

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Jeudi 22 novembre 2018, de 14h00 à 15h40

Modérateur :

Xavier LAINE – CNGE Collège Académique

Intervenants :

Vincent Renard - Président de CNGE Collège Académique

Clara Bonnavion – Présidente de l'ANEMF

Patrice Diot - Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS)

Pierre Guillet – Premier Vice-Président de l'ISNAR-IMG

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

Plénière Politique : Maîtrise de stage ambulatoire et identité professionnelle

2

INDEX

25

Plénière Politique : Maîtrise de stage ambulatoire et identité professionnelle

Xavier LAINÉ

Bonjour à tous. Merci d'être présents, même en nombre, certes très dispersés dans cet amphithéâtre qui est immense, cet auditorium immense. Cette plénière, intitulée : « Maîtrise de stage ambulatoire et identité professionnelle », fait suite à la plénière que nous avons eue ce matin. Elle est intitulée : « Plénière politique » au sens premier du terme. C'est bien parce qu'il est question de la vie de la cité, de l'organisation de la société et, en l'occurrence – nous l'avons déjà abordé ce matin –, son système de santé.

Vous le savez, la médecine générale a eu beaucoup de difficultés en France à ce que l'ensemble des acteurs et des décideurs reconnaisse ses missions et l'importance de son apport pour les patients comme pour les professionnels. La vision en creux du métier qui a longtemps prévalu, ce que ne faisait pas l'hôpital, ni les autres spécialistes, ni les autres professionnels, a été un terrible facteur de non-attractivité dès que le numerus clausus et les exigences d'un cursus universitaire ne permettaient plus de fournir mécaniquement le renouvellement des effectifs.

La construction de l'identité professionnelle est difficile dans ce contexte. Depuis 1997 – comme nous l'avons rappelé ce matin –, le début du stage ambulatoire troisième cycle en médecine générale, les universitaires de médecine générale ont axé beaucoup de leurs efforts sur la maîtrise de stage, car ils étaient, vous étiez persuadés que cela constituait un levier prioritaire pour construire chez les étudiants une identité professionnelle de généraliste. Il s'est en fait agi pendant longtemps du seul levier.

Nous avons vu ce matin combien le développement de la maîtrise de stage se poursuit dans les territoires, mais aujourd'hui, les difficultés restent importantes, car les signaux envoyés aux étudiants sont très contradictoires. La maîtrise de stage reste un élément majeur pour construire cette identité. Les acteurs d'aujourd'hui peuvent retrouver et peuvent se retrouver autour de ce levier.

C'est pourquoi, cet après-midi, nous avons sollicité différents acteurs pour qu'ils nous disent comment, au prix de quelles évolutions et de quelles mesures selon eux la maîtrise de stage pourrait être encore mieux demain ce levier d'attractivité et de construction de l'identité professionnelle des futurs médecins généralistes.

Pour cela, nous aurons en premier lieu l'intervention de Pierre GUILLET qui est premier Vice-président de l'ISNAR-IMG, suivi de Madame Clara BONNAVION, Présidente de l'ANEMF, le doyen de Tours, Professeur Patrice DIOT, représentant aussi cet après-midi la Conférence des doyens, suivi d'une intervention du Professeur Antoine TESNIERE qui est conseiller santé de la DGESIP au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, puis notre Président, Professeur Vincent RENARD, fera une synthèse de toutes ces interventions. Merci. Je donne la parole à Pierre GUILLET. *(Applaudissements.)*

Pierre GUILLET

Bonjour à tous. Je suis Pierre GUILLET, le premier Vice-président de l'ISNAR-IMG, l'intersyndicale représentative des internes de médecine générale. Je suis également interne ici même.

Depuis 2003, la médecine générale est enfin reconnue comme une spécialité médicale à part entière. Comme chaque spécialité, elle dispose de ses propres spécificités qui caractérisent son caractère unique et la différencient des autres spécialités, notamment le champ de compétences propres à la médecine générale, la diversité des modalités d'exercice ou l'hétérogénéité des situations rencontrées. L'ensemble de ces éléments spécifiques permet de dégager une reconnaissance propre des médecins généralistes et de définir leur identité professionnelle.

Lorsque l'on parle identité professionnelle et maîtrise de stage, deux populations différentes concernées par le sujet se dégagent à notre sens. Il y a d'un côté les maîtres de stage des universités qui peuvent développer leur identité professionnelle à travers cette formation et en lien avec leurs étudiants et, d'un autre côté, les étudiants eux-mêmes qui vont pouvoir construire et développer leur propre identité professionnelle au contact de la profession.

Pour construire l'identité professionnelle du jeune professionnel de santé qui est le futur généraliste, il est évident que le rôle du MSU, de son maître de stage des universités, sera primordial pour mettre en valeur notre profession. C'est auprès d'eux, auprès de ces MSU que les futurs généralistes découvrent leur profession, approchent la multiplicité des pratiques possibles et construisent petit à petit leur projet d'exercice de la médecine générale. La diversité et la qualité des stages proposés à l'interne lui permettent de se forger sa propre expérience de généraliste et, à terme, de l'orienter lui-même vers la maîtrise de stage afin d'aider ses jeunes confrères à découvrir notre belle spécialité.

Au cours de sa formation, l'interne de médecine générale se construit comme un spécialiste des soins de premiers recours. Il intègre progressivement les dimensions qui font de son métier ce qu'il est : le diagnostic, le dépistage, la prévention, le suivi, la coordination et j'en passe. Cependant, les soins d'urgence, les soins non programmés sont également au cœur de son apprentissage quotidien. En cela, il se crée une identité professionnelle de médecin de premier recours, de médecin de soins primaires.

Le rôle du maître de stage est ainsi d'accompagner cet interne qui est en voie d'apprentissage de son métier. C'est avec des terrains de stage variés que l'interne pourra alimenter ses projets professionnels. La diversité des terrains de stage a donc un rôle important, mais la multiplicité des profils des MSU également.

Découlant de cette découverte des pratiques de la médecine générale, les étudiants vont ensuite s'installer dans les territoires qu'ils ont pu découvrir, mais certaines évolutions restent encore à obtenir. La permanence des soins ambulatoires reste pour le moment peu accessible aux étudiants. La régulation médicale, les maisons médicales de garde, les structures spécifiques d'accueil des soins non programmés en ambulatoire pourraient être des cadres formateurs intéressants et enrichissants pour les futurs généralistes.

Toujours dans l'idée de cette professionnalisation, une réorganisation de notre formation autour d'une maquette en quatre ans nous paraît intéressante si et seulement si certaines conditions nécessaires sont bien sûr remplies. On l'a rappelé tout à l'heure. Telle qu'imaginée par les internes de médecine générale, cette nouvelle maquette permettrait de construire le projet professionnel de l'étudiant autour de la pratique de la médecine générale qu'ils souhaitent. Le nombre actuel de MSU n'étant pas encore suffisant pour permettre sa mise en place dans les conditions requises pour une formation de qualité, la poursuite de l'augmentation significative du nombre de MSU est un enjeu majeur. Il en va de même pour les enseignants de médecine générale, bien sûr.

Comme énoncé précédemment, les MSU vont également bénéficier de leur maîtrise de stage pour construire et surtout développer leur identité professionnelle. En recevant des

étudiants et en formant de jeunes confrères, ils pourront participer à l'essor et au rayonnement de leur discipline. De plus, la maîtrise de stage permet aussi un apport personnel et un gain de compétences nouvelles pour le MSU. Ces nouvelles compétences peuvent l'amener à modifier ses pratiques de médecin généraliste.

En effet, la formation, l'enseignement, la pédagogie sont des compétences particulièrement enrichissantes qui sont transmises au MSU lors de la formation à la maîtrise de stage. Il est également important de noter que l'encadrement d'étudiant et la réalisation avec lui de débriefings réguliers permettent, en plus de former l'étudiant, de sans cesse questionner l'enseignant, le formateur. Il pourra ainsi se remettre en question, bénéficier d'un regard neuf sur sa pratique, mettre à jour ses compétences et ses connaissances. Grâce à ces échanges, le MSU bénéficie d'un regard nouveau sur la médecine générale et d'une remise en question de ses acquis. Il va pouvoir faire évoluer son regard sur sa profession et questionner son identité professionnelle.

S'investir dans la formation de ses jeunes confrères démontre aussi une volonté de transmettre ses savoirs, son expérience et ses compétences, mais aussi transmettre son métier de façon plus globale. En ce sens, devenir MSU voudrait dire se sentir appartenir à celui-ci, à ce métier et contribuer à son rayonnement. Les MSU seraient donc les plateformes de relais et de rayonnement de l'identité professionnelle du médecin généraliste.

En revanche, une valence importante est cependant actuellement peu développée avec la maîtrise de stage et nous le regrettons. C'est la valence universitaire. Cela a déjà été rappelé à plusieurs reprises lors de ce congrès. La recherche en soins primaires est une part pourtant nécessaire à la pratique de la médecine générale. Il nous semble important de valoriser la filière universitaire de la médecine générale à travers cette maîtrise de stage et de la promouvoir pour permettre l'ouverture des portes de l'université et de la recherche à la médecine générale.

C'est pourquoi il nous semble important que la formation à la maîtrise de stage puisse se faire à l'université par les enseignants de médecine générale qui disposent d'une expertise à ce sujet. Le développement de ces aspects universitaires en médecine générale fait partie des développements futurs à entreprendre pour renforcer l'identité professionnelle de notre spécialité.

Ainsi, il serait intéressant de continuer à débattre longuement des pistes d'amélioration de la maîtrise de stage pour toujours plus d'efficacité. Il convient de la développer pour former plus de MSU tout en conservant un contenu de qualité pour assurer aux internes une formation toujours plus pertinente, ce contact du MSU et du jeune professionnel en formation étant le liant premier du futur généraliste à son identité professionnelle. Il paraît également raisonnable de rapprocher cette maîtrise de stage de l'université pour poursuivre l'universitarisation de notre formation et de notre discipline. Je vous remercie de votre attention. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Je vais maintenant passer la parole à Madame Clara BONNAVION, Présidente de l'ANEMF. Merci de l'accueillir. (*Applaudissements.*)

Clara BONNAVION

Bonjour à tous. Merci d'accueillir l'ANEMF, les jeunes à ce congrès. J'ai moins bien préparé mon discours. J'imaginais moins ça comme une tribune, mais je vais essayer d'être à la hauteur de ce qu'a fait Pierre. Je pense effectivement que la maîtrise de stage est quelque chose qui permet à la médecine générale de s'affirmer comme une spécialité à part entière, parce que cela permet de transmettre son métier aux jeunes et de montrer effectivement que c'est une spécialité au final comme une autre et que l'on peut faire un stage dans cette spécialité, comme je peux faire un stage dans d'autres spécialités.

