



19^e CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29
NOVEMBRE
2019

La cité des congrès de

NANTES

Plénière de clôture

Sommaire

Les grands témoins	2
I) Remise des prix de thèse CNGE et MSA et des prix des meilleures communications	2
II) Intervention des grands témoins	6
III) Conclusion du congrès	13

Vendredi 29 novembre 2019, de 16H10 à 17H30

Modérateur :

Patrick Imbert - CNGE Collège Académique

Intervenants :

France Legaré – Québec

Marie-Thérèse Lussier – Montréal

Clarisse Diabo Dina – Présidente du Jury du Prix National de Thèses

Remise des prix de thèse et des prix des meilleures communications

Présentation du congrès de Bordeaux 2020

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

Les grands témoins

Plénière modérée par Patrick IMBERT – CNGE Collège Académique

Nous arrivons au terme de la 19^e édition du congrès du CNGE, et nous allons vous proposer une plénière d'accompagnement. J'ai mis une petite phrase en dessous, qui n'est pas faite pour dire qu'il y en a trop, que c'est fini, mais qu'au fond tout commence. Nous sommes dans un congrès des records : plus de 2 000 inscrits, et probablement dans une plénière de clôture record par sa fréquentation, malgré l'attirance du retour à la maison, mais ça viendra un petit peu plus tard. Quand il n'y en a plus, il y en a encore. Pourquoi ? Parce que vous allez rentrer à la maison avec les retours, les messages maison, vous allez préparer la nouvelle saison, le nouveau congrès Nouvelle-Aquitaine, qu'on évoquera tout à l'heure.

En attendant, nous allons commencer par décerner des prix à des lauréats et, pour commencer, le prix des meilleures communications. Et pour décerner le prix des meilleures communications, je vais appeler à la tribune le président du comité scientifique de Nantes 2019, Cédric RAT.

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

1) *Prix de la meilleure communication orale*

Cédric RAT

Toutes les communications ont été évaluées au fil du congrès. Deux communications ont été évaluées ex æquo, avec la meilleure note. Il fallait choisir, et pour choisir, le comité scientifique du Congrès a fait un choix qui rappelle aussi les valeurs auxquelles est attaché le CNGE. Le prix de la meilleure communication orale est attribué à Mesdames Fanny Rinaldo et Fauve Salloom pour une communication qui s'appelle : « *Vécu du sexisme par les internes femmes en médecine générale : quelles répercussions sur leur identité professionnelle ?* ».

Fauve SALLOUM

Merci beaucoup. On tient à remercier l'organisation du Congrès de nous avoir permis de présenter notre thèse, et de l'accueil qui lui a été réservé. On remercie aussi premièrement et particulièrement les 16 femmes qui nous ont accordé leur confiance et qu'on a pu interroger. Ce qu'elles nous ont raconté n'était pas facile à livrer, et sans elle, on n'aurait pas pu avoir toutes ces données, donc on les remercie.

Fanny RINALDO

On souhaitait aussi remercier nos deux directrices de thèse, Maude Royant, qui malheureusement suite à un problème familial n'a pas pu venir à ce congrès, et Élise Fraih qui est là avec nous. C'est la toute première thèse qu'elle a accepté de diriger, et ça a été un plaisir absolu d'avoir travaillé avec elle et d'être dirigées par elle. On tenait à le lui dire.

Fauve SALLOUM

Nous, on a beaucoup aimé communiquer sur ça, parce qu'évidemment un sujet pareil, on l'a choisi pour parler, dénoncer, ouvrir la parole, et surtout mettre en lumière ces problématiques. Et maintenant, nous, ce que l'on souhaiterait, c'est de pouvoir mettre des actions en coordination avec les DMG, parce que c'est avec vous que ça se joue. On sait

que ces problématiques-là, elles sont d'autant plus vraies pour les étudiantes et les étudiants, parce que c'est une période où ils sont particulièrement vulnérables, donc c'est là que tout se joue, et c'est là qu'il faut mettre en place des actions. Voilà.

Fanny RINALDO

Oui, je pense que le message clef qu'on voulait donner, c'est que les communications c'est bien, je pense que ça permet d'en parler, d'ouvrir la parole, mais on aimerait bien qu'il y ait des actions concrètes qui soient mises en place. Comme le disait Fauve, en tant que DMG vous êtes particulièrement concernés, même en tant que maîtres de stage. Il y a encore des études récentes qui sont sorties qui disaient que c'est vraiment surtout quand on est jeune qu'on est confronté à ce genre de choses, donc il faut donner les clefs aux étudiantes et aux étudiants, et il faut les donner rapidement, et tout votre rôle est là. Je pense que c'est quelque chose qui ne s'improvise pas forcément, et on voit que des fois il manque peut-être de protocoles et de choses mises en place. Il y a des questions qui se posent, même s'il y a plein de bienveillance, il y a quand même des tâtonnements qui ne sont plus possibles maintenant. On est en 2019, il va falloir qu'on prenne le taureau par les cornes. On ne peut plus attendre.

2) Prix de la meilleure communication affichée

Patrick IMBERT

Pour le prix de la meilleure communication affichée, j'appelle Lionel Goronflot qui est le directeur du département de médecine générale de Nantes et qui est aussi membre du comité scientifique du congrès.

Lionel GORONFLOT

Le comité scientifique a aussi décidé d'honorer le meilleur poster par ce prix. L'exercice de résumer sur un poster un travail de recherche est un exercice difficile, et qui mérite effectivement une récompense. Nous allons appeler le Dr. Camille Delest du département de Lyon qui a remporté ce prix pour un travail qui est intitulé : « *Les freins et les leviers à la création des centres de santé communautaires en France : étude qualitative par focus groupe et entretiens semi-dirigés.* »

Camille DELEST

Un très grand merci. Un grand merci pour l'organisation, et puis un grand merci à Sofia Perrotin, qui est partie malheureusement un petit peu plus tôt, ma directrice de thèse qui fait partie du DMG de Lyon, et Philippe Lefevre, le membre de l'institut Renaudot. À la fois c'est très gênant d'être ici, et à la fois c'est une très bonne surprise, parce que le sujet de la médecine communautaire, je pense que c'est un sujet peu connu. Voilà, c'est une chose très positive, et je serais ravie de venir en parler avec des gens qui veulent échanger sur le sujet ou des gens qui veulent créer des centres plus tard, ce sera avec plaisir. Merci beaucoup.

