

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Vendredi 23 novembre 2018, de 16h10 à 17h30

Modérateur :

Matthieu Calafiore - CNGE Collège Académique

Intervenants :

Paul Wallace - Londres (Angleterre)

Remise des prix de thèse CNGE et MSA et des prix des meilleures communications

Présentation du congrès de Nantes 2019

Conclusion du congrès par Vincent Renard, Président de CNGE Collège Académique

Plénière de Clôture : Les grands témoins

2

I) Remise des prix de thèse CNGE et MSA et des prix des meilleures communications

5

II) Présentation du congrès de Nantes 2019

13

III) Conclusion du congrès

14

Plénière de Clôture : Les grands témoins

Matthieu CALAFIORE

Mesdames et Messieurs, bienvenue pour cette plénière de clôture. Avant de laisser la parole à notre premier intervenant, en tant que – Vincent, bouche-toi les oreilles – *community manager* du compte du CNGE sur Twitter, je voulais vous remercier pour votre activité. Vous avez envoyé plus de 3 300 tweets et c'était il y a un quart d'heure. Vous avez été 355 à participer en envoyant vos tweets, ce qui fait à peu près 25 tweets par heure. Et nous avons quatre grands influenceurs. Le premier, le Docteur John Faes, avec 397 tweets, le deuxième, Xavier ; la troisième, Laurence ; et quatrième, Mickaël. Et pour vous remercier de votre activité, je pense que le classement des tendances françaises est parlant : nous avons été classés quatrième tendance grâce au hashtag CNGE2018. Donc merci à vous.

Cette plénière est la plénière des grands témoins et nous avons la chance d'accueillir Paul Wallace, Professeur émérite de médecine générale au Royal College de Londres. Il est médecin généraliste et s'il est là, ce n'est pas innocent, c'est parce qu'il travaille en collaboration avec la France depuis plus de trente ans. Il m'en parlait tout à l'heure. Je vous remercie d'applaudir Paul Wallace.

Paul WALLACE

Mesdames et Messieurs, je suis très heureux et très fier d'être ici pour la plénière finale, les grands témoins. *First of all, let me express my sincere thanks to Matthieu and Vincent, Jean-Pierre who got me into this. It's trully a great honor and also a great pleasure.*

(applaudissements)

Permettez-moi aussi de remercier Google translate ! Et le collègue Olivier Cuvillier sans lequel j'aurais dû vous parler en anglais. Je vais essayer de parler en français et j'espère que vous allez excuser les erreurs.

Je suis associé au CNGE depuis plus de vingt ans. Et c'est merveilleux et étonnant d'avoir été témoin de son évolution au fil des années. Ce délai est dû en grande partie à un excellent *leadership*, mais constitue également un hommage à l'esprit, au courage et à votre détermination à vous tous, ici et à vos collègues qui ne sont pas ici aujourd'hui. Quelle réalisation fantastique ! C'est un exploit d'avoir développé cette organisation à ce niveau. Le fait qu'il y ait maintenant plus que 10 000 maîtres de stage universitaires est remarquable. L'ambition de porter ce nombre à 12 000 est admirable. Lors de la séance d'hier, jeudi matin, j'ai bien compris qu'il s'agissait d'un processus en évolution constante qui mettait clairement l'accent sur la qualité de la formation, à la fois en termes d'environnement, d'apprentissage pour les étudiants et des compétences pédagogiques des MSU. J'applaudis cet accent mis sur la qualité et sur le développement des mécanismes d'évaluation efficaces, permettant aux étudiants d'évaluer leurs formateurs. Je vous félicite de diriger le domaine de la formation innovante, souvent loin devant vos collègues spécialistes des hôpitaux.

(applaudissements)

Il est clair que de nombreux problèmes devront être résolus à l'avenir, mais le soin et la clarté dont j'ai été le témoin dans les exposés me donnent l'optimisme que vous réussirez.

Maintenant, quelques impressions sur le congrès, si vous me le permettez. Ce congrès a été merveilleux. Il a été brillamment organisé au cœur de cette belle ville et de ce magnifique Palais des Congrès. Parfois, un lieu comme cela peut submerger les participants, mais pas ici. Les séances plénières ont attiré beaucoup de monde. Aujourd'hui, c'est la même chose, et les autres auditoriums étaient remplis et les salles bien étaient bien agencées et de bonne taille. Le nombre de participants a été incroyable.

Plus de 1 500, m'a-t-on dit : c'est beaucoup plus que ce que nous pouvons compter lors de nos conférences pour la *Society of Academic Primary Care*, et c'est une belle progression par rapport aux chiffres des années précédentes.

C'était génial de sentir l'énergie et l'enthousiasme. Tant de jeunes collègues tellement en discussion d'intérêt et de respect.

(applaudissements)

J'adore les canotiers que j'ai vus partout, que vos organisateurs ont portés tout au long du congrès.

(applaudissements)

Un canotier d'honneur !

(applaudissements)

Et comparés à nos congrès, la nourriture et les rafraîchissements sont tellement meilleurs !

(applaudissements)

Enfin, j'approuve totalement votre décision de trouver des financements indépendants de l'industrie pharmaceutique. Je pense que vos stands d'expositions ont réuni un panel d'exposants très intéressant.

Je me suis amusé à naviguer entre les différentes sessions aujourd'hui et hier. Les sujets abordés ont été très variés, de la relation médecin patient, en passant par la toxicomanie, la multi mobilité, la pédagogie, jusqu'au *big data*. J'ai apprécié que la pratique clinique soit le fil rouge du congrès. Il s'agit d'un congrès où l'on peut venir mettre à jour nos connaissances avec les dernières données acquises dans la science, dans les sujets qui nous intéressent. On peut partager l'intérêt et l'enthousiasme de la recherche originale et en apprendre davantage sur les différentes approches méthodologiques. C'est un congrès où l'on peut entendre parler des derniers développements de la profession et débattre les questions les plus importantes pour nous. Bien sûr, et c'est peut-être le plus important, c'est un congrès où l'on peut se mettre en réseau, nouer de nouveaux contacts et nouer de nouvelles collaborations. L'atmosphère est tellement collégiale.

La qualité générale des exposés était excellente. J'ai été impressionné par les diapositives, la clarté des exposés et peut-être davantage encore par l'engagement des participants lors des séances de questions-réponses. Il a été bien de voir régulièrement les déclarations de conflits d'intérêts potentiels. Il y a toujours eu respect, réflexion, des questions pertinentes, des retours constructifs, tout ce que l'on espère dans un congrès de médecins généralistes.

