à l'heure dans mon propos - et évidemment sur la quantité d'enseignants qui sont nécessaires pour accompagner ces étudiants.

Docteur Rachid AMIRI

Bonjour. Je me présente, je suis docteur AMIRI Rachid. Je suis médecin généraliste marocain et en même temps, membre de l'association MG Maroc.

Je tiens tout d'abord à vous remercier pour la qualité de ce topo et pour la magnifique salle.

Quand je dis que le médecin généraliste marocain combat sur trois plans : premièrement, on essaie que la médecine générale soit une spécialité en soi. Déjà maintenant, nous ne sommes pas considérés comme médecins spécialistes. Déjà, dans la population, quand on pose la question « vous êtes médecin ? », je dis oui. « En quelle spécialité ? » Quand tu dis que tu es médecin généraliste, c'est : « ah bon, médecin généraliste ». Cela veut déjà dire que nous ne sommes pas médecins. C'est cela dans la population générale.

Le deuxième combat, c'est d'essayer de faire un plaidoyer auprès des décideurs pour que les médecins généralistes soient des maîtres de stage et nos cabinets soient des lieux pour former et encadrer des étudiants qui veulent être des médecins généralistes.

Le troisième combat est de convaincre les médecins généralistes de recevoir et de faire cette formation. Nous avons un certain nombre de médecins généralistes. Nous avons déjà fait quelques ateliers de formation en partenariat avec la CNGE, que je remercie beaucoup, énormément. Ils nous ont donné beaucoup de choses.

Je voulais dire une chose, c'est qu'avant de faire cette formation, je recevais des étudiants ou des médecins dans mon cabinet, mais ces étudiants et ces médecins viennent chez moi au cabinet en attendant de passer les cliniques ou de soutenir. Maintenant, après cette formation, j'ai au moins une dizaine de demandes de médecins qui veulent passer le stage dans mon cabinet parce qu'ils savent qu'ils vont recevoir beaucoup de choses intéressantes.

Je dirais que nous menons un combat, nous vous donnons la main pour nous aider à gagner ces trois combats, surtout auprès des décideurs, pour que les médecins spécialistes en médecine générale soient des maîtres de stage universitaires. Je vous remercie beaucoup.

Olivier SAINT-LARY

Nous allons peut-être juste laisser aussi l'ISNAR répondre sur l'interpellation sur la quatrième année et proposer une dernière question parce qu'après on va avoir vraiment trop dépassé l'heure qui nous était impartie. Je donne la parole à Lucie Garcin.

Lucie GARCIN

Merci.

Je voulais juste revenir, et je vous remercie de saluer notre position, sur la 4e année.

Je voulais la préciser pour être sûre qu'elle ait bien été entendue. La position des internes, effectivement, c'est d'être en faveur de cette quatrième année, mais sous des conditions qui sont absolument nécessaires selon les internes pour garantir la qualité de notre formation, c'est-à-dire l'augmentation du ratio d'enseignants de médecine générale que vous évoquez, qui est largement insuffisant, et l'augmentation du nombre de MSU, qui, avec les efforts récents qu'on salue encore une fois, n'est toujours pas pour les internes suffisant pour assurer cette quatrième année. Ce sont des conditions nécessaires pour la qualité de l'enseignement qui sera procuré lors de cette quatrième année pour les internes avant sa mise en place.

Dernière chose sur la maquette, sur cette quatrième année professionnalisante : je voulais aussi saluer cette volonté qu'on a tous qu'elle se passe au plus proche du futur exercice de l'interne, dans son milieu de futur exercice. C'est un souhait des internes de médecine générale de pouvoir se rapprocher à leur projet professionnel, quels qu'ils soient, et de pouvoir réaliser cette année au plus près de leur projet professionnel, qu'il soit mixte ambulatoire ou hospitalier.

Olivier SAINT-LARY

Je ne vois pas de main se lever. Je vous remercie infiniment à tous pour votre présence. On vous dit bon congrès, on sera là pour discuter si jamais il y a d'autres questions. Merci beaucoup à tous.

INDEX

Nous vous indiquons que nous n'avons pu nous assurer de l'exactitude des éléments suivants :

Rachid AMIRI	22	Sonnant	20
---------------------	----	---------	----