3) Prix de thèse

Patrick IMBERT

Merci. Maintenant nous allons passer aux thèses. Et devant le dynamisme des thèses qui ont été soumises, devant le nombre de thèses soumises, le CNGE a décidé de décerner un prix spécial d'encouragement. Et le prix spécial d'encouragement cette année est décerné à Aurélia Thieffry pour « *Violences conjugales et grossesses : étude d'impact d'une sensibilisation au sein du réseau périnatal de Roubaix* ».

Aurélia THIEFFRY

Merci beaucoup. Ma directrice de thèse n'est pas là aujourd'hui parce qu'elle n'est pas médecin généraliste. Mais je tenais tout particulièrement à remercier Anita Tilly, qui fait partie

du DMG de Lille et qui faisait partie de mon jury de thèse, et qui m'a accompagnée pour cette soumission. Voilà.

Patrick IMBERT

Ce prix est doté de quelques ouvrages du CNGE et d'une somme de 500 euros.

Aurélia THIEFFRY

Merci.

Patrick IMBERT

Maintenant, nous allons passer au prix de thèse de la Mutualité sociale agricole, prix de thèse qui a été décerné parmi les thèses soumises au CNGE, qui a été décerné – vous allez le savoir, à qui – et il n'y a pas de différence avec les autres thèses qui ont été soumises au CNGE, simplement c'est un autre comité scientifique, un comité scientifique indépendant du jury national du prix de thèse, du CNGE. Je vais appeler Monsieur Eric Van Dael qui est administrateur à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, et qui est aussi administrateur à la caisse locale Loire Atlantique-Vendée.

Eric VAN DAEL

Merci beaucoup. Si on m'avait dit qu'un jour je remettrais un prix de thèse de médecine, je ne l'aurais pas cru, parce que dans mon métier, j'enseigne la viticulture, ce qui n'a pas grand-chose à voir. Vous le savez tous, mais parfois il faut le répéter quand même : la MSA, c'est le régime de protection sociale des salariés de l'agriculture, des organisations professionnelles agricoles et des agriculteurs. Nous avons depuis longtemps la conviction qu'il faut favoriser de nouveaux modes d'exercice et de nouvelles pratiques en vue notamment d'inciter les médecins généralistes à venir dans nos zones rurales. C'est pourquoi on a travaillé, on a initié des réseaux de soins expérimentaux, créé le concept de maisons rurales de santé. On a aussi accompagné depuis la nuit des temps des hôpitaux qui se sont d'abord appelés ruraux, puis locaux, et qui maintenant s'appellent hôpitaux de proximité. On a initié des actions expérimentales de protocoles de coopération entre professionnels de santé, Pays de santé notamment. Cette implication de la MSA, elle continue au travers des maisons de santé pluriprofessionnelles et encore de l'appui en ingénierie pour les communautés professionnelles de santé territoriale, les CPST, sur les territoires en particulier ruraux, un peu éloignés.

Je voulais vous dire ça, et je voulais également vous parler de ce partenariat que nous avons avec la CNGE. Le triple objectif que nous avons ensemble, c'est d'améliorer la connaissance de l'exercice de la médecine en milieu rural par les étudiants, d'identifier, évidemment, la MSA, parce qu'on n'est jamais mieux servi que par soi-même, et au travers de ce partenariat, tout le monde sait maintenant que la MSA, c'est certes une assurance maladie, mais c'est aussi la retraite, c'est aussi la famille, c'est aussi la médecine du travail et l'assurance accident du travail et maladie professionnelle. Et enfin le dernier objectif : 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 et de les intégrer à des groupes de pairs en vue d'analyse de pratiques ou de dossiers complexes. Des coopérations également dans le cadre du volet recherche au travers d'évaluations de l'action locale, comme le forfait diététicien-psychologue proposé en maisons de santé polyprofessionnelles.

Ça, c'était pour le partenariat. Et maintenant que j'ai bien fait durer le suspense, je vais vous dire qui bénéficie de ce prix spécial de la MSA. Il s'agit en fait non pas d'un médecin, mais de deux : Alix Bès de Berc et Yacine Guessoum. Ils ne sont pas là, donc ils seront représentés par leur directrice de thèse, Camille Lévêque.

Je vais encore dire deux mots. D'abord le titre : sur quoi ont-ils travaillé ? Un titre un peu long : « *Femmes victimes de violences sexuelles : étude qualitative sur les freins ressentis au recours au médecin généraliste* ». Chaque mot à son importance. Et à la faculté de médecine de Bordeaux.

Notre commission, si elle a reconnu cette thèse, c'est parce que le sujet est amplement d'actualité. Dans une parution de ce mois-ci du Conseil national de l'ordre des médecins, il est dénoté que 219 000 femmes majeures sont victimes de violences sexuelles par leur partenaire, actuel ou ancien. Aujourd'hui même, le Haut conseil à l'égalité a remis un rapport à Marlène Schiappa sur cette question. Nous nous sommes dit également que c'est un problème qui prend un accent particulier en zone rurale, où il y a moins de tissu associatif, moins de recours pour faire ce chemin qui est l'accueil, l'orientation, la prise en charge des personnes. Mais est-ce mieux que l'anonymat des villes ?