(applaudissements)

Bravo ! Et maintenant quelques questions et réflexions plus critiques. J'en ai cinq, si j'ai encore le temps. Il y a clairement beaucoup de talents dans cette organisation. Vous avez fait un travail magnifique pour le mener à bien. J'ai quelques suggestions qui s'inspirent de notre propre expérience au Royaume-Uni et de mon expérience personnelle internationale.

Je commence avec les groupes d'intérêts spéciaux. Ce qu'on appelle en anglais des SIGS, *special interest groups*. J'ai remarqué un grand intérêt autour de certains sujets en voyant des groupes de personnes discuter lors des sessions des présentations et également pendant les pauses. Par exemple, les réseaux de recherche et la comobilité : nous avons constaté qu'il est parfois utile de faciliter le travail ultérieur et productif de tels regroupements en créant officiellement des SIGS, des *special interest groups*. Tout ce qui est nécessaire, ce sont quelques critères pour soumettre une candidature officielle et une petite somme d'argent, pas plus de 500 euros pour faciliter les réunions et la collaboration. Les exemples auxquels j'ai participé incluent un groupe d'intérêt général sur le travail avec les pays à revenus faibles et intermédiaires, par exemple, un groupe d'intérêt général en train de développer un consensus sur les méthodes appropriées pour mesurer la

consommation de l'alcool et un groupe d'intérêt général sur les applications de santé numérique. Peut-être avez-vous déjà ce type de dispositif ? Sinon, je vous recommande leur mise en place. A discuter.

Point deux : les bourses aux universitaires. Un thème qui a émergé tout au long de la conférence, dont nous avons discuté dans les discussions informelles, c'est la nécessité pour vous d'être considéré d'égal à égal par vos collègues spécialistes de l'hôpital, par vos collègues hospitaliers et peut-être aussi par le ministère de la Santé. Je suis très impressionné par le niveau d'engagement du CNGE dans la recherche, mais je me demande si vous avez la possibilité de créer une piste de recherche claire pour la médecine générale, principalement destinée aux internes qui viennent de terminer le stage, mais potentiellement aussi pour les généralistes déjà installés. Cela a été mis en place au Royaume-Uni avec l'offre de bourses de recherche, de bourse de doctorat et d'options pratiques de formation de la recherche. Lentement, très lentement, on commence à élever des normes académiques de la médecine générale en créant une structure de carrières conçue pour attirer les personnes ayant une appétence pour le monde universitaire.

Point numéro trois : les réseaux de recherche dont nous avons beaucoup discuté ici et aussi chez nous. J'ai été témoin de beaucoup d'activités positives et productives liées aux réseaux de recherche. L'atelier auquel j'ai assisté a clairement montré qu'il existait de nombreux petits réseaux travaillant tous de manière légèrement différente, mais essayant en grande partie d'obtenir le même résultat. Une synergie pour la recherche et l'implication des médecins généralistes et des étudiants dans cette activité. Des discussions ont eu lieu sur les moyens novateurs pour atteindre ce but, en utilisant des sites Internet, Facebook ou encore des blogs, mais il était également clair que cela reste une activité réservée aux passionnés. Il existe peu de reconnaissance officielle des activités de recherche en médecine générale, et peut-être plus grave encore, un manque de ressources financières et humaines appropriées pour soutenir ce travail si important. En Angleterre, nous avons rencontré quelques succès dans la gestion de ces problèmes. En tant que directeur national du réseau de recherche sur les soins de santé primaire de l'Institut national pour la recherche en santé en Angleterre, depuis près de dix ans, je sais que cela peut fonctionner. Donc bien que nous n'ayons pas toutes les solutions, et c'est vrai que nous n'avons pas toutes les solutions, nous serions tout à fait disposés à partager certains de nos modèles avec vous. Et j'aimerais inviter le CNGE à réunir une petite délégation de participants aux réseaux de recherche pour nous rendre visite dans les prochains jours, au Royaume-Uni. Nous serions ravis d'accueillir une telle délégation.

(applaudissements)

Encore deux points et j'aurai fini. L'application numérique pour la santé. Le congrès a abordé une grande variété des sujets, notamment l'utilisation de données numériques collectées à des fins de recherche clinique. Mais je pense qu'il y aurait pu y avoir une couverture plus forte des technologies qui sont en train de changer radicalement la façon dont nous interagissons avec nos patients et nos collègues dans différents secteurs du système de santé et de la protection sociale. C'est peut-être simplement mon parti pris personnel, car je suis maintenant le responsable clinique du numérique au sein du réseau universitaire des sciences de la santé dans le sud de Londres. Mais dans tous les cas, je pense qu'il s'agit d'un domaine extrêmement important qui mérite votre attention ici au CNGE.

Enfin, le jumelage avec les autres conférences internationales. J'ai été ravi de constater que je n'étais pas le seul représentant international au congrès. J'ai vu des représentants de plusieurs autres pays, notamment du Maroc, de Belgique et du Canada. Mais je pense qu'il est judicieux d'envisager sérieusement d'ouvrir formellement le congrès à une participation internationale. Vous maîtrisez parfaitement l'anglais bien mieux que mon français.

(applaudissements)

Comme vous le savez, la majorité du monde médical et scientifique publie en anglais. Je me demande donc si le moment n'est pas venu pour vous-même de mettre en place un mécanisme de jumelage officiel avec un autre collège, ou mieux encore peut-être, une autre conférence nationale. Nous avons un tel accord entre SAPC, *Society of Academic Primary Care*, et NAPCRAG, *North American Primary Care Research Group*. Il s'agit simplement de créer une structure claire pour la représentation d'une organisation à la conférence de l'autre : critères de sélection, offre d'inscription gratuite, éventuellement une aide financière pour les frais de voyage et de logement.

(applaudissements)

Si vous aimez cette idée, vous pourriez peut-être commencer par une approche de SAPC au Royaume-Uni. Je pourrais peut-être aider cela.

(applaudissements)

Ou une autre conférence ailleurs en Europe, aux Etats-Unis ou en Australie. Mais si vous ne l'avez pas déjà fait, je me demande si vous ne voudriez pas établir un lien avec le Canada où certaines présentations sont également en français.

Ce ne sont bien sûr que des idées. Je les présente à votre attention, et le cas échéant, à la discussion et au débat.

Mais pour finir maintenant, je tiens à exprimer à nouveau ma grande admiration pour tout ce que vous avez accompli et que vous allez clairement réaliser à l'avenir. Et aussi ma gratitude pour m'avoir invité à vous rejoindre. Merci beaucoup.

(applaudissements)

1) Remise des prix de thèse CNGE et MSA et des prix des meilleures communications

Matthieu CALAFIORE

Nous allons maintenant passer à la remise du prix de thèse. Je vais appeler ici Josselin Le Bel qui était directeur du jury de thèse pour ce congrès CNGE 2018.