C'est aussi quelque chose qui permet d'affirmer sa place à l'université, dans la recherche. Comme vient de le dire Pierre, il va falloir appuyer cet aspect-là pour développer la recherche des maîtres de stage universitaires et développer aussi la place des enseignements de médecine générale dans notre formation, notamment au deuxième cycle, qui sont très peu présents.

Je vais vous demander de faire une petite gymnastique intellectuelle, parce que je vais me placer dans l'esprit des étudiants qui sont en second cycle, qui sont donc externes, et plus internes. Pouvoir faire un stage actuellement... Vous le savez, j' imagine. Les étudiants en second cycle doivent faire un stage de trois mois sur leurs trois ans d'externat en médecine générale libérale, ce qui n'est à notre sens pas assez. Pour autant, cela permet de diminuer les fantasmes qui existent sur la médecine générale et que l'on peut véhiculer à l'UFR.

Qui n'a pas entendu – et je pense que c'est le lieu en étant à Tours pour le dire – dans sa formation : « Si vous ne travaillez pas vos collègues, vous allez finir médecin généraliste dans la Creuse » ? Tout cela est un esprit qui existe à l'UFR, parce que l'on est centralisé au niveau du CHU, parce que l'on n'a la plupart de nos stages qu'en CHU. On a donc une vision de la médecine générale qui n'est pas complète, parce que nous n'avons pas assez de cours, parce que nous n'avons pas assez de stages. Ces stages permettent donc de démocratiser et de rendre accessible la découverte de cette spécialité aux étudiants.

Cela permet aussi d'un autre côté aux maîtres de stage de transmettre leur métier, de se mettre à jour, parce qu'au final, l'échange entre l'étudiant et le maître de stage va permettre d'échanger, de se dire : « Je n'avais pas vu cette recommandation. Toi qui as le nez dans tes collègues, tu avais vu cette recommandation », de se mettre à jour mutuellement, de pouvoir échanger peut-être sur les nouvelles pratiques qui ressortent chaque année au niveau de la médecine générale et d'être au final bénéfique autant pour l'étudiant que pour le maître de stage universitaire.

Cela permet aussi à l'étudiant de mûrir son projet professionnel, parce que dès le second cycle, il faut que les étudiants réfléchissent à : « Qu'est-ce que je veux faire plus tard ? » Actuellement, on est dans un paradigme : « Je verrai ce que je ferai. Je verrai mon classement aux ECN. Si je suis bien classé, j'aurai le choix. Si je suis mal classé, j'aurai moins le choix, mais je verrai en fonction de mon classement. » C'est terrible pour beaucoup de spécialités, parce qu'au final, les étudiants ne prennent pas le temps de construire leur projet et ne prennent pas le temps de connaître les différentes spécialités qui s'offrent à eux. Il faut donc permettre aux étudiants de découvrir les différentes spécialités, dont la médecine générale, et c'est ce que permet la maîtrise de stage universitaire.

Cependant, cela ne doit pas être « une corvée » pour les étudiants. Actuellement, parfois, l'accompagnement des étudiants qui vont aller en stage de médecine libérale n'est pas assez complet, parce que cela demande des transports, parce que cela demande du logement, parce que cela demande des dépenses en essence tout simplement. Ces accompagnements-là doivent être développés par les collectivités territoriales, parce que c'est un avantage pour ces collectivités territoriales d'accueillir des étudiants sur le territoire, car une fois que ces étudiants-là auront découvert l'exercice libéral, une fois qu'ils auront découvert le territoire, ils pourront éventuellement imaginer rester dans ces

territoires-là et s'installer. Il faut donc que les étudiants soient aussi accompagnés dans ces stages-là pour leur permettre au final de les faire dans de bonnes conditions.

Je pense aussi que vous avez été très investis, les maîtres de stage universitaires, sur cet aspect-là, parce que faire un stage dans de bonnes conditions, ce n'est pas que faire son stage dans le cabinet et être bien encadré. C'est déjà très bien d'être bien encadré par son maître de stage universitaire, mais c'est aussi découvrir les alentours, découvrir toute la communauté qui existe dans les territoires que l'étudiant découvre. Il y a dans certaines régions des choses qui sont organisées et qui permettent aux étudiants de s'approprier le territoire, de s'imaginer en tant que professionnels dans ces territoires-là.

Il y a des exemples que l'on a. Ce sont des ARS et des départements de médecine générale qui organisent des repas tout simplement avec les internes, avec les externes qui sont dans ces stages de médecine générale pour un peu se sociabiliser, découvrir les alentours et s'imaginer au final à cet endroit-là : « Moi, je suis en train d'exercer ici. Je suis médecin généraliste. Je m'imaginer et je me projette dans ma pratique future. » Ce sera tout pour moi. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Merci beaucoup. Je vais maintenant donner la parole au Professeur Patrice DIOT, doyen de la faculté de Tours, mais qui est aussi là aujourd'hui en tant que représentant de la Conférence des doyens. Merci de l'accueillir. (*Applaudissements.*)

Patrice DIOT

Merci. Bonjour à toutes et à tous. Merci de m'avoir invité à cette plénière. En effet, je représente la Conférence des doyens, mais je vais parler en mon nom propre, en tant que doyen de la faculté de médecine de cette région, puis aussi un peu quand même en tant que Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, parce que cela influence le point de vue que j'ai sur cette question « Maîtrise de stage ambulatoire et identité professionnelle » que j'ai choisi d'aborder de façon assez large par deux volets. Un premier volet est l'enjeu des réformes des études de médecine en cours. Puis, un deuxième volet sera précisément la place de l'ambulatoire dans ces formations médicales.

Je commence donc par l'enjeu des réformes des études de médecine en cours que je vais aborder en trois points. Le premier point, c'est l'objectif fondamental de ces réformes. Le deuxième point, c'est le diagnostic, à la fois de la formation et du produit fini qui est les médecins que l'on envoie dans les territoires, puis ensuite les leviers que l'on peut envisager.

L'objectif fondamental, c'est le plus simple. J' imagine que j'enfonce des portes ouvertes. L'objectif, notre objectif à tous est de former des médecins de plus en plus compétents pour assumer leur charge dans les territoires où ils vont aller exercer, sachant que ces territoires risquent de changer au cours de leur vie professionnelle.

Une fois qu'on a dit cela, faisons un diagnostic, partageons un diagnostic sur la situation à propos des études telles qu'elles sont et à propos du produit fini. À propos des études, les études de médecine sont aujourd'hui dans un carcan entre – ce qu'il faut appeler par son nom quand même, même si on a de fausses pudeurs de temps en temps – deux concours, le concours de la PACES et les ECN. Je sais bien que ce n'est pas vraiment un concours, mais les étudiants le vivent comme ça. Les réformes en cours vont faire disparaître ce carcan et cela va être un progrès considérable.

À cette occasion, il faut évidemment revisiter nos curriculums. J'ai dit que je m'exprimais en tant que doyen de la faculté de médecine de Tours. Je vais donc prendre volontairement des exemples dans ma faculté, parce que comme je vais faire des critiques, ce seront des autocritiques. Ce ne seront pas des critiques à l'égard des autres, mais à mon avis, d'autres pourraient se reconnaître dans les autocritiques que je vais faire.

Je pense par exemple – je ne vais prendre que quelques exemples – que le programme des sciences fondamentales en premier cycle et en particulier en PACES va beaucoup trop loin. Je pense que le programme de certaines disciplines en deuxième cycle... Et là, je vais être encore plus modeste. Je vais prendre la mienne. Je suis professeur de pneumologie. En deuxième cycle, cela va beaucoup trop loin aussi. Les référentiels sont énormes. En pneumologie, j'ai proposé au collège des enseignants de pneumologie que l'on se donne pour objectif d'être la première spécialité qui divise par deux la taille du référentiel, parce que l'on ne peut pas continuer comme ça. (*Applaudissements.*)

L'autre chose – et là, je me répète pour ceux qui étaient là hier et Clara l'a dit aussi déjà – est qu'il faut sortir d'une formation qui est trop hospitalo-centrée, trop CHU centrée et qui intègre insuffisamment, du fait qu'elle est trop hospitalo-centrée, les enseignants de médecine générale, en particulier en deuxième cycle. Cela conduit – Clara l'a très bien dit – à un défaut et un déficit d'image de cette spécialité. Cela conduit à ce que l'on reproduise des stéréotypes sociaux.

La formation médicale est quand même une caricature de reproduction de stéréotypes sociaux avec – la première chose que je vais dire n'est pas mauvaise en soi – le constat qu'il y a 65 % de jeunes femmes parmi les futurs médecins. Ce qui est un peu plus troublant est que ces Bac S mention très bien et mention bien sont issus de catégories socioprofessionnelles favorisées. C'est comme ça. C'est un diagnostic partagé dans toute la France. En tout cas, ici, chez nous, c'est particulièrement net. Par là-dessus, en plus, il y

a des problèmes de qualité de vie et de santé de nos étudiants en médecine. C'était pour la formation dans ce qu'elle était. Parlons à l'imparfait, puisqu'il faut être optimiste.

À propos du produit fini maintenant, on a aujourd'hui – je l'ai déjà dit hier – 226 000 médecins en activité, 57 % de libéraux et 46 % qui ont un exercice libéral exclusif, mais ce qui est très frappant est que, parmi les nouveaux installés, quand on prend les chiffres de l'Ordre des médecins, on est à 63 % de salariés, c'est-à-dire que notre modèle de formation détourne les futurs médecins, parce qu'il est très hospitalo-centré, d'un exercice libéral, alors que nous avons besoin aussi évidemment de cet exercice.

Il y a la part des médecins généralistes – que j'évoquais hier –, qui sont aujourd'hui 102 000 sur ces 226 000, mais avec une minorité qui exerce la médecine générale à temps plein, ce qui est un vrai sujet.