En tout cas, les violences sont toujours majorées quand il y a de l'isolement, le déni et le silence, et cette thèse rappelle la nécessité de veiller à favoriser la présence de lieux d'écoute neutres, la formation des professionnels que vous êtes aux premiers recours susceptibles de repérer ainsi que de permettre cette prise en charge. La conclusion de cette thèse met également l'accent sur la plus-value de l'exercice en groupes, le lien à construire aussi avec les interlocuteurs médico-sociaux. Ce sont des propositions qui peuvent trouver une déclinaison concrète au sein des structures d'exercice coordonné que la MSA favorise dans les milieux ruraux. Nous sommes très fiers de remettre ce prix à ces deux jeunes étudiants, et on vous expliquera pourquoi il fallait absolument qu'il y ait un homme et une femme.

Camille LEVEQUE

Merci beaucoup. La plupart des résultats ont finalement été dits, mais je vais quand même en dire un petit mot. Tout d'abord, Yacine et Alix remercient toute l'organisation du Congrès et regrettent de ne pas avoir pu être là cet après-midi. C'est un sujet qui leur tenait à cœur, et qu'ils ont décidé de faire avec Alix, qui est une femme, et Yacine un homme, pour pouvoir permettre, on va dire, d'éviter les biais liés au genre sur ce genre de thèse qualitative.

Les résultats principaux, il y en a des connus : la plupart des femmes ont du mal à s'identifier en tant que victimes, par mémoire traumatique, par amnésie des faits. Avant de reconnaître les violences, il y a tout un cap à passer. Il y a aussi une loi du silence, on en a déjà un peu parlé, entre les pressions de l'agresseur, des fois des pressions familiales, je parle en particulier pour les violences incestueuses, ou encore des difficultés liées au médecin généraliste, parce qu'elles ne se sentent pas forcément en confiance. Il apparaît aussi que certaines ne savent pas trop si c'est notre rôle ou pas d'intervenir, et nous disent qu'elles ne sont pas dépistées, on ne leur pose pas la question. Du coup, le rôle du médecin généraliste, pour elles, n'est pas clair.

Moi j'aimerais aussi insister sur un résultat auquel on ne s'attendait pas : c'est l'importance de nos réactions. L'importance des réactions des médecins, mais aussi de tout acteur dans la prise en charge, que ce soit au niveau de la justice, au niveau des acteurs sociaux, associatifs. Si jamais les victimes ne se sentent pas reconnues en tant que victimes, si on ne les écoute pas, qu'on banalise, qu'on minimise, ce sont des femmes qu'on va perdre totalement dans le soin, c'est-à-dire qu'elles ne vont pas en reparler, que ce soit à un médecin ou à quelqu'un d'autre. Donc les messages phares, c'est : essayez de dépister comme vous pouvez, essayez de vous renseigner sur votre réseau associatif local, sur le maillage territorial, qu'il faudrait – attention, message politique – améliorer, en particulier dans les territoires ruraux, et surtout ne pas minimiser, ne pas banaliser, les reconnaître en tant que victimes, et surtout créer une relation de confiance avec elles. Voilà, je vous remercie.

Patrick IMBERT

Bien, merci Camille Lévêque, et merci à la MSA pour participer à l'essor de la médecine générale et à la recherche en médecine générale.

Maintenant, je vais appeler Clarisse Dibao Dina, qui était la présidente du jury du prix national de thèse, le prix du CNGE.

Clarisse DIBAO-DINA

Merci beaucoup. J'ai l'honneur de remettre cette année le prix national de thèse du CNGE. Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble du jury qui m'a aidée à évaluer les travaux de thèse de qualité que nous avons reçus cette année, à savoir Maud Jourdain, Marie Barret, Pierre-André Bonnet, William Durieux, Yoann Gaboreau et Elodie Million. Merci à eux. Et le choix du jury a été unanime, cette année. Le travail choisi allie à la fois une méthode rigoureuse, une écriture limpide au service d'une thématique pertinente pour les soins premiers. Et je dirais même plus, cette année l'ensemble des jurys ont été unanimes, car comme il l'a été précisé, le jury du prix national du CNGE et le jury du prix de la MSA sont indépendants, et donc le prix national de thèse du CNGE est remis à Yacine Guessoum et à Alix Bès de Berc pour leur travail. Bravo à eux, doublement.

Camille LEVEQUE

Merci beaucoup, ils seront doublement fiers, du coup.

Patrick IMBERT

Bien merci, donc voilà les lauréats 2019.

Dans ce congrès, vous l'avez remarqué, on a beaucoup parlé de décision médicale partagée, nous avons communiqué, et donc nous avons choisi, pour accompagner notre congrès, d'avoir deux grands témoins. Ces grands témoins nous viennent d'Amérique du Nord. Nous avons Marie-Thérèse Lussier, que vous connaissez probablement pour ses travaux en communication, qui nous vient de Montréal ; et France Legaré, qui vient d'un tout petit peu moins loin, qui vient de Québec, et qui a plutôt comme cheval de bataille la décision médicale partagée. Nous allons leur demander comment a été vécu ce congrès, et Marie-Thérèse Lussier va commencer.

II) Intervention des grands témoins

Marie-Thérèse LUSSIER

C'est impressionnant. Merci beaucoup de l'accueil, merci pour les applaudissements, j'ai quelques notes pour n'oublier personne, et ensuite je vais laisser les notes de côté.

J'aimerais d'abord remercier Messieurs les Président et Vice-Président du CNGE, le Pr. Vincent Renard et Olivier Saint-Lary pour cette belle invitation à intervenir au titre de Grand Témoin de votre magnifique congrès 2019. J'en suis vraiment, franchement et sincèrement honorée. Je voudrais également remercier les présidents du comité organisateur, les présidentes et les présidents : Mesdames Rosalie Rousseau, que je connais depuis bien longtemps et qui me touche beaucoup, Pauline Jeanmougin que je ne connaissais pas avant aujourd'hui, et Monsieur Michel Cunin, et évidemment l'ensemble des membres du bureau du CNGE et l'ensemble des personnes qui ont contribué au succès phénoménal de nos derniers trois jours passés ensemble.