(applaudissements)

Josselin LE BEL

Bonjour à tous. Comme vous le disait Matthieu, j'ai eu l'honneur et le plaisir de présider le jury pour le prix de thèse du CNGE 2018. Je souhaiterais inviter également ici l'ensemble des membres du jury. Clarisse Dibao-Dina, pour Tours, Laure Fiquet pour Rennes, Catherine Laporte, qui n'est pas avec nous, mais qui a réussi à participer à ce jury, tout en étant au Canada actuellement. Nadège Lauchet pour Limoges. Aline Ramond-Roquin pour Angers, Matthieu Calafiore pour Lille et Jean-Pascal Fournier pour Nantes.

Nous souhaitons un bon rétablissement à Clarisse qui, *a priori*, est à l'hôpital actuellement. Nous pensons à elle.

Cette année, nous avons reçu plus d'une trentaine de thèses au format articles qui ont été soumises pour le prix de thèse CNGE. Cette trentaine de thèses était vraiment un reflet de toute la richesse de notre discipline. Le processus, pour que vous le compreniez, est assez simple. Les trente thèses ont été réparties par binôme. Elles ont été analysées selon les grilles d'analyse de la revue de référence de la discipline qu'est la revue *Exercer*. La grille pour les thèses qualitatives et la grille pour les thèses quantitatives. A l'issue de ce premier tour, nous avons sélectionné une liste courte.

Les six thèses qui étaient dans cette liste courte étaient donc les suivantes.

- En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soins en médecine générale des patients et patientes transidentitaires ?, de Maud Garnier, pour l'université Claude Bernard, Lyon 1 ;

(applaudissements)

- Réalisation et évaluation d'Hygie, un support pédagogique interactif et ludique pour l'actualisation des connaissances médicales des médecins généralistes : un essai randomisé en double aveugle, de Louis-Baptiste Jaunay ;

(applaudissements)

- Les attentes pour la fin de vie des personnes âgées vivant à domicile : étude qualitative par entretiens individuels, de Julie Lair ;

(applaudissements)

- La réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est-elle associée à la réalisation du dépistage du cancer du sein et colorectal chez les femmes de 50 à 65 ans, de Maxime Lamirand ;

(applaudissements)

- *Burn-out* chez les internes de médecine générale en Ile-de-France après la mise en place du décret limitant le temps de travail en 2015, de Tamara Makovec ;

(applaudissements)

- Opinion des médecins généralistes sur l'interprofessionnalité en soins primaires, enquête auprès de 281 médecins généralistes libéraux des régions Auvergne Rhône-Alpes et Limousin, de Laurent Pernoud.

(applaudissements)

Après des discussions assez riches, l'ensemble des membres du jury est arrivé à un consensus et a été unanime pour accorder cette année le prix de thèse à Maud Garnier.

(applaudissements)

Bravo ! Nous lui remettrons le prix de thèse et je pense que nous allons avoir la chance d'écouter la présentation de votre travail. Je vous laisse présenter. Merci beaucoup.

1) Prix de thèse

Maud GARNIER

Bonjour à toutes et à tous. Je suis la docteure Maud Garnier, je vais vous présenter le travail de thèse que j'ai réalisé conjointement avec Sarah Olivier et dirigé par le Docteur Christine Maynié-François, qui s'intitulait « En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soins en médecine générale des patients et des patientes transidentitaires ? »

Pas de conflit d'intérêts. Premièrement, on va faire un point sur la terminologie. Qu'est-ce que la transidentité ? C'est le fait de ne pas se reconnaître dans le genre qui nous a été assigné à la naissance. Dans notre thèse, on avait décidé de ne pas utiliser le terme transsexuels, nous avons utilisé transidentitaires, transgenres, ou trans, parce que le terme « transsexuel » n'est plus utilisé dans la communauté. Nous allons parler de la transition aussi, c'est l'ensemble des démarches qui sont entreprises par une personne pour modifier son expression de genre, afin qu'elle soit compatible avec son identité de genre. Ensuite, nous n'allons parler du terme « mégenrer », qui est en fait le fait de s'adresser à une personne avec des pronoms qui ne sont pas les siens, par exemple, s'adresser au féminin à un homme trans.

En termes d'épidémiologie, les derniers chiffres officiels remontent au rapport HAS de la 2009, et estimaient une population entre 1 sur 10 000 et 1 sur 50 000 personnes, ce qui

est sans doute largement sous-estimé, parce que d'abord le rapport est vieux et ensuite, il utilisait le terme « transsexuel ». Etant donné que la population trans est stigmatisée, elle a tendance à se faire discrète, elle n'a pas de signe distinctif. En épidémiologie, on appelle ça une population cachée.

Concernant ce que l'on sait de la demande de soins des personnes trans, on sait que c'est une population fragile, qui est plus à risque de maladies cardiovasculaires, qui est plus à risque d'IST, qui est plus à risque de dépression et de consommation de substances psychoactives. Les études qui ont été réalisées sur le sujet concernent surtout la transition. Il y a beaucoup d'études sur leur l'hormonothérapie et la chirurgie. Il y a également des études qui ont été réalisées par les associations qui montraient une méfiance à l'encontre du corps soignant qui est souvent responsable d'un renoncement aux soins.

Concernant les objectifs de l'étude, l'objectif principal était de décrire en France les motifs de consultation hors transitions auprès d'un médecin généraliste des patients et des patientes identifiées comme transidentitaires. L'objectif secondaire était d'explorer les déterminants qualitatifs des consultations en médecine générale des patients et des patientes transidentitaires.

Pour notre recrutement, nous avons utilisé la méthodologie boule de neige qui consiste à déterminer dans la population cible des intervenants qui ont une grande visibilité. Dans notre cas, nos intermédiaires étaient treize associations trans militantes, qui étaient réparties sur tout le territoire, les plannings familiaux de 170 villes, les services universitaires de médecine préventive de 55 universités et les centres de dépistage gratuits de 111 villes.

Au total, nous avons eu 320 inclusions dans notre étude, 315 personnes ont répondu à l'objectif principal sur le motif de la dernière consultation. Sur ces motifs de dernière consultation, 50 % ont dit qu'ils ne concernaient pas la transition, 135 personnes ont précisé un ou plusieurs motifs. Au total, nous avons codé 155 motifs. On les a codés à l'aide de la classification internationale en soins primaires.

Concernant les réponses au motif de la dernière consultation, en premier venaient les procédures qui représentaient à plus d'un tiers des motifs. J'y reviendrai à la diapo suivante. Ensuite venaient les symptômes généraux qui concernent la fièvre, la fatigue. Puis venaient l'appareil ostéo-articulaire, le système respiratoire ensuite, qui concerne à la fois les symptômes pulmonaires, mais aussi les symptômes de la sphère ORL. Ensuite venaient les symptômes d'ordre psychiatrique.