Puis, je sais que cela a été abordé ce matin par quelqu'un d'autre dont je connais le discours. Je ne vais donc pas le reprendre, mais il y a la part devenue prépondérante des femmes parmi les médecins. Globalement, ce sont 46 % de femmes parmi les médecins. C'est le président de l'ONDPS qui parle. Quand on regarde plus en détail, ce sont 52 % parmi les moins de 60 ans et 63 % parmi les nouveaux salariés. On sent aussi quand même ce mouvement vers un type de médecine très particulier qui ne répond pas forcément à tous les enjeux de besoins de santé dans les territoires.

Les leviers, qu'est-ce que c'est ? C'est d'abord une convergence pédagogique et une synchronisation des réformes. C'est vrai que, quand on a appris, alors que l'on n'a pas tout à fait fini de déployer la réforme du troisième cycle, que certains n'ont pas commencé à s'intéresser de près à la réforme du deuxième cycle... Je suis content, parce qu'ici, on a anticipé et on a commencé. Lorsqu'on a appris qu'il allait falloir faire pour 2020 la réforme du premier cycle, on était un peu écrasé, mais quand on prend un peu de recul, on se dit que, finalement, c'est quand même une opportunité extraordinaire, parce que l'on ne peut pas réformer l'une sans l'autre. Il faut tout réformer en même temps. J'ai compris cela finalement en réfléchissant et j'ai fini par aborder avec enthousiasme ces grands enjeux qui sont devant nous.

Qu'est-ce que cela va permettre ? Cela va permettre de diversifier les modalités d'entrée dans les études de médecine. Je pense aux garçons en particulier qui sont souvent moins mûrs que les filles quand même au sortir du Bac, mais qui peuvent construire un projet professionnel qui corresponde à leurs qualités et à leurs compétences. Il faut qu'ils puissent intégrer les études de médecine par des passerelles entrantes après avoir fait un autre parcours.

Il faut que l'on diversifie le profil socioculturel des futurs médecins. C'est un enjeu majeur. Il faut aussi professionnaliser plus précocement les études. Je vous l'ai dit, il faut refondre, toiletter les programmes, sortir du gavage et faire des vrais référentiels de deuxième cycle, puis ouvrir la formation à l'ambulatoire.

J'aborde le deuxième point. Il ne sera pas très long. Rassurez-vous. C'est la place de l'ambulatoire dans la formation. Où est-ce qu'il faut la positionner ? Dans les trois cycles. C'est sûr. Il faut la positionner dès le premier cycle avec des stages de découverte. C'est très important, mais il faut aussi la développer dans le second cycle.

Vous évoquiez, Clara, le stage obligatoire de six à huit semaines temps plein ou de huit à seize semaines temps partiel. Je vous ai dit que j'allais faire mon autocritique. Ici, à Tours, on a l'impression avec le DUMG d'avoir fait le maximum. J'ai déjà dit hier toute l'admiration que j'ai pour nos départements universitaires de médecine générale. Au demeurant, regardons-nous en face. On est à deux tiers de nos étudiants – ce qui n'est pas mal d'un certain point de vue – qui font le stage de six semaines, mais on en a un tiers qui ne fait que trois semaines. Vous avez donc raison. On ne va pas assez loin. On bute aussi sur des ressources humaines pour faire tout cela.

Il faut le développer en troisième cycle. La réforme va enfin permettre de généraliser le SASPAS. À Tours – encore une fois, autocritique –, malgré toute l'énergie de notre

département universitaire de médecine générale, on n'arrivait pas à 100 %. On était à 80 %. Enfin, on sera à 100 %. Il va falloir y arriver aussi. Ce n'est pas si simple.

Puis – et là, c'est un point de divergence que j'ai avec vous, Clara –, la maîtrise de stage universitaire, la formation ambulatoire ne doit rien avoir de spécifique à la médecine générale, si ce n'est qu'en médecine générale, l'exercice est purement ambulatoire, mais l'exercice est ambulatoire dans d'autres disciplines. Il faut que la spécialité de médecine générale fasse profiter les autres spécialités de son expérience dans la maîtrise de stage universitaire et dans l'organisation de stages ambulatoires.

Comment faire ? Projeter la formation dans les territoires. Il faut sortir la formation des facultés de médecine. Il faut la sortir des hôpitaux universitaires. Il faut créer une porosité entre les subdivisions. Je reprends l'exemple de chez moi. Quand on habite dans le sud de l'Indre, on est plus proche de Limoges ou de Poitiers que de Tours et il arrive que des jeunes aillent faire leurs études à Limoges ou à Poitiers. Très bien. Il n'y a pas de problème. La seule chose, c'est qu'ils ne peuvent pas revenir faire leur internat aujourd'hui dans notre subdivision.

En accord avec mon ARS et en plein accord aussi avec les doyens voisins, Limoges et Poitiers d'un côté, Clermont-Ferrand de l'autre, on a dit : « On est prêt à ouvrir, à créer une porosité et à accueillir dans notre subdivision des internes qui viendraient de ces autres facultés sur des terrains que nous aurons agréés. » Si on travaille en bonne intelligence, à mon avis, cela peut résoudre beaucoup de problèmes.

Il faut aussi multiplier les maîtrises de stage universitaires. En région Centre-Val-de-Loire, nous avons à peu près 350 maîtres de stage universitaires, je crois, ou un peu plus, ce qui est beaucoup quand même. Il y a 2 000 médecins généralistes à peu près en exercice dans la région, qui ont au moins une part d'activité libérale. C'est donc beaucoup. Je crois qu'il doit y avoir 9 500 maîtres de stage universitaires sur la France. J'ai vu dans le programme qu'il y a une session qui porte sur « 12 000 ? » Il faut effectivement que l'on en ait davantage, de plus en plus.

Comment faire ? Je vous propose quelque chose. Je pense qu'il faut s'appuyer sur une dynamique territoriale qui soit portée par les chefs de clinique universitaires de médecine générale. En région Centre-Val-de-Loire, mon objectif, que l'on est tout près d'atteindre, est d'en avoir un par département. Je pense que c'est un objectif qu'il faudrait se donner au niveau national.

J'ai repris les chiffres grâce à l'aide de Clarisse DIBAO, qui est maître de conférences au DUMG, ce week-end. Il y a près de 200 médecins généralistes en position de post-internat aujourd'hui en France, c'est-à-dire plus que de départements. Pourquoi est-ce que l'on n'aurait pas tous ensemble l'engagement d'installer un chef de clinique universitaire de médecine générale dans chaque département ?

Il s'appuierait sur une commission des maîtres de stage universitaires qu'il faudrait installer dans toutes les facultés de médecine de France. C'était dans Initiatives territoires que l'on a porté avec Patrick BOUET, le Président du CNOM. Ici, à Tours, on l'a mise en place, la maîtrise de stage universitaire. Elle est bien sûr naturellement sous la responsabilité d'un enseignant de médecine générale, puisqu'on profite de l'expérience, mais elle va au-delà et elle permet comme ça de mailler le territoire, d'abord en médecine générale, mais aussi dans d'autres disciplines, j'espère.

Ces commissions de MSU sont à mon avis un enjeu majeur, placées sous la responsabilité d'un médecin généraliste dans l'université, un médecin généraliste universitaire dans l'université et – et ça, c'est un point de divergence que je peux avoir avec votre spécialité et je l'ai déjà testé hier autour d'une table ronde – en élargissant le champ des possibles pour les interventions des généralistes, que ce soit dans leur part soins ou dans leur part universitaire.

Qu'est-ce que je veux dire par là ? Je veux dire par là que vous avez lu sans doute le projet « Ma santé 2022 ». C'est une plénière politique. Je me réfère donc à des arguments

politiques. J'avais lu, de mon côté, avant, le rapport du Haut comité de l'assurance-maladie qui a été rédigé en grande partie par Anne-Marie BROCAS, la présidente du HCAAM. Elle parle d'hôpitaux communautaires.

Qu'est-ce qu'un hôpital communautaire ? Ce n'est pas un endroit où, comme je l'ai entendu hier, on va multiplier des lits. Ce n'est pas ça. Dans mon esprit, un hôpital communautaire, c'est un endroit dans lequel on va pouvoir, dans un cadre un peu différent de celui d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un cabinet de médecine générale, d'une CPTS, etc., organiser une prise en charge ambulatoire avec – j'espère – des médecins généralistes qui exerceront la fonction de médecine de premier recours ambulatoire, mais dans un cadre un peu différent de celui que vous avez dans vos représentations.

Je pense qu'il n'y a pas de fausse pudeur à avoir. Il ne faut pas opposer le monde hospitalier et le monde libéral. Il ne faut pas opposer la médecine générale aux autres spécialités. Je milite – et il y aura sûrement des discussions – pour que la médecine générale – avec Vincent, nous en avons parlé 25 fois et il connaît mon point de vue – s'ouvre à cette réflexion-là, parce que c'est votre compétence. On ne va pas déléguer à des internistes le suivi des patients ambulatoires qui vont aller dans des hôpitaux communautaires. Sinon, votre plénière sur le dépistage des PSA chez l'homme de plus de 50 ans, ce n'est pas la peine de continuer à la faire. Elle ne servira à rien. C'est donc quand même à mon avis un élément très important.

Cela ferait aussi du médecin généraliste la pierre angulaire de la coordination ville-hôpital, dont on parle tout le temps, mais que personne n'assume vraiment. Je pense que c'est essentiel.

Il faut mutualiser les formations à la maîtrise de stage universitaire en interdisciplinaire dans l'université. Attention à être des universitaires avant tout. Nous ne sommes pas là au service de lobbies. On est là en tant qu'universitaires.

Il faut aussi – je pense – avoir une approche pragmatique des conditions d'universitarisation des maisons de santé pluridisciplinaires. Je disais hier que je trouvais que le CNU de médecine générale était trop exigeant. Je trouve aussi que l'arrêté du 18 octobre 2017 fixant les conditions d'universitarisation va trop loin. On demande un enseignant titulaire de médecine générale et un CCU ou un ancien CCU. À mon avis, on se prive des ressources, d'endroits où il y a une dynamique universitaire vraie, mais où il n'y a pas un CCU plus un universitaire de médecine générale.

Je pense qu'il faut aussi revisiter ce qu'est la confraternité. Je le dis, parce que je voudrais ici citer le nom de Delphine RUBE qui est chef de clinique universitaire de médecine générale dans le Cher et qui a créé un *confraternity day*. Je crois que c'est le samedi. Elle réunit les médecins généralistes qui veulent bien venir. Ils ont des réflexions universitaires ensemble. Elle fait avancer les choses et je pense que c'est cela aussi qu'il faut faire, revisiter ces choses-là.