D'entrée de jeu, moi je ne suis pas dans ma zone de confort, parce que j'aime bien avoir le temps de préparer une présentation, et là on me demande, un peu à chaud, comme ça, mes impressions. Alors soyez indulgents, je vais aller très simplement et de façon personnelle pour vous dire ce que j'ai retenu et ce qu'évoquent les discussions qu'on a eues au cours des trois dernières journées que j'ai osé, peut-être, appeler un triathlon en ce sens que c'était la CNGE, mais sous ses aspects de soin, de pédagogie et de recherche. Et c'était plus qu'un marathon, alors merci beaucoup de me donner cette occasion-là, et il y a peut-être quelques personnes que je suis en train d'oublier, c'est le Pr. Jean-Pierre Lebeau qui, le premier, m'a parlé de cette possibilité-là. Je ne sais pas où tu es dans la salle, Jean-Pierre, mais vraiment merci beaucoup.

Je viens comme on l'a dit d'outre-Atlantique, alors j'ai pensé commencer par un petit quiz. J'aime beaucoup faire participer les gens, alors il n'y a pas trop de mauvaises réponses, je pense que c'est assez simple. Vous avez une carte du Canada, et les provinces sont

numérotées. Quel est le chiffre chanceux pour la province d'où France et moi venons ? Bon, alors vous connaissez très bien, donc c'est bon. Voici le Canada. J'ai pris trois lentilles pour essayer d'analyser l'expérience que j'avais eue ces trois derniers jours. La plupart d'entre vous connaissent les travaux que mon collègue et conjoint Claude Richard et moi faisons en termes de communication, mais je voulais quand même vous dire d'où je viens, un peu, pour expliquer probablement les choix sur lesquels je vais passer un petit plus de temps dans les 10 minutes qui me restent.

Je suis clinicienne, et j'ai travaillé depuis plus de 30 ans dans une structure pluriprofessionnelle, comme vous les appelez, plus récemment en GMF universitaire, un groupe de médecine de famille. J'ai fait le suivi de patients qui ont vieilli avec moi, et j'ai eu le bonheur d'assurer leurs soins pendant une trentaine d'années. Je suis aussi, comme enseignante, très impliquée en pédagogie, que ce soit en formation initiale, en résidence, ce qui est votre internat, en formation continue et même plus récemment auprès de médecins en difficultés qui me sont référés par le collège des médecins du Québec, en particulier pour les problèmes de communication et de professionnalisme. Et puis finalement, comme chercheur autonome. Plusieurs de mes travaux portent sur l'analyse de la communication entre professionnels de la santé et patients, ou leurs proches. Mais j'ai aussi un intérêt pour l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et la communication dans le cadre de la gestion des maladies chroniques en soins de première ligne. J'ai utilisé ces trois lentilles-là pour essayer d'arriver à quelques observations.

Mon premier choc comme experte en communication, c'était de vous faire un petit clin d'œil sur ce nuage de mots que j'ai constitués avec une liste bien partielle de l'ensemble des acronymes que j'ai appris dans les derniers jours. J'ai été un peu surprise de voir à quel point notre vocabulaire pour expliquer notre organisation de soins, notre pédagogie et peut-être un peu moins la recherche, mais comme quoi c'est différent. Vous avez été très généreux pour m'expliquer le sens des multiples acronymes, alors vais partir enrichie d'un point de vue de mon vocabulaire. Et je vais me rappeler qu'au moment où vous allez venir nous voir au Québec, que nous aussi on a vraiment un grand nombre d'acronymes, et on fera un effort pour vous faciliter la compréhension.

Très rapidement, commentaires généraux au comité organisateur version 3.0. Je n'ai pas voulu mettre « organisation 3.0 » parce que là, je me suis dit : « ils vont peut-être penser que c'est sur 10, ou pire, sur 100 », mais c'est vraiment 3.0, comme vous dites, « nickel », que ce soit au niveau de la fluidité que de la clarté du programme, les choix, l'accueil, l'armée de bénévoles qui nous a soutenus tout au long. Vraiment, bravo.

La deuxième, évidemment de façon très générale, et tout le monde le dit, ce n'est pas nouveau, mais c'est l'étendue, la richesse et l'originalité des sujets traités. On vient de le voir avec les sujets qui ont été traités pour les thèses, qui ont été abordés dans les présentations orales. Moi j'ai été ébahie et intéressée à plusieurs niveaux tout au long de ces trois jours-là. La rigueur scientifique avec laquelle les présentations sont faites est impressionnante, que ce soit des présentations de recherche dans un modèle plus quantitatif, ou encore le quantitatif, je pense que vous semblez être extrêmement bien formés pour faire la réédition des résultats obtenus par des approches qualitatives.

Et finalement, un mot : j'avais l'occasion de souper avec des amis québécois et belges hier soir, et puis ils me faisaient part d'une remarque, j'ai dit : « écoute, il faut que je partage ça ». La considération et le respect dont les patients ont fait l'objet dans toutes les plénières, dans toutes les présentations, même si le patient n'est pas toujours partenaire des recherches et des soins et de la pédagogie, on sent quand même la profonde considération et le respect qui leur sont voués. Merci pour ça, et je pense que nos patients devraient savoir que vous les traitez de cette façon-là.