Concernant les procédures, avec plus de 50 % des procédures citées, venaient les contacts administratifs qui concernaient les demandes d'ALD notamment, et les rencontres de suivi.

Pour ce qui est de notre objectif secondaire, qui était les problèmes rencontrés en consultation de médecine générale et les déterminants d'une consultation réussie, c'étaient des questions ouvertes posées à la fin de notre questionnaire. Le premier problème qui revenait le plus souvent était le mégenrage. Ensuite, par ordre de fréquence revenaient les personnes qui avaient répondu qu'elles n'avaient rencontré aucun problème. Ensuite venait le manque de connaissance au sujet de la transidentité, avec le manque de connaissances sur le plan social qui revenait plus souvent que le manque de connaissance médicale de la transidentité. Puis venait la remise en question et le jugement, la curiosité mal placée, le refus de prise en charge ou de prescription.

Ensuite, les déterminants d'une consultation réussie. Venaient en premier l'absence de jugement et la bienveillance, loin devant. Ensuite, le respect de l'identité de genre, l'écoute, l'absence de questions indiscretes, en cinquième position seulement venait la capacité du praticien à pouvoir fournir des informations sur le parcours de transition.

La force principale de notre étude, c'est son originalité. On a eu un biais de recrutement évidemment, puisqu'à cause de la méthode boule de neige, chaque intervenant a tendance à recruter dans un milieu qui est similaire au sien, ce qui fait que

l'on a plutôt une population qui est jeune, qui est connectée. Notre étude a sans doute exclu les populations les plus précarisées. Cependant, si on compare avec d'autres études qui avaient recruté dans la population trans, l'INSERM en 2010 avait recruté 377 personnes sur quatre mois et Chrysalide qui est l'association trans lyonnaise avait recruté 187 personnes sur un an. Donc avec nos 320 inclusions, on est plutôt.

On avait un biais de mémorisation parce que nos questions portaient sur le motif de la dernière consultation, mais dans plus de 80 % des cas, elle remontait à moins de six mois. Enfin, on avait un biais de déclaration vu que l'on posait des questions qui touchaient à l'intime, qui a été limité par le fait que l'on a utilisé un questionnaire anonyme et dépersonnalisé.

Nous avons comparé nos résultats à ceux de l'étude ECOGEN qui est une étude qui a été publiée en 2014, qui étudiait les motifs de consultation en médecine générale de la population générale avec environ 55 000 motifs analysés. On voit que les procédures et l'appareil général arrivaient dans les deux cas en tête. Il y avait aussi beaucoup de motifs ostéo-articulaires et le motif respiratoire dans nos deux études. ECOGEN avait plus de motifs cardio-vasculaires, sans doute parce que la population était plus âgée que la nôtre, et nous avions plus de motifs psychiatriques.

On a vu que hors transition, les motifs de la population trans sont similaires à ceux de la population générale en soins primaires. Ce qu'il faut en tirer, c'est que la transidentité fait partie de la prise en charge globale du patient. Il fait partie de son vécu. On ne peut pas évidemment en faire totalement abstraction. Mais elle ne doit pas interférer dans chaque aspect de la prise en charge. Quand on est dans le contexte de la transition, comme souvent chez les patients qui ont des affections rares, on est vraiment dans une situation de patient expert où souvent le patient en connaît plus sur son parcours de soins que le praticien.

De ce fait, on va demander non pas aux médecins généralistes de mobiliser des connaissances médicales, mais plutôt des compétences relationnelles pour arriver à une relation de soins fondée sur l'écoute et sur la confiance.

En conclusion, on a vu que la moitié des motifs de la dernière consultation ne portait pas sur la transition et que les motifs hors transition étaient similaires à ceux de la population générale. En termes de perspectives, on pourra envisager une comparaison statistique avec ECOGEN, bien que la différence majeure entre les deux échantillons puisse être un frein. Enfin, nous pourrions étudier le rôle du médecin généraliste dans la transition, sachant que souvent, il n'a pas tant un rôle de coordinateur, mais d'accompagnateur et qu'il est de toute manière impliqué dans cette transition, puisqu'il faut demander l'ALD pour pouvoir l'initier.

Je voulais remercier toutes les associations qui ont participé à notre étude, ainsi que tous les centres qui ont participé à l'étude. Et merci à vous pour votre écoute.

(applaudissements)

Est-ce qu'il y a des questions ?

De la salle (hors micro)

Maud GARNIER

La question était de savoir quels soins sont liés à l'ALD ? L'hormonothérapie, la chirurgie, éventuellement s'il y a des consultations psychiatriques. Ce sont les soins couverts par l'ALD qui font l'objet de la question.

Matthieu CALAFIORE

Merci. Cette année, fait exceptionnel, nous avons la participation de la MSA pour le prix de thèse. Il faut savoir que toutes les thèses ont été soumises par le même biais.

Josselin vous l'a expliqué. Une thèse dont la thématique était entrée avec le monde agricole a pu bénéficier justement de ce prix thèse pour lequel je vais inviter la MSA.

(applaudissements)

2) Prix spécial MSA

Thierry MANTEN

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, Professeurs, Docteurs, en ma qualité de premier vice-président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole, qui est le deuxième régime de protection sociale obligatoire, je suis très heureux de remettre le prix spécial MSA à Monsieur Laurent Pernoud pour sa thèse sur le thème l'interprofessionnalité et le transfert d'activité, soutenue à la faculté de médecine Jacques Lisfranc de l'université de Saint-Etienne. Les thématiques développées dans cette thèse sont : coopération entre professionnels de santé et délégations de tâches, qui ont retenu toute l'attention de la commission de sélection de la Caisse centrale de MSA. En effet, elles s'inscrivent pleinement dans les orientations des pouvoirs publics récemment rappelées dans le cadre de « Ma santé 2022 », dont la Mutualité Sociale Agricole entend être partie prenante sur les territoires ruraux, particulièrement confrontés, comme tous vous le savez, aux difficultés d'accès aux soins.

La MSA est convaincue de longue date de la nécessité de proposer de nouveaux modes d'exercice et de nouvelles pratiques, en vue notamment d'inciter les professionnels de santé à s'installer en zone rurale. C'est pourquoi elle a initié des réseaux de soins expérimentaux, créé le concept de maisons rurales de santé, accompagné dès leur origine des hôpitaux ruraux devenus locaux puis de proximité, initié des actions expérimentales de protocoles de coopération entre professionnels de santé. Cette implication de la MSA perdure, puisque nous continuons à accompagner près d'une centaine de maisons de santé pluridisciplinaires et va même se développer au travers du soutien à la création de communautés professionnelles territoriales de santé sur les territoires ruraux isolés.