Puis, j'avais prévu d'évoquer la recherche, mais je ne vais pas le faire, parce que je l'ai déjà fait hier et je serais trop long. Voilà ce que je voulais vous dire un peu sur des idées dont je suis conscient qu'elles vont faire débat. Merci de votre attention. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Comme nous l'a proposé Monsieur le Doyen, nous allons poursuivre le débat peut-être. Je vais inviter à s'exprimer Professeur Antoine TESNIERE, qui est conseiller santé de la DGESIP au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Merci de l'accueillir. (*Applaudissements.*)

Antoine TESNIERE

Merci beaucoup. Bonjour à tous et à ceux que je n'ai pas vus ce matin. Il y a pas mal de points de convergence à travers les différentes interventions et à travers les éléments qui ont été avancés ce matin autour de la question de la maîtrise de stage. Je pense que les évolutions actuelles vont permettre de renforcer et d'affiner la construction de l'identité professionnelle qui doit être pensée évidemment comme une structure dédiée à la médecine générale, mais insérée dans un cadre plus large, notamment enseignants et universitaires, en lien avec toutes les autres structures pédagogiques que l'on peut trouver dans les autres spécialités et dans les initiatives universitaires.

Patrice DIOT en a parlé et j'en ai parlé également ce matin. La refonte des cursus, l'intégration de la médecine générale dans la réforme du troisième cycle en tant que spécialité à part entière – cela a été évoqué également ce matin –, je pense que ce sont des éléments qui vont permettre de renforcer la visibilité de cette spécialité, de renforcer son caractère central dans la notion d'accès aux soins et de premier recours pour les patients et les citoyens et d'affirmer, en lien avec toute la montée en charge autour des maîtrises de stage et des initiatives associées d'enseignement, que ce soit les chefs de clinique, que ce soit les professeurs associés, les enseignants de DMG et autres, l'engagement d'une spécialité tout entière dans l'accompagnement pédagogique et dans l'enseignement des plus jeunes dès le second cycle et évidemment pour le troisième cycle.

En lien avec cela, il y a évidemment un lien fort avec la recherche et il y a un enjeu important à arriver à renforcer à la fois la formation, l'accompagnement et l'animation de réseaux de recherche en médecine générale qui sont – je pense – un des éléments complémentaires de la construction de cette identité professionnelle qui doit assurer, au-delà de la reconnaissance d'une spécialité, la notion de reconnaissance professionnelle, de valorisation de l'activité, d'épanouissement professionnel et permettre un exercice à la fois stimulant, mais aussi ancré dans l'échange universitaire.

Tous ces éléments d'évolution des cursus, même si, effectivement, ils sont faits dans un temps restreint et avec des changements qui sont relativement profonds, vont renforcer cette évolution qui – je pense – est beaucoup ancrée, notamment dans la réforme du troisième cycle qui a commencé l'année dernière et qui est en train d'être mise en place.

La possibilité pour les étudiants, notamment dès le deuxième cycle, de se projeter dans des situations pour découvrir le mode d'exercice, la réalité de terrain des métiers auxquels ils peuvent candidater dans la suite de leur exercice professionnel et de leurs études est absolument essentielle pour arriver à ce qu'ils puissent comprendre, apprécier et reconnaître l'attractivité de la médecine générale.

Un des enjeux est effectivement d'arriver à renforcer l'implication des étudiants et des enseignants autour de ces stages en médecine générale, qu'ils ne soient pas juste des stages découverte, mais qu'ils soient vraiment des stages à part entière où on peut montrer, comme dans des structures hospitalières, qu'il y a un réel service rendu, qu'il y a un réel accompagnement, qu'il y a un réel lien avec les patients, qu'il y a un réel encadrement pédagogique et un suivi, qu'il y a des travaux de recherche et que l'exercice est intéressant, qu'il est stimulant et qu'il est acceptable quand on va se projeter en se disant : « Qu'est-ce que je pourrais faire plus tard ? » quand je suis étudiant en deuxième cycle avant d'entrer en troisième cycle.

C'est un élément central qu'il faut accompagner et qui ne concerne pas uniquement la médecine générale, mais – comme je l'ai dit ce matin – l'ensemble des activités ambulatoires pour sortir de l'hospitalo-centrisme dont on a beaucoup parlé également.

Un des enjeux est d'arriver à le faire de façon équilibrée et ne pas avoir un balancier qui part dans le sens inverse, puis d'arriver à intégrer vraiment l'évolution actuelle du système de santé, notamment autour des parcours de soins, notamment autour de la coordination des informations, de l'utilisation des outils partagés, notamment numériques, dans une vision d'activité globale qui intègre les acteurs de soins premiers, les acteurs d'autres structures de soins et les acteurs hospitaliers.

Je pense que c'est avec cet élément-là que l'on arrivera à recentrer vraiment l'identité professionnelle intégrée avec la notion d'universitarisation qui intègre l'enseignement et la recherche. Je pense que c'est un élément extrêmement important.

En parallèle de ces évolutions et de l'intégration de stages ambulatoires, de stages en médecine générale renforcés, un des éléments – et cela a été évoqué par le doyen Patrice DIOT – est de repenser les maquettes pour y intégrer des choses qui sont, pour certaines, plus actuelles pour éventuellement faire évoluer certains programmes qui sont trop complets et surtout pour arriver à intégrer la notion qu'aujourd'hui et encore plus demain, l'enjeu ne sera pas d'apprendre des connaissances pures, parce qu'on va pouvoir les retrouver partout sur les outils numériques, mais d'apprendre à apprendre.

Un des enjeux est d'arriver à donner à nos étudiants justement la capacité, notamment dans l'exercice de médecine générale, à comprendre quels vont être les éléments importants, au-delà des aspects purement thématiques, pour apprendre toute leur vie, à la fois les évolutions de la médecine, mais aussi les évolutions des organisations, les évolutions des structurations de leur exercice qui vont être des éléments absolument essentiels.

Ces éléments-là nous permettent d'envisager l'intégration dans le deuxième cycle, dans le troisième cycle et l'accompagnement par une vision globale centrée pour l'instant sur les MSU, mais qui va nécessairement s'élargir avec d'autres stratégies enseignants et recherche, de l'identité professionnelle de la médecine générale, encore une fois, qui doit être pensée en articulation forte avec l'ensemble des autres spécialités.

Voilà les éléments que je pouvais avancer en complément de ce qui a été discuté déjà ce matin et je serai ravi de répondre à vos questions dans la suite des dernières interventions. Merci. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Maintenant, je vais inviter notre président, Professeur Vincent RENARD, que je vous demande d'accueillir aussi. (*Applaudissements.*)

Vincent RENARD

Re-bonjour à toutes et à tous. Cette plénière table ronde est un peu le complément de la grande plénière de ce matin où nous avons discuté sur la diffusion, le recrutement, la formation, la présence de maîtres de stage des universités de médecine générale sur l'ensemble des territoires.

La réflexion sur l'identité professionnelle procède des mêmes objectifs, qu'a rappelés Patrice DIOT en introduction et que nous partageons tous, qui sont effectivement de former des médecins sur tous les territoires et qui soient pour nous médecins généralistes plus spécifiquement avec le message de s'occuper et de prendre soin des patients partout sur le territoire. Cela pose effectivement la question à laquelle nous avons été confrontés, nous, enseignants de médecine générale depuis longtemps, la problématique de l'identité professionnelle des étudiants et de leur construction vis-à-vis de la médecine générale.

Parce que nous faisons face à un historique, dont nous sommes obligés de tenir compte tout en faisant, une fois de plus, comme ce matin, le droit d'inventaire, mais qui s'impose à nous. C'est qu'historiquement, jusqu'à finalement une période extrêmement récente... On a l'impression aujourd'hui – et je le rappellerai – que les choses sont installées, mais finalement, cette histoire est extrêmement neuve.

C'est une histoire d'absence de formations spécifiques, d'absence de standards universitaires, d'absence jusque dans le Code de la santé publique – je rappelle que c'est avec la loi HPST en 2009, il y a moins de dix ans, que le médecin généraliste est apparu dans le Code de la santé publique duquel il était historiquement absent – et donc d'absence de missions reconnues jusqu'en 2009 et de la définition de son existence qui ne posait pas tant de problèmes pendant les temps de pléthore médicale où, mécaniquement, il y avait toujours du monde, mais qui s'est posée évidemment beaucoup plus depuis dix ans, cette existence qui était en creux de ce que ne faisaient pas les autres, en creux de l'hôpital, en creux des autres spécialistes, avec le risque, en plus, d'un démembrement du premier recours, puisque dans une logique un peu de marché, un certain nombre de disciplines et de spécialités s'accaparaient ou revendiquaient le premier recours dans des niches plus ou moins élargies, depuis la logique de la pédiatrie jusqu'à la logique beaucoup moins évidente de la gynécologie médicale.

Sur cette identité professionnelle, depuis dix ans, il y a eu un changement de discours et un changement d'affichage, mais la question que l'on se pose est : pour construire cette identité professionnelle, est-ce que, réellement, nous avons changé de paradigme au-delà des effets de manche et des effets d'affichage ? Est-ce que l'on a changé de paradigme dans la formation initiale ? Est-ce que l'on a changé de paradigme dans le système de santé, avec pourtant des éléments structurels du changement depuis dix ans ?

Évidemment, on est assez bien placé pour en parler. Le grand élément structurel de changement, c'est la filière universitaire de médecine générale, mais là encore, c'est cette petite reprise d'une frise que nous avons déjà beaucoup utilisée pour nous souvenir que, finalement, même si ce n'est pas évident pour les internes actuels, c'est issu d'une histoire extrêmement récente.

La spécialité, c'est en 2002. Le DES avec la réforme de l'internat, c'est en 2004, mais il ne faut pas oublier qu'entre 2004 et 2007-2008, il ne s'est rien passé du tout et que cela a motivé – je le rappelle, pour les historiques – la grève des enseignants de médecine générale fin 2006, parce qu'alors qu'il y avait le DES, alors qu'il y avait la spécialité, rien n'apparaissait : pas de filières, pas de clinicat, pas de perspectives pour la discipline. C'est bien pour montrer les résistances qui existaient, et ça, c'était il y a dix ans.