Alors quelques réflexions, peut-être plus précises – j'attends mon signal, n'est-ce pas, pour m'assurer que je suis toujours dans les bons temps. Ma première expérience au CNGE, c'était 2006, je crois. Je peux vous dire qu'entre 2006 et 2019, c'est un saut quantique. Votre discipline universitaire de médecine générale, je crois que vous n'avez pas de question à vous poser, elle est arrivée à maturité, la maturité est arrivée. *You are alive and well*, comme on dit en Amérique, et je dirais même plus : *you are thriving*, vous avez le vent dans les

voiles, la relève qu'on remarque ici, le nombre d'internes qui étaient ici, les jeunes médecins, bravo. Et c'est tout à l'honneur du CNGE d'organiser les choses pour que ces gens-là aient la parole et qu'ils puissent venir présenter, encore une fois j'ai été impressionnée par ça. Je pense quand même que l'émergence du concept de citoyen-patient-usager, on ne sait plus trop comment y référer, et puis on ne veut insulter personne, mais l'émergence du concept de partenariat, on sent qu'il a été traité avec le modèle « Montréal », comme on aime l'appeler maintenant, qui était là en filigrane à tout moment, que ce soit au niveau des conférences sur les soins, que ce soit en pédagogie. Dans les soins, c'était évidemment la décision partagée qui était au premier chef. Dans la pédagogie, on a parlé de pair enseignant, on a parlé de patient pouvant évaluer les comportements professionnels des médecins, et chez nous on a même des expériences en cours en ce moment où les patients participent à l'évaluation de nos internes. En recherche, on l'a senti un peu moins, mais je pense que ça ne va pas tarder.

Je pense que la dernière réflexion sur cette diapo c'est vraiment, on l'a dit à répétition, la pratique professionnelle de médecine générale est en transformation profonde en ce moment, et constante. Et je pense que l'impact « patient », on ne l'a pas encore senti dans sa pleine puissance. Pourquoi on dit que c'est en transformation ? On a parlé des organisations pluriprofessionnelles, c'est à peu près impossible, maintenant, de faire des soins qui sont coordonnés, globaux, tout seul dans son cabinet. Et je pense qu'il y a une mouvance, là, que la direction de cette mouvance-là ne va pas changer. Je pense que toute la technologie qui est à notre disposition et change de façon je dirais directe la façon dont on examine les patients. Toute la notion du toucher, qui est maintenant médiée par beaucoup d'instruments, j'en ai mentionné quelques-uns qui sont là, ce sont des choses qu'on pourrait regarder au niveau de nos recherches. La présence du dossier médical électronique, évidemment, à cause de mon intérêt, j'ai assisté à plusieurs présentations sur le dossier médical électronique. Je pense que c'est un outil merveilleux mais qui n'est probablement pas utilisé en ce moment à sa pleine valeur. Je pense qu'on en a plus les effets délétères que les effets optimaux, j'y reviens dans quelques instants. En fait, quand je vous disais : « l'avalanche qui s'en vient », ce sont les patients et les proches qui vont avoir accès à de plus en plus d'informations, et souvent d'excellente qualité. On peut penser à la révolution de l'E. santé, de la m-santé avec la mobilité, l'accès n'est vraiment pas problématique. Au Québec maintenant, on a le carnet santé Québec, où les patients ont accès à tous leurs résultats de laboratoire, d'imagerie, leurs prescriptions, ils peuvent prendre des rendez-vous, ils peuvent s'inscrire pour rechercher un médecin de famille. À terme, ce carnet de santé sera connecté éventuellement au dossier médical électronique.

La grande transformation dont je vous parle, c'est ce que les Américains – il y a des dictons traditionnels où c'est : le médecin va vous voir, maintenant, le médecin est prêt à vous voir, et il y a des écrits d'Eric Topol, qui est un cardiologue américain qui a travaillé beaucoup en technologies de l'information et de l'impact de la technologie de l'information sur nos soins. Maintenant, c'est le patient qui est prêt à nous voir. Le patient est susceptible d'arriver. On a plusieurs présentations où on a parlé du malaise que ça créait, surtout chez les jeunes médecins qui se sentaient un peu mis sur la défensive. Et puis je pense qu'on a beaucoup de choses à apprendre pour ne pas se retrouver dans cette situation-là. Pour moi, cette transformation-là a des implications, des implications qui méritent des actions. Des actions au niveau de nos soins et de la formation, mais aussi au niveau de la recherche. Pour les soins et la formation de mon médecin généraliste, je pense que le concept de collaboration interprofessionnelle, je regardais encore le référentiel métier et tout ça, je pense qu'il va falloir que ce soit plus explicite, je pense qu'il y a des compétences à apprendre en termes de communication, en termes de partage de la responsabilité, et ce sont des choses qui doivent s'apprendre pour être capables de les faire correctement. C'est une grande responsabilité à partager.

Ensuite, on a parlé beaucoup de la communication avec ses patients, et je pense qu'avec tous les exemples que j'ai pu entendre au cours de la conférence, je pense qu'on va devoir parler des communications. Les contextes de soin, les situations particulières avec lesquelles les gens se présentent, nous amènent à pousser un peu plus loin. J'ai été étonnée du nombre de présentations auxquelles j'ai assisté, où on disait en fin de compte que c'était

au travers de la parole, au travers de la communication qu'on avait des solutions aux problèmes qu'on avait étudiés. Pas tous, évidemment, j'aime beaucoup la communication mais quand même. Mais c'est quand même un outil très, très, très puissant, c'est l'éléphant dans la pièce, et je sais que vous êtes sensibles à cette dimension-là.

Et le troisième acteur dans la pièce qu'il ne faut jamais oublier, c'est notre dossier médical électronique, qui nous demande une charge cognitive incroyable et qui est souvent incompatible avec le geste d'attention qui est nécessaire pour entendre la voix des patients. Il y a même des chercheurs qui ont parlé d'une conversation tactile, qui est parallèle à la conversation orale.

Dernier point, je pense encore là que nos outils, en termes d'éducation à la santé, je pense qu'on sous-utilise les instruments qui sont à notre disposition, et je vous encourage à vous intéresser à cette problématique-là, sur comment on pourrait avoir recours aux technologies de l'information, entre autres notre dossier médical électronique, pour outiller nos patients et les diriger vers des sources d'information qui sont fiables.