Cette remise de prix de thèse est l'occasion pour moi de me féliciter de la pérennisation du partenariat MSA-CNGE, le triple objectif commun ainsi poursuivi est :

- d'améliorer la connaissance de l'exercice de la médecine en milieu rural par les étudiants ;
- d'identifier la place de la MSA dans le système de protection sociale obligatoire et la valeur ajoutée de son guichet unique prenant en charge les branches santé, famille, retraite, accident du travail, maladie professionnelle de ses ressortissants ;
- et de développer l'enseignement des soins en milieu rural.

Dans le cadre de ce partenariat, les 35 caisses de MSA seront heureuses d'accueillir en stage des internes ou de les intégrer à des groupes de pairs en vue d'analyse de pratiques ou de dossiers complexes. Au-delà du volet formation, des coopérations sont également envisagées dans le cadre du volet recherche, au travers notamment d'évaluations et d'actions locales.

En conclusion, je vous félicite pour ce prix et la qualité de vos travaux et vous invite à avoir le réflexe MSA si vous envisagiez un jour ou l'autre dans votre carrière de vous installer en zone rurale. Et je vous remets le diplôme.

(applaudissements)

Matthieu CALAFIORE

Merci beaucoup. Je vais maintenant laisser la place à Laurent qui va nous présenter son travail.

(applaudissements)

Laurent PERNOUD

Je tenais d'abord à remercier les personnes qui m'ont aidé lors de ma thèse. Mon directeur de thèse, le docteur Bastien Laval, le docteur Josette Vallée, le docteur Béatrice Trombert, le docteur Radia Spiga et le docteur Xavier Gocko. Merci.

(applaudissements)

C'était un travail sur l'opinion des médecins généralistes sur l'interprofessionnalité en soins premiers. Une enquête auprès de 281 médecins généralistes libéraux des régions Auvergne Rhône-Alpes et Limousin.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 a introduit la notion d'interprofessionnalité. Le départ de l'interprofessionnalité, c'est une collaboration pour le transfert de compétences à d'autres professionnels de santé, pour améliorer l'efficacité des soins, l'accès aux soins et pour revaloriser les professions bénéficiaires. L'interprofessionnalité est une tendance mondiale. Il y a plusieurs exemples : le rôle prescripteur du pharmacien dans les pays anglo-saxons ou le rôle de l'IPA, l'infirmière de pratiques avancées, qui est en émergence dans plus de 70 pays.

L'objectif était d'étudier l'opinion des médecins généralistes sur le transfert de certaines de leurs activités aux pharmaciens, infirmières et sages-femmes et de mettre en évidence les facteurs influençant leur position. Pour cela, nous avons étudié différents points qui sont apparus depuis la loi de 2009. Concernant le pharmacien, les tests réalisables en pharmacie (test de dépistage du diabète, test diagnostic de l'angine streptococcique et test diagnostic de la grippe), la réalisation du vaccin antigrippal en pharmacie. En ce moment, il y a une expérimentation qui a lieu dans les régions Auvergne Rhône-Alpes et Limousin, mais aussi Nouvelle Aquitaine, Occitanie et Hauts-de-France. Les entretiens pharmaceutiques d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques. Cela concerne les patients sous AVK et des patients asthmatiques. Il y a aussi une expérimentation dans les Pays de la Loire pour le diabète. Le pharmacien correspondant qui, désigné par le patient, peut à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, renouveler ou adapter les traitements d'une pathologie chronique *via* un protocole.

Concernant l'infirmier, depuis 2016, il peut réaliser des prescriptions de substituts nicotiniques. S'il poursuit sa formation jusqu'au niveau Master, il peut devenir un infirmier de pratiques avancées. En juillet dernier, les textes de loi sont enfin sortis pour définir un petit peu plus précisément ce que c'était qu'un infirmier de pratiques avancées. Il peut suivre, par exemple, en soins primaires des patients qui ont une pathologie chronique stabilisée. Il aura des activités d'éducation, d'orientation et de prévention, de dépistage, de prescription d'examen complémentaires, de conclusion clinique et de prescription au renouvellement de traitement de pathologies chroniques, et il pourra éventuellement adapter le traitement. Le médecin, quant à lui devra fournir le dossier médical à l'infirmier de pratiques avancées et reverra le patient en période de décompensation.

Concernant la sage-femme, depuis 2009, elle peut réaliser des consultations de suivi gynécologique et de contraception, sous réserve d'adresser la patiente au médecin en cas de pathologie, et depuis 2016, des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses.

C'était une enquête transversale par questionnaire anonyme numérique dans les régions Auvergne Rhône-Alpes et Limousin auprès de 2 416 médecins généralistes libéraux du 7 juin au 7 août 2017. Le questionnaire comportait 15 questions et a été recueilli grâce à des logiciels Google.

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel SASV 9.2. Certaines questions étaient sous forme d'une échelle de Likert de 1 à 10 : 1, les médecins étaient totalement défavorables et 10, les médecins étaient totalement favorables. Les réponses aux échelles de Likert ont été corrélées au nombre d'années d'exercice grâce au test de Pearson et au lieu et au type d'exercice grâce au test de Student.

Les réponses des tests réalisables en pharmacie ont été comparées au lieu d'exercice grâce aux tests Chi2 et au nombre d'années d'exercice grâce au test de Student. Pour finir, une déclaration à la CNIL a été effectuée.

Il y a eu 281 questionnaires exploités. Le nombre d'années d'exercice moyen était de 16 ans. Il y avait une assez bonne répartition entre milieu rural, semi-rural et urbain, un tiers à chaque fois. Et deux tiers des médecins réalisaient régulièrement des consultations de contraception et de suivi gynécologique. Enfin, 5 % des médecins généralistes pratiquaient des IVG médicamenteuses.

Concernant les tests réalisables en pharmacie, les médecins étaient favorables à 33 % à la réalisation du test diagnostique de l'angine streptococcique, favorables à 45 % au test diagnostique de la grippe et favorables à 64 % au test de dépistage du diabète. Les médecins étaient plutôt défavorables à la réalisation du vaccin antigrippal par le pharmacien avec une 4,7, et plutôt défavorables au rôle de pharmacien correspondant, avec une moyenne de 3,3. Ils étaient plutôt mitigés pour la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, d'éducation thérapeutique par le pharmacien, avec une moyenne de 5,4. *Idem* pour la prescription de substituts nicotiniques prescrits par les infirmières.