Puis, la filière, suite à de multiples négociations, rapports de force qu'a dû quelque part imposer la discipline pour arriver à la loi de 2008, la nomination des premiers titulaires en 2009 et l'instauration de la filière... Je rappelle qu'en 2009, avant qu'ils soient nommés, il y a moins de dix ans, il n'y avait aucun titulaire de médecine générale dans les facultés françaises. Même si le corps des doyens a beaucoup changé depuis, à l'époque – ce n'était pas il y a trente ans –, il y avait une forte opposition d'un nombre certain à ce que

cela puisse exister, parce que quelque part, à l'époque – et cela a à voir directement avec ce problème d'identité –, les universitaires de médecine générale, les titulaires universitaires, c'était dévoyer l'université, dévoyer l'excellence universitaire. C'était le discours que l'on entendait.

Vous imaginez bien que les consciences, que les mentalités changent doucement avec le temps et que ce caractère prégnant... Même si on a clairement changé d'époque, on est en situation d'héritage de cela. La sous-section de médecine générale s'est installée en 2016, c'est-à-dire il y a deux ans. Nous sommes donc le fruit d'une histoire extrêmement récente et la construction de cette identité doit tenir compte de cela et se heurte à un certain nombre d'obstacles dans les mentalités et dans les consciences. Je parlais de la formation et je parlais du système de santé. On ne peut pas créer rapidement une identité professionnelle, alors qu'elle a été daignée aussi longtemps.

L'actuel Président de l'ANEMF, comme son prédécesseur, rapportait des propos que l'on entend dans les services des CHU. Ils ne procèdent pas de nulle part. Quand vous avez un réflexe identitaire chez les étudiants qui se vivent comme formés à l'hôpital, dépendants de l'hôpital et que la hiérarchie hospitalière, que l'identité hospitalière vous attribue pour la médecine générale quelque part une situation d'échec, il en reste quelque chose. Il faut être très motivé quand on est étudiant actuellement en deuxième cycle pour, dès le deuxième cycle, construire un projet, une identité de médecin généraliste.

La maîtrise de stage là-dedans pour construire une identité professionnelle – cela a été dit et je ne vais donc pas répéter tout ce qui a été dit par l'ISNAR, par l'ANEMF, par Patrice DIOT, par Antoine TESNIERE –, cela marche plutôt pas mal. Plutôt que d'axer les choses, paradoxalement, vu le thème de cette plénière, sur le fait de renforcer l'identité professionnelle avec la maîtrise de stage qui marche déjà bien, il faudrait veiller à lever les freins qui handicapent le fait que la maîtrise de stage permette la construction de l'identité professionnelle. Ces freins pour l'identité professionnelle existent dans la formation initiale.

On l'a dit pour le deuxième cycle. C'est vrai que nous attendons beaucoup de la réforme du deuxième cycle et de la réforme du premier cycle qui conditionne la réforme du deuxième cycle, parce qu'actuellement, qu'est-ce qu'il se passe ? Il se passe ce qui est exposé là. On dit toujours en pédagogie que l'évaluation guide le curriculum, mais je dirais que c'est un miracle dans ces conditions qu'il y ait des étudiants qui veulent faire médecine générale. Cela tient du miracle.

Quelque part, on les voit arriver. On est impressionné qu'ils veulent faire médecine générale après s'être ingurgité le programme des ECN qui a quand même aujourd'hui – ce que l'on disait depuis longtemps et dont on voit avec plaisir que c'est un peu reconnu – un côté un peu délabrant, c'est-à-dire que l'on est dans une accumulation de savoirs pour le jour J et tout le monde se moque complètement de ce qui se passe à J+1. On ne parle pas de ce qui se passe six mois après ou douze mois après.

C'est un peu comme la PACES. Quand je veux expliquer cela, je dis aux étudiants qui arrivent, aux internes : « Vous qui étiez à la fin, pour le concours de la PACES, les champions du monde du cycle de Krebs, racontez-moi la vie de la pyruvate kinase. » C'est vrai que, là, on voit – on parlait des sciences fondamentales tout à l'heure – qu'il n'en reste rien et que, par ailleurs, si cela a donné un vernis scientifique, un vernis de sciences fondamentales, dans la construction de l'identité de médecin au sens large, on ne peut pas dire que cela ait forcément largement contribué.

Qu'il y ait des bases fondamentales, c'est évident. Que ce soit une accumulation de savoirs, qu'ils soient au début fondamentaux comme, dans un deuxième temps, cliniques, on voit très bien aujourd'hui les limites de ce système, alors qu'un médecin indifférencié... Cela ne m'étonne pas que Patrice DIOT soit à la pointe en voulant faire de la pneumologie la spécialité qui réfléchit le plus à : qu'est-ce qui est utile pour un médecin indifférencié demain ? L'enjeu n'est pas de faire dans le deuxième cycle les programmes de DES différentes spécialités, ce qui est quand même la tendance majoritaire et la tendance rémanente et ce qui aboutit évidemment, sans notion de la prévalence des maladies, sans

notion des problèmes de santé, sans notion de quels sont les problèmes de santé dans l'environnement de la société, à ne pas orienter les étudiants vers la médecine générale.

Je ne reviendrai pas sur les discours assimilant les futurs de médecine générale à un échec, parce que c'est ce que l'on entend avant le concours. Puis, quand on a le résultat du concours : « Si tu es bien classé, tu ne vas quand même pas faire médecine générale. » Je rejoins complètement ce qu'a dit la Présidente de l'ANEMF. On formate les étudiants à réfléchir à ce qu'ils vont faire en fonction uniquement de leur place aux ECN, c'est-à-dire foin de la volonté, de la motivation.

On avait fait une enquête sur les bien classés qui ont choisi médecine générale, c'est-à-dire les bien classés qui ont le choix. La moitié d'entre eux décrit des pressions sur les échelles de Likert complètement à droite, c'est-à-dire fortes à très fortes, pour surtout les dissuader de faire ça, plus de la moitié de ceux qui veulent choisir médecine générale en ayant le choix. C'est pour vous dire la pression et cela ne vient pas que des services hospitaliers. Cela vient de l'entourage. Cela vient des parents, dans le grand public. L'excellence, c'est d'aller faire cardiologue ou c'est d'aller faire pneumologue, au hasard, mais ce n'est pas de faire médecine générale, parce que l'identité de la formation en médecine a été construite comme cela.

On est là sur les problématiques de deuxième cycle, mais pas seulement. On sait bien qu'il y a des difficultés dans le DES. Je regrette beaucoup l'occasion manquée de la réforme avec le DES qui reste le plus court à trois ans. On aurait très bien pu imaginer d'emblée quatre ans avec une phase transitoire. Les circonstances ne l'ont pas voulu, mais cela donne un signal extrêmement clair.

Je rappelle que, dans le monde universitaire, la durée de formation est attachée à l'excellence. Le DES de médecine générale, aujourd'hui, est toujours stigmatisé, alors qu'au plan pédagogique, c'est une hérésie, puisque justement, le champ est extrêmement large. Les compétences à construire sont assez différentes de celles du deuxième cycle. Le temps de formation est donc nécessairement important.

Donc, DES toujours stigmatisé, pas d'année professionnalisante, des effectifs d'enseignants encore insuffisants et, pour les internes, des possibilités de clinicat ou de post-clinicat très nettement inférieures à celles des autres disciplines. Là encore, ils sont courageux de choisir médecine générale, parce que clairement, le dispositif de formation initiale, au-delà de la maîtrise de stage, ne les y incite vraiment pas du tout.

Ce n'est pas que la formation. C'est le système de santé. Il y a quand même une discordance actuelle entre le fonctionnement du système de santé et la qualité de la formation et de ce à quoi on forme les internes aujourd'hui. On ne les forme pas à un métier que l'on a imaginé, que l'on a rêvé et qui n'existe pas. On les forme à un métier qui existe. Il y a une définition européenne. C'est relativement transversal par rapport à un certain nombre de pays. Pourtant, le système de santé français procure un certain nombre de difficultés pour exercer ces mêmes compétences.

J'ai cité ici quelques exemples : les prescriptions réservées sur les problèmes les plus prévalents. Par exemple, pour les médecins généralistes, l'acné, c'est prévalant. Les médecins généralistes n'ont pas le droit de prescrire de la trétinoïne. Non, ils n'ont pas le droit, parce que probablement, ils ne doivent pas être bons. On a échappé de justesse au fait que les médecins généralistes ne puissent pas prescrire les pilules de troisième génération, parce qu'il y avait un problème de santé publique. Il se trouve que ce n'était pas eux qui les prescrivaient, mais quand même, il y avait le projet qu'ils ne puissent pas les prescrire. On voit donc bien à travers ces exemples qu'il y a un vrai problème de reconnaissance au niveau du système de santé.

Puis, quand il y a des réformes, il y a des propositions qui peuvent être légitimes, mais on a l'impression qu'il y a un naturel de l'hospitalo-centrisme qu'on a du mal à contrecarrer. Je prends l'exemple des assistants ville hôpital. On comprend l'idée. On va mettre les internes un peu en ville, un peu à l'hôpital. Des fois, ils ont du mal à s'exonérer de l'hôpital.

Il y a un modèle qui marche très bien. Ce sont les assistants universitaires de médecine générale. Ils sont moitié à la faculté, moitié en ambulatoire. Toutes les ARS qui l'ont mis en place se félicitent de cela. Quand on veut essayer d'ancrer les gens en ambulatoire, le système arrive à réfléchir au fait qu'il faut les faire rémunérer par l'hôpital et attacher à l'hôpital. À votre avis, qu'est-ce qui va se passer demain ? Ils vont finir à l'hôpital. On n'ancre pas les gens dans l'ambulatoire en les accrochant à l'hôpital.

On entend bien le discours de la complémentarité de l'interface ville hôpital, mais on ne peut faire une interface que quand on est à un endroit. Si on est à l'hôpital, on ne pourra pas faire une interface ville hôpital. Quand on est en ambulatoire, on peut faire une interface ville hôpital.

Il y a cet exemple où – pire – il y a la confusion des métiers. Comme il y a un peu de panique parce qu'il n'y a plus assez de médecins généralistes, on veut transformer les autres professionnels en médecins généralistes, même si cela n'a rien à voir. C'est comme si, demain, on disait : « Il n'y a plus assez de charcutiers. Donc, les boulangers, vous allez découper la viande. » Il y a un moment où ce n'est pas le même métier.