Qu'est-ce que ça a comme implications au niveau de la recherche ? Entre autres, je pense que maintenant qu'on a le dossier médical électronique, ça nous ouvre des portes incroyables. On était prisonniers d'un dossier papier. Vous avez de l'avance ici en France par rapport au Québec, mais chez nous ça fait peut-être cinq ans que la plupart des médecins ont un dossier médical informatique, mais malheureusement il est encore utilisé la plupart du temps pour documenter, puis une fois qu'on a documenté notre consultation, en fait on a très peu de contrôle sur ce qu'on peut demander à notre logiciel. Je pense que comme discipline, il faut se pencher là-dessus, et je suis contente d'entendre que des réseaux de recherche sont en train de se mettre en place, et des groupes qui ont particulièrement un intérêt à être capables d'accéder à la donnée, à l'exploiter et à la comprendre. Mais il y a deux aspects à cela : j'ai entendu beaucoup d'exploitation pour des fins de recherche, ce qui est extraordinaire, ce qui est très bien, mais je pense aussi que l'accès pour l'amélioration continue de la qualité, d'avoir un retour sur nos pratiques, et de pouvoir faire des essais-erreurs sur des innovations pour tenter de pallier des difficultés qu'on aurait pu identifier. Alors je vous encourage beaucoup à penser pas juste en termes de recherche qu'on peut faire sur nos immenses bases de données, ça va être une richesse incroyable, les gens vont cogner à nos portes, parce qu'on est probablement les porteurs de la plus grande quantité de données cliniques, et pas juste administratives.

En terminant, au Québec depuis quelques années on s'intéresse beaucoup à un modèle qui s'appelle le système de santé apprenant. Ça a été introduit beaucoup chez nous par un de nos collègues de l'université de Sherbrooke qui est le Dr. Jean-François Ethier, qui est un médecin-informaticien, et qui a fait son doctorat ici en Europe sur un projet qui s'appelle TRANSFoRm. L'idée du schéma qui est devant vous, c'est de montrer comment on peut faire une intégration dans des activités très proches du terrain. Ici en haut, on a l'endroit où les soins sont administrés, et qui produisent évidemment des données de santé quand c'est consigné dans l'accord. Avec ces données de santé dans les bases de données, on peut faire des études comme on l'a vu cet après-midi, des études avec des devis rétrospectifs, mais on peut aussi imaginer des belles recherches prospectives. Ça nous donne de la donnée de la recherche, ça génère des connaissances, et les connaissances peuvent être réintégrées à la pratique de routine de tous les jours. C'est vraiment un cercle vertueux, que je pense que la médecine générale est à même de prendre à bras le corps, et de faire en sorte que le travail qu'on fait en clinique et la généralisation des connaissances soient plus rapprochés.

Pour faire tout ça, il nous faut des infrastructures. Ma collègue France va vous entretenir beaucoup sur comment est-ce qu'on organise la recherche ou même l'évaluation de la qualité, puis le message clef, c'est que ça prend des structures, ça prend des ressources, ça prend un peu de financement, et je vois qu'il y a beaucoup d'intérêt actuellement au Québec. Sur ce, je passe la parole à ma collègue. Merci.

France LEGARE

Bonjour tout le monde. Marie-Thérèse et moi, on se connaît depuis 30 ans. On s'était partagé le travail, puisqu'elle a remercié les personnes qui ont organisé le congrès. J'aimerais bien les remercier un à un, mais moi j'avais la tâche de vous remercier chacun et chacune de vous, parce que vous nous avez fait vivre de grands moments. Bravo tout le monde, parce que vous avez été formidables. Bravo.

En effet, je suis juste un tout petit peu plus proche que Marie-Thérèse de vous, puisque je suis à la ville de Québec, qui est un petit peu plus à l'est, et notre département de médecine familiale et de médecine d'urgence couvre tout l'est-Québec. La première sensation que j'ai eue, ceux qui m'ont suivie sur Twitter, parce que j'essaie d'y être très active – je vous ai mis mon compte là – c'est : « Wow ! » Franchement, là, j'ai passé des journées extraordinaires, je ne savais pas où donner de la tête. Tout était intéressant, je voulais tout voir, puis ça aide d'avoir le décalage horaire, parce que je n'ai pas dormi. Il y avait une deuxième journée qui m'attendait quand j'arrivais le soir, pour faire des suivis avec les gens de Québec. Mais franchement, vous avez été extraordinaires, en tout cas c'est un coup de cœur, plus qu'un coup de cœur, Marie-Thérèse vous l'a dit, c'est plus qu'une maturité. En fait, je le disais à plusieurs d'entre vous, vous êtes le vaisseau amiral de la francophonie. Ne l'oubliez pas, on a besoin de vous autres, puis on veut travailler avec vous autres, donc on est vraiment très heureux de ce qu'on a découvert.

Moi, je vais y aller avec ce que j'ai eu à vivre comme médecin de médecine familiale – c'est comme ça qu'on les appelle au Québec, médecine générale – qui a voulu s'intéresser à la recherche autour de l'année 1995 et qui a réfléchi à la chose. Pour moi, il est clair qu'on a un problème de fondation. D'ailleurs mon premier bac, je ne l'ai pas dit à tout le monde mais je suis architecte de formation quand j'étais très, très jeune. Puis au Québec, si vous voulez construire quelque chose qui soit stable, il faut que votre fondation soit capable de vivre l'hiver, parce qu'il y a du gel et du dégel. Donc si vous avez un problème de fondation...