En revanche, ils étaient plutôt favorables au rôle de l'IPA, avec une moyenne de 6,1, et au suivi gynécologique et des consultations de contraception par les sages-femmes avec une moyenne de 6,6. Ce qui n'apparaît pas sur le diaporama : il y avait aussi les 14 médecins, seulement 14, qui pratiquaient des IVG médicamenteuses qui étaient favorables à 7,2 pour qu'elles soient réalisées par les sages-femmes.

Les médecins qui avaient moins d'années d'exercice étaient significativement plus favorables à l'interprofessionnalité. Il n'y avait pas d'incidence avec le lieu d'exercice sauf pour les substituts nicotiniques où les médecins urbains étaient significativement moins favorables. Si les médecins réalisaient régulièrement des consultations de gynécologie et de contraception, ils étaient significativement moins favorables à ce qu'elles soient réalisées par les sages-femmes. Enfin, si les médecins étaient favorables à une question, globalement, ils étaient favorables aux autres.

Il y avait aussi une question ouverte, qui a permis de déterminer certains éléments limitants. Certains médecins généralistes considéraient que chaque professionnel de santé devait rester dans son domaine de compétences, notamment les pharmaciens et que le suivi global du patient devait être réalisé par le médecin généraliste. Certains médecins craignaient que les consultations les plus simples soient effectuées par d'autres professionnels de la santé et qu'il ne leur reste que les consultations dites complexes, et cela sans augmentation de leur rémunération. Enfin, il y avait aussi noté un risque de perte d'informations entre les différents professionnels de la santé.

Concernant les éléments favorisant, il a été beaucoup cité le travail d'équipe avec un médecin généraliste coordinateur des soins, que l'interprofessionnalité pouvait permettre de lutter contre la désertification médicale et de libérer du temps aux médecins généralistes. Enfin, il fallait que les professionnels de santé soient formés.

Concernant les forces et limites, c'était une étude originale en lien avec un mouvement qui se développe au niveau mondial. Nous avons réalisé un sous-groupe pour les médecins qui réalisaient des IVG médicamenteuses pour éviter les biais de confusion éthique et religieux. Nous avons eu peu de réponses parce qu'il y a peu d'IVG médicamenteuses qui sont réalisées en milieu libéral : 16 % en 2016, un quart par les médecins généralistes.

Nous avons eu aussi un biais de représentativité due à l'absence de relance, l'envoi par mail, la période estivale, et aussi un biais de sélection pour les médecins qui n'avaient pas transmis leurs mails à l'Ordre des médecins.

Enfin, les médecins généralistes de l'étude avaient moins d'années d'exercice que la population générale et les médecins urbains étaient potentiellement sous-représentés.

De nombreuses études montrent de bons résultats au niveau de l'interprofessionnalité, que ce soit pour la réalisation des IVG médicamenteuses par les sages-femmes, les entretiens pharmaceutiques, les infirmiers de pratiques avancées ou la vaccination. Concernant la vaccination, le bilan à un an de l'expérimentation française ne montre pas d'amélioration de la couverture vaccinale, mais l'expansion se poursuit sur plus de régions, avec une population plus large. Enfin, l'interprofessionnalité pourrait améliorer l'accès au suivi gynécologique et à l'IVG. Il faut savoir que seulement 80 % des femmes sont suivies du point de vue gynécologique.

Concernant les réticences, il faut savoir qu'une consultation pour une vaccination ou une consultation de suivi peut permettre la réalisation d'actes de prévention. L'étude ECOGEN avait montré qu'une consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, et que le médecin généraliste initiait un acte de soin dans 9 % des cas, et dans 50 % des cas quand il s'agissait de prévention. Des études ont montré que le médecin généraliste était plutôt défavorable à déléguer des actes comme la prescription ou des gestes techniques aux pharmaciens et aux infirmiers. Le facteur limitant qui est souvent revenu était le manque de retour d'information

En conclusion, l'interprofessionnalité est nécessaire pour l'amélioration globale des soins. Il y a une inquiétude des médecins généralistes. Pour cela, il faut conforter la place de chaque acteur dans le système de soins et l'opinion des médecins généralistes pourrait évoluer, car comme nous l'avons vu, les médecins plus jeunes étaient plus favorables.

Merci.

(applaudissements)

Matthieu CALAFIORE

Une question éventuellement dans la salle ? Non. Merci beaucoup, Laurent.

(applaudissements)

3) Prix de la meilleure communication orale dans le domaine de la pédagogie

Matthieu CALAFIORE

Vous le savez, Jean-Pierre Lebeau vous avait expliqué au début du congrès le nombre de communications, le nombre d'ateliers, le nombre de posters qui étaient ici tout au long du congrès. Chacune des communications, chacun des ateliers, chacun des posters ont été notés. Il convient maintenant de remettre le prix justement qui correspond à tout cela. Je vais appeler pour le prix de la meilleure communication orale dans le domaine de la pédagogie Emmanuelle Saint Cricq pour sa communication sur le théâtre forum dans l'apprentissage de la relation communication en santé en deuxième cycle des études médicales.

(applaudissements)

Bravo !

4) Prix de la meilleure communication orale dans le secteur recherche

Matthieu CALAFIORE

Pour le prix de la meilleure communication orale dans le secteur recherche, j'appelle maintenant Mathilde François pour son travail sur les déterminants de la prescription des médicaments anti démentiel chez les patients de plus de 65 ans atteints de démence : une analyse de la classe latente.

(applaudissements)

5) *Prix de la meilleure communication affichée*

Matthieu CALAFIORE

Enfin, le prix de la meilleure communication affichée – j'ai un parti pris, ce sont des Lillois – Antoine André et Corentin Merle, pour leur travail sur VaccinClic : une aide pour répondre scientifiquement aux freins du patient sur la vaccination.

(applaudissements)

Un intervenant

Sous vos applaudissements !

Matthieu CALAFIORE

Il a parfois fait un peu froid pendant ce congrès. J'en sais quelque chose, je viens de Lille. Et si vous avez envie de connaître des contrées où l'on peut travailler avec la même rigueur scientifique, mais avec un grand soleil, pourquoi ne pas aller au congrès de la médecine générale de l'Océan indien ?

(applaudissements)

II) Présentation du congrès de Nantes 2019

Congrès francophone de médecine générale Océan indien

Un intervenant

Bonsoir à tous. Avant de partir à Nantes, une petite annonce sur l'organisation de notre congrès francophone de médecine générale Océan indien. C'est notre troisième édition. Il y a eu une édition en 2013, un deuxième en 2016. Les 25 et 26 avril aura lieu le troisième congrès avec un thème central, la communication. Nous avons trouvé un slogan : soignons la communication. On aura le plaisir d'accueillir nos collègues canadiens, Marie-Thérèse Lussier et Claude Richard qui sont les références sur la communication en santé. Nous en profiterons aussi pour fêter les 10 ans de notre collège des généralistes enseignants, puisque nous l'avons créé en 2009.