Les pharmaciens sont des professionnels de la délivrance des médicaments, de la thérapeutique, mais ils ne sont pas des cliniciens. Pour vouloir faire faire des diagnostics dans des pharmacies, il ne faut jamais être entré dans une pharmacie pour avoir cette idée-là. Cela me rappelle cet élu de Bourgogne qui voulait réquisitionner des vétérinaires parce qu'il n'y avait plus assez de médecins généralistes.

On peut aller très loin dans ce genre de réflexion. (*Applaudissements.*) Mais ce n'est pas comme ça que l'on construit une identité de médecin généraliste. Ce n'est pas en entretenant la confusion sur les métiers et en mélangeant, sous l'effet d'une panique plus ou moins confusionnante, la définition des métiers et la manière dont cela doit s'organiser. Il y a donc là des freins dans la formation et des freins dans le système de santé.

Puis, il y a d'autres choses qui nous parlent. Quand on est confronté à une expertise, au système judiciaire, la parole du médecin généraliste n'a aucune valeur. Il faut toujours qu'elle soit avalisée, confirmée ou infirmée par un spécialiste d'organes. Demain, quand le monde de la justice aura changé, quand le monde des expertises aura changé, quand le monde des commissions d'expertise aura changé, peut-être que l'identité du médecin généraliste sera plus facile. Les internes, quand ils voient ça, sont confrontés à un déni de leur existence de spécialistes médicaux.

Je ne parle pas des agences, des recommandations complètement inadaptées aux soins premiers, voire des agences institutionnelles qui considèrent que, quand il y a des experts, il n'y a pas de généraliste ou alors il y a un généraliste auquel on fait appel parmi 35 personnes pour des recommandations qui s'adressent uniquement aux médecins généralistes et on lui demande de signer en bas, qu'il soit d'accord avec ce qui a été rédigé par les spécialistes d'organes qui savent ce qu'il faut faire en médecine générale. Tant que l'on sera dans cette logique-là dans le système de santé et dans les agences, il y aura un problème avec l'identité professionnelle. Moi, je compte sur les doyens, je compte sur les tutelles pour, à un moment, nous appuyer pour sortir de ce système qui a des freins majeurs pour la construction de l'identité de médecin généraliste.

Qu'est-ce qu'il reste pour construire une identité ? Heureusement, nous avons un métier formidable. C'est pour cela qu'il y a un certain nombre de jeunes qui s'y destinent, parce que c'est un métier formidable et que, malgré tout cela, c'est un métier qui reste fondamental, extrêmement utile, passionnant, dont les patients mesurent souvent l'importance et nous envoient des signaux de reconnaissance.

Il y a la filière universitaire qui, clairement, depuis dix ans, a enrayé le déclin, enrayé la désaffection. Nous voyons dans les facultés les choses s'inverser un peu à condition que l'on en ait les moyens. On se dirigeait vers le déclin inexorable. La filière universitaire – il nous semble – a stoppé cette affaire.

Heureusement, il y a la maîtrise de stage, parce que quelque part, aujourd'hui, à travers le deuxième cycle et le troisième cycle, cela nous a permis de forger un certain nombre de vocations, de destins qui nous permettent d'avancer malgré ce contexte qui est quand même, et en formation initiale, et dans le système de santé, extrêmement difficile. On attend beaucoup de la réforme du deuxième cycle pour lever l'obstacle.

Je me tourne vers Antoine TESNIERE pour lui demander, parce que la médecine générale, quelque part, pour des raisons diverses et surtout parce qu'elle n'y a pas été acceptée de bon gré, ne siège pas à la CNCM. Il y a la CNCM d'un côté, le CNGE de l'autre. Nous comptons, sur le deuxième cycle, être consultés et que les canaux ne passent pas que par la CNCM.

Nous avons connu la réforme du deuxième cycle précédente avec le programme des ECN. À l'époque, il n'y avait pas de CNU de médecine générale. La médecine générale n'avait pas été saisie. On a quand même été consultés à l'époque par le doyen DETEIX. Il se servait de nous quelque part, Christian GHASAROSSIAN et moi, pour enlever des choses dans les programmes du deuxième cycle pour spécialiser en nous disant : « Qu'est-ce que vous en pensez ? », mais quelque part, la médecine générale n'a pas participé, n'était pas reconnue, n'a pas eu en charge un certain nombre d'enseignements et, quelque part, n'était donc pas reconnue par les étudiants de deuxième cycle.

La maîtrise de stage, dans cette perspective et dans cette identité professionnelle, évidemment, regroupe tellement tous les avantages qu'il est difficile d'y voir autre chose qu'un apport essentiel. Aujourd'hui, c'est le plus grand levier pour l'installation et les axes de développement apparaissent assez clairement.

Axe de développement : améliorer la qualité des maîtres de stage. Je rejoins complètement l'ISNAR sur le sujet. Nous avons des progrès à faire. Il y a – ne nous le cachons pas – des progrès discrets aussi à faire à l'hôpital, d'où la formation préalable à la maîtrise de stage et d'où le processus de formation régulier par les enseignants de médecine générale sous l'égide de l'université.

Renforcer la pertinence de l'évaluation des stages. Nous sommes aujourd'hui dans une situation où nous allons renforcer cette évaluation, parce que nous avons plus de moyens pour le faire, mais pour cela, il faut qu'il y ait des moyens donnés aux facultés. Là encore, sans me tourner en permanence vers Antoine TESNIERE... On est désolé, mais tu représentes à la fois les deux ministères de tutelle. Nous en avons parlé directement, mais le levier, aujourd'hui, pour nous, ce n'est pas seulement d'augmenter le nombre de CCU.

Je rappelle qu'aujourd'hui, une fois de plus, les internes de médecine générale sont très nettement défavorisés. Je rejoins les propos de Patrice DIOT. Un chef de clinique par département en plus... Je rappelle qu'aujourd'hui, il y a 150 chefs de clinique, un peu plus, et 50 AUMG, mais si on veut développer les choses et faire des maisons de santé universitaires avec un chef de clinique... Patrice, si tu mets des chefs de clinique dans les départements, on peut faire des maisons universitaires dans les départements. En fait, il n'y a pas d'obstacle. Il faut localiser les lieux de soins où peuvent exercer les chefs de clinique.

On attend toujours, en revanche, le plan de nomination des enseignants associés qui sont essentiels pour faire tourner les départements de médecine générale et qui, actuellement, sont encore extrêmement limités vu leurs missions avec, d'un côté, peu de titulaires, d'un côté, pas beaucoup de chefs de clinique et qui ont la mission spécifique en plus d'investir les territoires. Il nous faut donc des enseignants associés et nous comptons sur le ministère de l'Enseignement supérieur pour entendre cette demande. Puis, évidemment, continuer à sanctuariser la formation à la maîtrise de stage dans le cadre du DPC.

On ira demain, avec la quatrième année, avec tous ces éléments, clairement vers des éléments identitaires qui seront plus forts. Nous sommes prêts à aider les tutelles, les élus. Nous sommes prêts à aider les autres disciplines pour la maîtrise de stage ambulatoire, mais il faut que les diagnostics soient bons, que les freins soient levés pour que les

solutions qui sont aujourd'hui connues puissent être mises en œuvre demain. Merci à vous. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Si vous le voulez bien, nous disposons de 20 à 25 minutes pour un temps de questions. La parole est à la salle et nos intervenants pourront répondre. Les micros circulent. Levez les mains. Vous vous présentez. Puis, vous posez votre question, bien sûr.

Éric GHELAM

Bonjour. Je suis Éric GHELAM. Je suis médecin généraliste. Je voulais d'abord vous remercier pour vos interventions aux uns et aux autres. Je voudrais souligner quelque chose qui est évident, mais qui mérite d'être souligné. Avoir une plénière sur la thématique de l'identité professionnelle est quelque chose d'éminemment novateur. Je ne vois pas d'autres spécialités qui se seraient autorisées à avoir une thématique sur l'identité professionnelle. Ce n'est pas si évident que cela et, pourtant, ça l'est. Je souligne qu'une fois de plus, les généralistes sont pionniers dans des problématiques qui ne concernent pas qu'eux. On a surtout souligné – c'est l'enjeu de ce colloque aujourd'hui – la spécificité du généraliste, mais la problématique de l'identité professionnelle du médecin concerne tous les médecins. C'est le premier point.

Deuxième point. On est dans une situation aujourd'hui où la thématique de l'identité professionnelle est tendue, est contrainte. On a à la fois des tensions démographiques et des tensions existentielles pour tous les médecins qui ne savent plus exactement comment se positionner dans leur métier de soignant. Ce n'est pas à vous que j'apprendrai que l'on est à l'ère de la prise en charge des internes en difficulté, des médecins en difficulté, etc. Cette problématique de tension, notamment d'identité, est universelle.

Troisième point. Je ne sais plus quel est l'auteur de ce film par rapport à la place des généralistes vis-à-vis des autres, mais il y avait un film qui s'appelait : « *L'homme est une femme comme les autres.* » Je voudrais souligner que je reconnais aux non-généralistes le fait d'être aussi bons que les généralistes. C'est important de changer de référentiel. Ce n'est pas le généraliste qui va s'accrocher à un wagon de spécialité, mais c'est la spécialité qui va retrouver le cœur de métier mis en évidence par les généralistes.

Quatrième point. C'est cela qui va me conduire à poser une question. Je pense qu'une fois que l'on a parlé d'identité professionnelle, il faut questionner la façon de travailler cette identité professionnelle. Pour nous, généralistes, quel est mon projet ? Une fois que je dis : « Quel est mon projet ? », cela pose la question de : quelle est mon identité ? Quelle est mon expérience du métier ? Quelles sont mes aspirations ? Quels sont mes désirs ? Etc. Il ne suffit pas... Bien sûr, c'est très important, la maîtrise de stage, les gens que l'on rencontre, etc., mais travailler l'identité professionnelle... Quelles sont mes zones de fragilité ? Quelles sont mes zones d'ombre ? Quelles sont mes forces ? Quelles sont mes aspirations, etc. ?

Dernière question. Pour revenir sur ce qui a été dit – mais je voudrais en « rajouter une couche » –, à mon avis, dans l'enseignement de premier et deuxième cycle, non seulement il y a beaucoup de choses inutiles, mais il y a beaucoup de choses qui seraient utiles et ces choses utiles peuvent travailler autour de l'identité professionnelle. Effectivement, même si on est très occupés et surbookés, je pense que, nous, généralistes, nous avons beaucoup à apporter aux spécialistes pour les former à travailler l'identité professionnelle. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Merci, Éric. Qui veut répondre à cette interpellation ?