Puis qu'est-ce qu'on veut dire par ça ? J'utilisais beaucoup ces images-là. C'est qu'il y a beaucoup de gaspillage en recherche, pour ceux et celles qui ont vu le numéro du Lancet qui nous a fait réveiller un peu durement en 2014, certains de nos collègues, on pense à Paul Glasziou, des gens en Angleterre, qui nous disent que 85 % de ce qui se dépense en recherche est un gaspillage. Bon, c'est pour faire la première page d'un journal, c'est très marqué, mais ils ont quand même quelques argumentaires. Et à quelques pas, on le retourne puis on le regarde vers nous, puis c'est l'exercice que j'avais fait en 2014, c'est que j'ai regardé le financement que notre plus grande source de financement au Canada, qui sont les Instituts de recherche en santé du Canada, donne, et je veux juste vous démontrer, et je crois que mes collègues du collège de médecine de famille du Canada étaient repartis aux IRSC pour leur faire valoir : les IRSC ont à peu près un milliard de dollars – non, pas un milliard, mais en tout cas beaucoup d'argent – chaque année, puis nous on représente à peu près 1,6 % de l'argent. Alors que si vous connaissez l'écologie des soins, on voit à peu près 35 % des visites dans une journée en termes de gens qui ont un symptôme. Je pense que ça, ça a fait beaucoup jaser et réfléchir, parce qu'il faut remonter face aux actions politiques, et je remercie tous les gens qui sont ici et qui font cette action politique là.

Cet argent-là, il devrait être en fonction de ce qui est vu dans le système de soins, et ce n'est pas le cas actuellement. Alors il faut faire des actions politiques, d'où l'importance des gens qui sont assis là. Il faut corriger cette situation-là, et à mon avis c'est l'instance aussi qu'on a eue. La toute petite différence, c'est que Marie-Thérèse a été très canadienne et polie, nous autres on dit toujours qu'on s'excuse avant de dire quelque chose de méchant, ça passe mieux. Alors elle a dit : « un petit peu d'argent », mais moi je vais vous dire : c'est de beaucoup d'argent qu'on a besoin, et je ne suis pas gênée du tout, du tout, de le dire. Parce que notre infrastructure, elle repose sur les relations humaines, et ça, ça coûte cher. Et c'est ça, des fois, qu'on oublie, parce qu'on est allé un peu à négocier à la baisse, et encore, là j'ai vu des jeunes femmes aujourd'hui qui sont très dynamiques et qui vont nous défendre un peu mieux. Donc on a besoin d'argent, de beaucoup d'argent, il ne faut pas être gêné.

Cette infrastructure-là, ce sont des ressources humaines, matérielles, financières, ce sont des espaces de recherche. Notre laboratoire, c'est comme ça qu'on l'a construit, c'est comme ça que tu l'as construit, ce sont des espaces où on a un « point de service ». Nous, on a mis 25 mètres carrés dans toutes nos cliniques, même celles qui sont à 2 000 kilomètres de la ville de Québec et sont en région rurale, on possède 25 mètres carrés avec tout l'équipement nécessaire sur place, puis ce qu'on veut, c'est qu'il y ait même des gens, tout le temps, qui ont un bandeau recherche, c'est écrit sur les portes : « recherche ». Parce qu'on veut que le mot recherche soit au « point de service », au *point of care*. Ça, ce sont des choses qui coûtent de l'argent.

Juste pour vous rappeler, puis c'est l'idée encore : moi, quand j'ai commencé à faire de la recherche dans l'année 1995, c'est vrai, je travaillais dans les salles d'attente avec les patients et les patientes qui attendaient, j'allais les voir, c'était très – excusez l'anglicisme – disruptive. Puis tu ne fais pas nécessairement une bonne recherche. On a vraiment besoin d'une chambre à nous-mêmes pour faire nos recherches, je le répète, je tape sur le clou, notre laboratoire, ce sont nos cliniques. Et donc la façon qu'on s'est construits, puis je vais aller tout de suite pour rajouter tout ce qui va dedans, c'est qu'on commence toujours avec l'idée – excusez mes anglicismes, pardonnez-les moi, mais la semaine passée j'étais au North American Primary Care Research Group qui est notre grande réunion nord-américaine de la recherche en soins primaires, donc j'ai à ce moment-là beaucoup échangé avec mes collègues américains et canadiens-anglais. On repose, nous autres, nos efforts sur ces réseaux-là de recherche dans nos cliniques, qu'on appelle les *primary care practice-based research network*. Ce sont les réseaux de recherche où naissent les questions de recherche de nos cliniciens, de nos patients, et certains d'entre vous ont sûrement entendu parler de la Jensing Alliance en Angleterre pour générer ces questions-là. Il ne faut jamais l'oublier : ce sont nos sources de questions, et plus important que ça, ce sont nos plus grands alliés, et je vous dirais que c'est notre plus grande force dans le monde et dans l'univers de la recherche, notre capacité de lever les milieux cliniques de première ligne.

Par la suite, beaucoup d'entre vous, puis là je vais aller avec ce que j'ai vu, parce que j'ai vu des choses extraordinaires : synthèse des connaissances, j'ai vu d'excellents travaux, je peux nommer Tiphane Bouchez de Nice, qui a présenté une synthèse sur les sujets de recherche en soins primaires en France. Je lui ai dit que je souhaite la voir publiée. Christophe Berkhout à Lille, une revue systématique de l'effet Hawthorne, donc ça aussi c'est important à publier, et j'ai vu des travaux extraordinaires. Après ça, il y a les concepts et les modèles, et c'est quelque chose où je trouve encore là que la pensée française est extrêmement puissante. Alors les gens ont fait référence à des modèles, on pense à la grande équipe de travail dédicace cancer du sein qui ont présenté des modèles de prise de décision partagée. Ça, c'est aussi très important. J'ai vu des travaux sur les mesures, parce qu'il nous faut être partout. On ne peut pas laisser ça à d'autres. Partout, il faut y être.

Des travaux, aussi, sur les mesures, développer des échelles, ramener des échelles de la langue anglaise en français. Cet après-midi, j'étais dans un atelier sur la grille REFLECT, c'est aussi une sorte de grille pour nous aider à évaluer ou mesurer.