Je passe la parole à notre président, le docteur Alain Domercq.

(applaudissements)

Alain DOMERCQ, Président du CNGE

Bonjour, on m'a demandé de faire très court. Je voudrais juste dire que l'océan Indien, c'est la Réunion dont vous entendez beaucoup parler, mais il y a aussi Mayotte. Nous avons des MSU à La Réunion et à Mayotte. Je vous invite à venir, nous inviterons aussi des médecins de la zone de Madagascar, des Comores, des Seychelles et de Maurice, pour participer à des échanges fructueux sur des exercices différents. Inscrivez-vous vite. Merci.

(applaudissements)

Présentation du congrès de Nantes 2019

Matthieu CALAFIORE

Une petite vidéo pour vous mettre l'eau à la bouche.

(Une vidéo est projetée.)

(applaudissements)

Peut-être pensez-vous que La Réunion, c'est surfait ? Peut-être pensez-vous qu'il y a d'autres endroits où il y a aussi l'océan ? Qui serait plus atlantique, qui serait plus un lieu de destination pour l'année prochaine, où on mettrait par exemple des marinières ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

(applaudissements)

Une intervenante

Nous aussi avons une vidéo un peu différente de celle de La Réunion. C'est dur de passer après.

Un intervenant

Mais c'est plus sûr, il n'y a pas de volcans.

(Une vidéo est projetée.)

(applaudissements)

Rosalie ROUSSEAU

Merci. Bonjour, bonjour à tout le monde. Je suis Rosalie Rousseau. Avec toute l'équipe derrière moi, j'assure l'intérim de Charlotte Grimault qui, pour la préparation d'un heureux événement, est absente, mais qui nous rejoindra dans l'année. Au nom de toute l'équipe du collège des généralistes enseignants de Loire-Atlantique et de Vendée et des membres du département de médecine générale de Nantes, nous souhaitons d'abord remercier très chaleureusement l'équipe tourangelle.

(applaudissements)

Pour leur accueil, leur organisation exemplaire, leurs attentions pour tous et chacun d'entre nous, pendant ces trois jours, jusqu'à un temps passé ce matin avec notre équipe, alors que leur barque était est déjà bien chargée. Merci à vous et bravo !

(applaudissements)

Il venait d'avoir 18 ans, ce congrès du CNGE collège académique. Non, je ne le ferai pas en chantant. Nous vous invitons à quitter les canotiers après la soirée conviviale, bien sûr, à descendre la Loire tranquillement et à venir retrouver l'équipe des marinières entre le 27 et le 29 novembre 2019, à Nantes, où nous vous accueillerons avec grand plaisir. A bientôt.

(applaudissements)

Matthieu CALAFIORE

Merci beaucoup. Rendez-vous est pris. Puisque le rendez-vous est pris, il va y avoir un passage de flambeau, on va appeler l'équipe locale.

(applaudissements)

Une intervenante (Marie-Véronique)

Nous vous remercions d'être venus. C'était super.

(applaudissements)

J'avais déjà remercié l'équipe avant, et elle sait que je la remercie.

III) Conclusion du congrès

Vincent RENARD

Président de CNGE Collège Académique

Une intervenante (Marie-Véronique)

Pour clôturer cette dix-huitième édition du congrès du CNGE, nous avons encore envie de vous présenter une œuvre spéciale qui va être offerte à une personne très spéciale.

Un intervenant

Une personne vraiment très spéciale. Alors, place à l'art : Marie-Véronique, tu as une petite tirade.

Une intervenante (Marie-Véronique)

Il s'agit d'un tableau de Dominique Spiessert, artiste tourangeau qui exerce son talent dans la région Centre. Il a réalisé des fresques à l'hôpital de Blois et de Châteauroux.

Lecture à deux voix de Marie-Véronique et de Christophe.

- Quelle est ton impression ? Ta première impression en regardant ce tableau ?
- Il est bleu, bleu comme la mer à Nantes. La mer protectrice, une soupe maternelle primitive, mère nourricière. Je vois le bain de la CN-genèse.
- La CN-genèse ? La CN-genèse ? Arrête ton délire, Christophe !
- Une mer profonde qui se questionne, nous questionne, nous protège, tance, bouleverse, fait pleurer et fait rire. Une mer qui transporte nous a lancés plus loin vers la lointaine Wanka, pour grandir, puis elle nous a fait revenir.
- Stop ! Comment écris-tu le mot « mer » ?
- Une mer tragique, destinée antique, une mer aux héroïques combats, vestale de la discipline, une mer sans limite.
- C'est drôle que tu me parles de mer. Il y a ce personnage qui se tient en équilibre sur ses mains, comme si une force lui permettait de faire des prouesses. Il a ce regard étincelant et chaleureux qui veille, attentionné, et une bouche généreuse qui sourit et qui est bien là.
- Oui, c'est le tableau d'une personne qui élève, qui nous élève, vers la maturité et nous fait penser à « Moman » ! (à deux voix)

(Les deux intervenants et le public scandent « Moman ».)

Un intervenant (Christophe)

Juste une petite phrase.

- 18 ans : nous sommes grands, « Moman » ! Nous sommes frondeurs, nous saurons défendre ta maison que tu as construite. 18 ans, nous savons soigner, enseigner. 18 ans, nous allons faire la fête ! (à deux voix)

(applaudissements)

Un intervenant (Christophe)

Anne-Marie, nous voulions t'offrir le tableau sur la scène, mais en fait, il n'a pas pu se loger dans la voiture, donc il faudra que tu ailles le chercher.

(applaudissements)

Une intervenante (Anne-Marie)

Je vais juste dire un petit mot. Depuis mardi, je n'arrête pas de pleurer. Cela a commencé, Vincent, puis mon doyen, puis maintenant l'équipe. J'avais dit que je ne voulais pas d'oraison funèbre. *(rires)* Merci vraiment à toute l'équipe et à tous les autres et à tous ceux que j'ai côtoyés. Je ne sais pas si je viendrai à Nantes. Je vais réfléchir, mais j'ai déjà fait le coup pour Tours, ce sera une surprise. Merci, vraiment, merci.

(applaudissements)

Une intervenante

Avant de laisser parole la parole à Vincent, pour la soirée conviviale, pour ceux qui viennent ce soir, essayez d'être à huit heures moins le quart devant l'hôtel de ville, c'est à deux pas. Merci.