Antoine TESNIERE

Je vais peut-être juste faire un tout petit commentaire sur ce dernier point, puisque vous parlez des maquettes de deuxième cycle. Un des éléments importants dans la façon dont on réfléchit à ces évolutions, au-delà des éléments techniques et thématiques qui y sont associés, c'est : quels éléments non techniques est-ce qu'on y intègre ? Quelles compétences autour de la communication, de l'interprofessionnalité, de la réflexion sur l'activité est-ce qu'on va pouvoir intégrer dans ces évolutions de maquette ? C'est le premier élément.

Le deuxième élément, qui est plus transversal, c'est : comment est-ce que l'on fait en sorte que les maquettes puissent évoluer d'elles-mêmes de façon associée à l'évolution des connaissances, à l'évolution des stratégies et des prises en charge et qu'il n'y ait pas tous les cinq ans ou tous les dix ans une stratégie de transformation du système de santé qui vienne reprendre tout pour remettre les choses droites ?

La stratégie est de penser des systèmes qui sont capables d'évoluer et qui vont s'adapter de façon beaucoup plus souple à la réalité de l'exercice pour que les étudiants que l'on forme soient directement en prise avec ce qu'ils ont appris, que cela leur serve réellement et qu'ils ne soient pas obligés de réapprendre deux à cinq ans après une bonne partie de ce qu'ils ont appris et déjà oublié pendant leurs études. Je pense que c'est un élément important.

Je vais peut-être profiter aussi du fait que j'ai la parole pour répondre au Président du CNGE qui m'a interpellé sur quelques points. J'ai tout à fait noté la notion de collaboration avec la CNCM, dont je vois bien la réalité. Je pense que dans la maquette actuelle du deuxième cycle... J'entends la notion d'identité de la médecine générale, de positionnement et tout ce qui va avec. Néanmoins, je me rappelle très bien avoir travaillé avec un généraliste enseignant très impliqué, Christian GHASAROSSIAN, qui était présent sur cette révision et qui a porté de façon très appuyée à la fois les thématiques et la vision de la médecine générale. Je tempérerai un peu le propos en disant que l'on a oublié ces éléments-là. Ils n'étaient peut-être pas aussi visibles que vous l'auriez souhaité, mais ils étaient bien présents et j'y étais pour en témoigner.

Deuxième élément. Je pense que, dans les constats qui sont annoncés autour des freins dans la création de l'identité professionnelle, il y a beaucoup d'éléments qui sont partagés dans les diagnostics et qui ont été justement les supports de la réflexion, notamment dans la stratégie de transformation du système de santé. Pour avoir participé de près à ces réflexions, j'y ai retrouvé beaucoup de constats qui sont amenés aujourd'hui.

Je pense qu'aujourd'hui, on n'est plus dans le temps des diagnostics et des constats. On est vraiment dans le temps de l'action. Je vois très clairement, à travers toutes les mesures qui se mettent en place – et c'est ce que j'ai rappelé ce matin – de façon transversale dans les différents axes du plan Ma Santé 2022, un grand nombre de réponses à tous les freins qui ont été listés, que ce soit sur le renforcement du temps médical, sur le lien entre les réseaux de soins, sur l'intégration de transferts de compétences, etc. Évidemment, pour l'instant, ce sont des choses qui sont annoncées et qui ne sont pas réalisées, mais je suis tout à fait confiant sur la dynamique de mise en place qui permettra de donner des réponses à toutes ces questions.

Jean-Marc FRANCO

Jean-Marc FRANCO. Je suis universitaire. Je suis professeur des universités au Département de médecine générale de La Réunion. En ce moment, c'est un peu troublé. Il y a des troubles à La Réunion. C'est vrai que l'on peut se poser la question du trouble que peuvent ressentir les médecins généralistes au regard de la transformation du système de santé et de ce qui est annoncé dans le cadre de Ma Santé 2022.

J'ai juste deux commentaires. Le premier est sur le champ universitaire. C'est vrai qu'au niveau des départements de médecine générale, certains départements ont pu faire des propositions de contenus d'enseignement dans le deuxième cycle. On essaie

également, dans le premier cycle, de proposer des terrains de stage en médecine générale. Cela a commencé dans quelques universités dans le premier cycle où on propose des terrains de stage de sémiologie.

Je crois que c'est très important, pour que l'on puisse construire une identité professionnelle, de pouvoir proposer une formation dans le premier cycle, dans le deuxième cycle. On espère que, dans le cadre de la refondation de l'accès aux métiers de santé, dans le cadre de cette suppression de la PACES, de l'ECN et de la refondation du contenu des enseignements du deuxième cycle, on proposera des éléments qui seront nécessaires pour notre discipline, mais aussi sur des enseignements transversaux qui sont nécessaires aussi pour l'ensemble des disciplines et sur lesquels on pourrait penser être un peu en avance. C'est un point très important. Si on n'a pas la chance de pouvoir proposer des enseignements dans le cadre du premier et deuxième cycle, on va manquer un coche très important.

Sur le champ professionnel, il me semble, en interrogeant mes collègues médecins généralistes, qu'ils sont très inquiets de la transformation, des éléments qui sont apportés dans la transformation du système de santé, parce qu'ils ne s'y retrouvent pas tellement. Il y a beaucoup de médecins qui ne sont pas impliqués dans cette démarche de travailler en exercice coordonné, qui ont entendu vaguement parler des CPTS, mais pour eux, c'est quelque chose de très compliqué, de très difficile. Au fond, j'ai l'impression qu'ils vont rester au bord de la route, alors qu'on a besoin d'eux. On a besoin des équipes de soins premiers qui ne sont pas formalisées au sens de la maison de santé pluriprofessionnelle et au sens des CPTS.

Je rejoins aussi la réflexion. Je fais le lien sur les CPTS ou les maisons de santé universitaires. C'est vrai que l'on manque de chefs de clinique. Dans les textes, pour l'instant, pour avoir le label MSPU, il faut qu'il y ait des chefs de clinique dans ces maisons de santé. Il faut donc développer, augmenter le nombre de chefs de clinique pour pouvoir mettre de la recherche et de l'enseignement dans le secteur ambulatoire dont on a besoin pour justement construire cette identité professionnelle et pour que les gens arrêtent de me demander : « Dans quel service hospitalier est-ce que vous travaillez ? » Être professeur des universités et avoir un cabinet de médecine générale, dans notre système, dans notre société, c'est quelque chose qui n'est pas conscientisé.

Ce sont donc plutôt deux commentaires, un sur le champ universitaire du développement de la formation dans tous les cycles. Le deuxième, c'est comment on intègre, comment on accompagne les médecins généralistes pour travailler en pluriprofessionnel, en exercice coordonné. Déjà, les maîtres de stage ont beaucoup de difficultés à se former, parce qu'il y a très peu de possibilités, dans le cadre du DPC, de suivre un cycle de formation.

Anas TAHA a dit ce matin que les maîtres de stage étaient peu accompagnés dans leur démarche de formation des étudiants de troisième cycle de médecine générale dans leur cabinet. Je crois que, là aussi, on attend beaucoup des ministères pour pouvoir aider les maîtres de stage à se former et aider les médecins généralistes à pouvoir travailler en exercice coordonné et éventuellement participer à des maisons de santé universitaires.

Antoine TESNIÈRE

Merci beaucoup de ces remarques. Je pense qu'il y a des éléments de réponse à travers ce que j'ai discuté ce matin et cet après-midi, mais c'est pour vous redire sur le point de la partie enseignement qu'il n'est évidemment pas question de refonder ou de repenser des maquettes d'enseignement sans associer la médecine générale, sous une forme ou sous une autre, qu'elle soit ou pas au sein de la CNCM, ce qui est une discussion à côté. C'est le premier point.

En allant au-delà de cela – et c'est ce que j'ai dit tout à l'heure –, c'est se servir aussi du vecteur et du levier de la formation pour accompagner les transformations et les évolutions du système de santé que vous voyez tous les jours et naviguer encore plus vers

la prévention, parce qu'on l'a intégrée dès les études, naviguer encore plus vers la prise en charge des polyopathologies, de la personne âgée, des pathologies chroniques, etc. Tout cela, ce sont des leviers qui seront intégrés dans la formation, dans laquelle l'enseignement de la médecine générale a des rôles forts à jouer.

Je rejoins tout à fait votre point sur la question de l'accompagnement et de la conduite du changement, notamment dans la typologie d'exercice. Je pense que l'appartenance à une logique universitaire via les MSU ou via d'autres formats est un ancrage fort justement dans l'exercice de rencontres et de collaborations autour d'objectifs d'enseignement et que cela peut être un lien qui peut être poursuivi dans la logique de soins, dans la question des parcours de soins, dans la question de l'évolution de la prise en charge, dans la question de la collaboration avec les différents professionnels de santé dans l'exercice actuel et de demain. L'exercice isolé sera quasiment impossible. Il y a un enjeu fort – je suis tout à fait d'accord avec vous – à accompagner les médecins en ville vers ce type d'exercice.

Il y a déjà une réflexion dans les propositions qui sont faites dans Ma Santé 2022. Je pense qu'il faut avoir cette réflexion à l'échelon national si elle n'est pas portée à l'échelon local via les universités, notamment autour de la question de l'enseignement et de la recherche. C'est un levier essentiel aussi pour accompagner cette transformation.

Xavier LAINÉ

Merci. D'autres questions ?

Un intervenant

Excuse-moi, mais je complète quelque chose sur l'interprofessionnalité. Jean-Marc, tu parlais de la formation à l'interprofessionnalité. En fait, pour former à l'interprofessionnalité, il faut des lieux interprofessionnels. C'est comme pour l'enseignement de la gestion du cabinet médical. Tant que les gens ne sont pas en situation professionnalisante, soit ça ne les intéresse pas, soit ils ne retiennent rien. Pour l'interprofessionnalité, c'est pareil. À nous de continuer, à travers les maisons de santé, les centres de santé, à construire les lieux interprofessionnels de manière à y mettre les étudiants, parce que c'est là qu'ils apprennent l'interprofessionnalité.

J'ajoute – et je rebondis sur ce que tu disais, Patrice – que, sur les hôpitaux communautaires, en fait, le HCAAM parle d'établissements communautaires de proximité. Justement, l'enjeu, demain, c'est que ce ne soit pas des hôpitaux, que ce ne soit pas sous la gouvernance de la FHF, que ce soit sous la gouvernance des CPTS et que ce soit des lieux ambulatoires de manière à ce que les médecins généralistes puissent avoir la réelle activité d'interface ville hôpital pour adresser à l'hôpital les gens qui ne peuvent pas rester dans les établissements de santé communautaires ou aller directement de la ville à l'hôpital.

C'est à travers ces différents rôles, qui sont le maillon du premier recours, que ce soit avec des patients qui peuvent rester tranquillement à leur domicile ou dont le maintien à domicile pose question, d'où la nécessité de ces établissements communautaires de proximité, que tous les rôles du généraliste peuvent se jouer, à la fois dans des structures pluriprofessionnelles et à la fois dans une réflexion collective en lien avec les autres acteurs et pouvoir jouer ce rôle d'interface entre la ville et l'hôpital.

Xavier LAINÉ

Monsieur le Doyen.

Patrice DIOT

Je voulais revenir un instant sur cette représentation, parce qu'en fait, ce sont des questions de représentation. Vous souffrez d'un déficit de représentation de la médecine générale qui, dans l'imaginaire collectif, n'est pas ce que vous pensez être et vous avez raison. C'est sûr, mais j'ai la conviction que vous n'avez pas la bonne représentation de ce

qu'est l'organisation de l'offre de soins là où vous n'êtes pas. Vous n'avez pas compris que le virage ambulatoire a déjà eu lieu.

Hier, je discutais avec Anne-Marie LERDRILEVIX, parce qu'il y a une table ronde où on a parlé de choses qui ressemblaient à cela. J'ai déjà fait réagir en disant que, de mon point de vue, les médecins généralistes étaient ceux des 44 spécialistes, des 44 spécialités qui avaient les compétences pour offrir des soins de premier recours à des personnes qui, en ambulatoire, vont consommer des soins à un endroit que l'on appelle peut-être – tu as raison – improprement : « hôpital ». Oublions les mots. Il ne faudrait quand même pas que l'on se bloque sur des questions de sémantique.

Un intervenant

Non, mais la sémantique a une signification.

Patrice DIOT

On a des enjeux majeurs de santé publique et des responsabilités sociales à partager quand même. Il y a 350 médecins de médecine polyvalente qui sont des médecins généralistes à l'hôpital et qui partent à la retraite tous les ans dans les cinq ans qui viennent. La question aujourd'hui est : qui va reprendre cette activité-là et sur quelles spécialités est-ce qu'on va reprendre ces choses-là ?

Je connais ton point de vue. Le mien, c'est qu'il faut que la médecine générale s'approprie cette réflexion davantage, parce que vous êtes les plus compétents. Il faut arrêter de dire : « Il y a la médecine ambulatoire de premier recours. C'est nous, les médecins généralistes. Puis, il y a la médecine hospitalière », parce qu'à la médecine hospitalière – j'insiste, puisqu'il y a eu un virage ambulatoire et que cette politique a porté des fruits –, on ferme des lits partout. On a de plus en plus, à l'hôpital, des gens qui rentrent et qui sortent, mais qui ne rencontrent pas les professionnels qui ont les compétences pour apporter les soins de premier recours avec, quelquefois, un tout petit peu de technique autour. Je crois vraiment que l'on n'a pas assez installé ce débat entre nous. Tu sais que, là, je parle avec ma casquette ONDPS.

Xavier LAINÉ

Merci beaucoup. Questions ?

Alexandre BETRY

Alexandre BETRY, jeune généraliste, diplômé depuis 2015. J'ai, depuis lors, eu la joie d'exercer dans trois endroits différents en France et dans trois types de territoires différents en termes d'offre de soins. J'ai travaillé en Charente-Maritime où l'offre de soins est correcte, mais est assez concentrée sur La Rochelle et les grandes villes et le médecin généraliste est un médecin à l'ancienne, le médecin de famille, le médecin de campagne. C'est encore le cas là-bas et c'est quelque chose pour lequel je me suis retrouvé un peu démuni de par ma formation de deuxième et de troisième cycle, puisqu'on ne m'avait pas forcément préparé à faire tout ce que j'ai fait pendant cette période-là.

Ici, j'ai l'impression que l'on est parmi la crème de la crème. Tous les gens qui sont ici sont intéressés par l'enseignement en médecine générale. J'ai vécu mon internat de manière assez compliquée en ce qui concerne mon M1 et mon M2, puisque j'ai eu un peu, beaucoup l'impression d'être un remplaçant gratuit. Je n'ai pas eu beaucoup de retours d'expérience. Je n'ai pas eu beaucoup de débriefings et les retours que j'ai pu faire au DMG n'ont apparemment pas été entendus, puisque nous sommes toujours dans la même situation.

Je veux bien comprendre qu'il n'y a pas assez de maîtres de stage, mais il y a d'excellents maîtres de stage dans des MSP qui font tout pour faire en sorte que leurs étudiants sortent de leurs études en étant complètement capables d'effectuer leur métier de A à Z. Puis, il y en a d'autres qui doivent batailler et essayer de trouver les solutions

pour faire comme on peut, avec ce que l'on a et en se rendant compte finalement que l'on a un peu eu une formation au rabais malgré tous les bien-pensants et toutes les belles paroles que l'on peut entendre de-ci de-là.

Je suis donc un peu amer de mon troisième cycle. Je suis un peu amer de ce que j'ai vécu après mon installation, parce que je n'ai pas été préparé à ça. Je suis tout à fait d'accord avec l'intervenant précédent pour dire que la médecine générale doit absolument être présentée dès le début des études médicales, et pas à partir du troisième cycle, et pas décrite comme étant la lie de la médecine, c'est-à-dire : « Si tu continues, tu vas finir généraliste dans l'Allier. » Non. Il faut que l'on ait une image qui soit beaucoup plus convaincante que celle-là. Pour l'instant, ce n'est pas encore le cas. En tout cas, c'est ça qui me désespère.

J'en ai parlé avec quelques internes ici, qui ont le même problème que moi, qui se sentent rabaissés par rapport aux autres internes de spécialité ou aux autres spécialistes par ce que l'on peut dire ou par ce qui peut être dit autour d'eux. Voilà ce que je voulais exprimer. (*Applaudissements.*)

Xavier LAINÉ

Merci. Peut-être une réponse, bien évidemment.

Clara BONNAVION

Peut-être une réponse pour le second cycle. Nous sommes totalement d'accord avec le constat qui est fait. Je pense que, justement, il faut que l'on saisisse la réforme du second cycle pour mettre le projet professionnel de l'étudiant au centre de cette réforme. Dans les propositions que l'on a pour la réforme du second cycle, il y a des modifications dès le premier cycle avec des stages courts de découverte des différents modes d'exercice, c'est-à-dire aller voir l'exercice libéral, aller voir les structures médico-sociales, aller voir plein de modes différents d'exercice pour pouvoir découvrir un peu cela.

On veut aussi recentrer le premier cycle sur la sémiologie, parce qu'on n'insiste pas assez dessus. On est bien trop recentré uniquement sur les connaissances de spécialités d'organes très pointues. C'est recentrer surtout le second cycle sur des compétences, parce qu'actuellement, dans notre second cycle, nous sommes évalués à la fois par les ECN qui sont uniquement recentrées sur une évaluation de connaissances, parfois, souvent, hyper spécialisées, qui relèvent de l'internat.

Grâce à la réforme du second cycle, on va pouvoir intégrer les compétences comme quelque chose que l'on évalue au même titre que les connaissances et qui va donner de l'importance à ces compétences dans le cursus de l'étudiant. L'étudiant sera donc, devra être investi en stage et les encadrants en stage devront aussi être investis pour faire monter en compétences leur étudiant. Je pense qu'avec cette réforme, il faut que l'on saisisse vraiment l'enjeu du projet professionnel et de la compétence.

Un intervenant

Juste un mot pour te remercier de ton intervention, parce que tu traduis là un certain nombre de problèmes auxquels nous sommes confrontés. Dans les leviers à activer, dans les freins à lever que j'évoquais tout à l'heure, on est complètement dans la logique des obstacles auxquels tu fais allusion, c'est-à-dire insuffisance d'exposition dans le deuxième cycle ou dans les deux premiers cycles et vision extrêmement péjorative du métier dans le deuxième cycle, qualité pas assez bonne dans le troisième cycle.

J'ai bien entendu ce que tu as dit sur les maîtres de stage. Si je disais tout à l'heure en premier lieu, en premier item l'amélioration de la qualité des maîtres de stage, on est complètement là-dessus. Il faut améliorer la formation et, maintenant que nous ne sommes plus sur les mêmes augmentations des cohortes d'internes, sélectionner les maîtres de stage.

Même si la dichotomie maison de santé et hors maison de santé pour les maîtres de stage n'est probablement pas exacte, en tout état de cause, on entend bien qu'il y a un certain nombre de maîtres de stage qui sont intéressés par l'enseignement, qui sont motivés par la transmission des savoirs et d'autres qui le sont moins, voire qui ne le sont pas. On peut se poser des questions sur la motivation qui les conduit à la maîtrise de stage, d'où l'idée de faire attention à cette affaire d'effet d'aubaine ou de remplacement déguisé.

C'est l'enjeu de l'évaluation des terrains de stage par les internes. C'est l'enjeu de la sélection des maîtres de stage par les DMG et c'est bien sûr la question de la formation des maîtres de stage, parce que là où s'apprécie le mieux la motivation, l'intérêt, l'investissement des maîtres de stage, c'est bien pendant les formations. Si ce qu'on a décliné ici peut permettre d'avancer et d'améliorer les choses, c'est bien pour ne pas avoir des internes amers ou qui ne s'estiment pas préparés à l'issue de leurs études.

Je finirai sur l'histoire de la fameuse quatrième année professionnalisante. Pour être armé et pour être prêt à exercer, cette année professionnalisante doit remplir cette fonction.

Xavier LAINÉ

Merci. Nous sommes arrivés au temps imparti pour cette plénière. On vous remercie et j'espère que nous avons pu répondre à vos questions. Je vous demanderai de remercier nos intervenants. Merci. (*Applaudissements.*)

INDEX

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

Anne-Marie LERDRILEVIX 22

Éric GHELAM 18