(applaudissements)

Matthieu CALAFIORE

Merci Tours. Il nous reste maintenant à clore ce congrès et je laisse la parole à Vincent.

Vincent RENARD

Que d'émotions ! A la fin de ce dix-huitième congrès, les retours que nous avons eus, indépendamment des séquences émotions, traduisent déjà la richesse et la satisfaction de tous les échanges qui se sont produits au cours de ces trois jours. Les données qui ont été produites en termes de soins, en termes d'enseignement et de pédagogie, en termes de recherche, ont été multiples, et je me félicite de la tenue de ce congrès, de sa fluidité, de son agrément, qui ont permis les communications dans d'excellentes conditions.

Ce congrès permet effectivement, comme cela a été dit, les rencontres entre les équipes. C'est ici que naissent et se poursuivent de nombreux projets. Ce congrès facilite la vie de la communauté médicale. La communauté médicale généraliste universitaire, son existence universitaire à travers la présence de l'ensemble de la communauté. Son existence future, à travers la présence de tous les internes. Nous devons améliorer et encourager cela. Et pour améliorer cela, nous avons bien entendu les conseils de Paul Wallace et un certain nombre d'entre eux vont être saisis immédiatement et sans délai par l'équipe du CNGE.

Il y a aussi des temps politiques et je vais y revenir brièvement, en dehors des temps de soins, d'enseignement, de recherche et de pédagogie. Alors que nous sommes maintenant une discipline universitaire, avec un nombre significatif de CCU, d'AUNG, un nombre considérable de MSU, des associés, des titulaires. Il n'y a pas encore près de 10 000 universitaires titulaires, et nous allons essayer que cela ne soit pas complètement un objectif, sinon on va être un peu déçu. Mais en tout cas, nous nous heurtons encore, malgré ce contexte, à de nombreux obstacles. Par exemple, la ministre de la Santé avait un agenda tellement chargé qu'elle savait déjà en mai qu'elle ne pourrait pas venir au congrès du CNGE. La ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche donnait pendant le temps du congrès une entrevue au journal *Le Généraliste* pour dire qu'une quatrième année du DES de médecine générale ne s'imposait pas. Les agences de santé, et notamment la HAS, continuent à décliner des recommandations pour les médecins généralistes, élaborées par ce qu'elles considèrent être de vrais experts, ignorant superbement le fait universitaire généraliste et aboutissant à des résultats hétérogènes, parfois contestables, jusqu'à la possibilité de résultats carrément affligeants, comme concernant le SPT, *alias* Lyme chronique, que le conseil scientifique du CNGE a recommandé de surtout ne pas suivre.

Et quand nous avons vu la plénière ce matin sur les troubles fonctionnels, nous aurions eu envie de former les experts de la HAS, en les invitant au congrès du CNGE.

(applaudissements)

Certains des responsables universitaires de la médecine, les plus éminents, considèrent que la plupart des spécialités médicales relèvent des soins premiers, ou que les médecins généralistes ne sont que des médecins de base, n'ayant pas la même légitimité que les autres et dont l'existence même prête à discussion interne. Dans ce contexte, nous pouvons trouver que la route est décidément longue, mais il faut selon la doctrine, rester optimiste et garder le pessimisme pour des jours meilleurs. Nous ne devons pas être dupes, et décoder les attitudes et les raisons des décisions qui impactent

la médecine générale, la médecine générale universitaire et le système de santé dans son entier. Face à ces obstacles, deux impératifs s'imposent à nous tous.

Premièrement, continuer à construire la discipline, développer l'enseignement et la pédagogie, développer la recherche et ses projets, tranquillement, fermement inlassablement. Pour cela, tout ce qui s'est passé au cours de ces trois jours, les contenus de ce congrès, sont des ferments que je vous demande de disséminer, de relayer, de travailler, de mettre en œuvre.

Deuxièmement, construire une unité que l'on ressent fortement aujourd'hui et que Paul Wallace a ressenti fortement au cours de ce congrès, une unité de plus en plus vaste, de plus en plus solide, de plus en plus cohérente, respectant l'ensemble des sensibilités, mais permettant de faire de la médecine générale universitaire, encore plus qu'aujourd'hui, une force et un acteur à prendre en compte de manière incontournable. Pour cela, il faut rapprocher les 10 000 MSU du fait universitaire, les impliquer, les motiver, les associer. Il faut que les universitaires s'inscrivent dans cette même logique qui a été déclinée afin que les tutelles et l'ensemble des obédiences de toutes sortes prennent enfin en compte ce que nous construisons, et que le fameux, le célèbre virage ambulatoire prenne enfin une consistance qui lui fait aujourd'hui encore largement défaut.

Dans cette perspective, nous devons être consciemment les rêveurs de la médecine générale de demain. Il nous appartient d'être les rêveurs inspirés, parfois, les rêveurs sacrilèges, avant d'en être demain des rêveurs apaisés.

Enfin, sachez que j'ai parcouru les allées du congrès, ces plénières, ces ateliers et ces communications affichées, ces réunions, ces échanges, pour en écho de la plénière d'ouverture enfin trouver un rapport entre le dix-huitième congrès et le parcours et la destinée de Fritz l'éléphant, dont je rappelle qu'il est décédé à Tours et il y a plus de 110 ans. Ce sera le seul échec du congrès de Tours, et j'en assume seule l'écrasante responsabilité, pour mieux féliciter tous les acteurs de ce congrès pour leur participation et leur contribution qui marquent le grand succès de ce congrès.

Merci à tous ceux qui l'ont permis. Je ne pourrai pas tous les citer. Merci particulièrement aux salariés du siège du CNGE : Jessica Bagghi, Lina Merada, Marilyn Peronnet et Stéphane Solanille qui, tous les jours au siège et aujourd'hui au congrès, assurent beaucoup de tâches et de logistique dans l'ombre.

Remerciements au Bureau exécutif du CNGE : Xavier Lainé, Cyrille Vartanian, Olivier Saint-Lary et spécialement à Corinne Perdrix et Patrick Imbert qui ont assumé l'énorme charge dans l'organisation. Et évidemment au responsable du congrès, Michel Cunin et à toute l'équipe d'Overcome que j'appelle à rejoindre cette estrade, qui, dans le cadre du partenariat que nous avons maintenant, a permis de gagner en professionnalisme et en fluidité au cours de ce congrès.

(applaudissements)

Evidemment, merci beaucoup à toute l'équipe de Tours.

(applaudissements)

A nous maintenant de poursuivre tous ces objectifs, d'amplifier le phénomène et rendez-vous à Nantes en marinière en 2019 !

(applaudissements)

INDEX

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

John Faes 2

Moman 15