Les méthodes. Moi j'ai osé dire il n'y a pas longtemps, et personne ne m'a contredit vraiment : je pense que les soins primaires, la médecine générale, notre clinique, on est les experts – excusez l'anglicisme – des *cluster randomized trials*. Les devis par grappes, là, c'est nous autres, beaucoup, beaucoup. Puis j'ai vu aussi du *stepped-wedge* arriver, aussi, puis ça c'est beaucoup nous autres aussi. Encore là, c'est nous autres qui devons développer aussi des méthodes, parce que des fois on a l'impression que les mathématiques, un plus un fera toujours deux, puis là il y a des mathématiciens qui ont commencé à me dire que ce n'est pas le cas, que ça change, ça, des fois. Alors « test radical moyen ». On est au cœur du développement de méthodes, et c'est à nous de prendre justement le taureau – on le prend par où, le taureau ? Par les cornes, c'est bon. Enfin vous voyez, je suis passionnée. Et je vous dis qu'à chaque niveau, ou à chaque bulle, on est là et on doit être là, parce qu'il n'y a que nous qui pouvons contribuer avec la vision qu'on a, et je ne vais pas oublier, justement, nos patients.

J'étais contente que Marie-Thérèse y fasse référence. Étude descriptive, donc du transversal, avec des méthodes qualitatives, j'ai vu d'excellents travaux. D'ailleurs, les travaux qui ont été primés cet après-midi en disent beaucoup sur la rigueur en recherche qualitative, donc c'est du descriptif quantitatif, j'ai vu d'excellents travaux. Et intervention, des choses très impressionnantes, un matin, donc *stepped-wedge*, *cluster randomized trial*, excusez mes anglicismes, pardonnez-les moi, et de très grandes études internationales financées à la hauteur de 6 millions d'euros. Par chance, j'étais assise pour ne pas tomber, parce que c'était très impressionnant. Félicitation, vous réalisez de grandes choses.

La chose que j'ai ajoutée et que je n'ai pas beaucoup vue, ou ça n'a pas toujours été dit clairement, c'était : quand on a fait des travaux et qu'on a des résultats extraordinaires comme vous avez, après ça on veut... et puis ça, actuellement, ça fait l'objet de beaucoup de réflexion, entre autres au Canada, qu'on a appelé le « Pays des projets pilotes », aux États-Unis aussi : c'est la mise à l'échelle, le fameux *scaling*. Et donc toute cette idée-là maintenant, quand c'est bon, qu'on l'a observé dans quelques endroits, comment on s'assure qu'on amène ça partout ? Je n'ai pas de réponse à ça, mais je veux juste vous dire qu'actuellement, c'est l'objet d'énormément de financements au Canada puis aux États-Unis. Et la pérennité, parce que des fois on arrive dans un milieu, et on fait quelque chose d'extraordinaire, les gens l'utilisent, et puis à un moment donné on retourne quelques années après, et puis ça n'a pas tenu. Là, il faut réfléchir : est-ce que c'était juste ponctuel à cause de la recherche, ou autre chose ? Mais je veux vous dire qu'actuellement, ce sont des choses qui sont hautement finançables.

Et ce qui a toujours été dans l'implicite, puis c'est extraordinaire, franchement vous avez une force de frappe incroyable, c'est de construire la capacité. Amener nos jeunes à s'intéresser à la recherche, à construire. Ce que je n'ai pas beaucoup vu, puis je vais vous le mentionner avec beaucoup de respect, c'est qu'il faut être présent au programme de maîtrise, doctorat et post-doctorat. Il faut créer aussi de la force et recevoir nos étudiants de maîtrise en épidémiologie, épidémiologie clinique, sociologie, anthropologie, il faut les former. Il faut être des plateformes qui sont capables aussi d'accueillir ces gens-là, pour justement qu'ils s'approprient le milieu de la recherche en soins primaires.

Des fois quand les gens nous demandent pourquoi on devrait poser et être tout près de nos milieux cliniques, cliniciens et patients, pour justement partir de nos idées de recherche : encore là dans le fameux numéro de 2014 du *Lancet*, ici je voulais juste démontrer, à gauche vous avez ce que des patients et des cliniciens vont vous demander comme sujets de recherche, puis vous en avez présenté pendant les trois jours. Ils vont vous demander de faire de la recherche sur : qu'est-ce qui marche en éducation, en training, qu'est-ce qui marche dans les services de santé, qu'est-ce qui marche comme interventions psychologiques ? Ce genre de choses-là. Alors que si on n'est pas là pour donner ces idées et les susciter – je le répète encore, la plateforme de base – ce qui va nous arriver par d'autres sources, même publiques, financées, ça va être beaucoup des essais cliniques « randomisés » sur des médicaments ou des traitements. Mais rappelez-vous, vous êtes à la première place où les gens viennent vous demander de les aider, le relationnel. On a besoin d'autres types de recherche et c'est ce que nos populations puis nos clients désirent.

On est dans le pays des cathédrales. Vous avez montré à tout le monde comment les construire, mais vous savez que ce sont des efforts collectifs sur plusieurs années. C'est comme ça aussi qu'il faut se voir, parce qu'on ne peut pas prétendre qu'on arrive à un moment donné puis qu'on a tout accompli. Donc je voulais vous dire que vous êtes les experts de construire des cathédrales.

Je termine en vous montrant notre équipe de recherche, qui vient de tous les pays, toutes les disciplines, puis j'insiste sur la francophonie internationale. On a besoin de se fédérer, puis je souhaite aussi que ce soit dans les prochaines années qu'on puisse travailler ensemble à de grands réseaux. Présentement, on a des recherches financées par les Américains, le Patient-Centered Outcomes Research Institute, on fait aussi ce qu'on appelle du *cross border* US-Canada avec nos cliniques. Ça n'a pas de sens de ne pas le faire avec nos collègues francophones du monde entier, ça n'a aucun sens. Il faut qu'on travaille ensemble, et là je pense à mes étudiants au Bénin, au Togo, au Sénégal, à Haïti, aux

Comores, etc., il faut qu'on travaille ensemble. Vous êtes ce que j'appelle le vaisseau amiral, donc il faut qu'on trouve à travailler ensemble.

Dernier message, parce que ça a été beaucoup mentionné : le grand respect qu'on entend dans vos discours sur les patients, etc. Je souhaite que l'an prochain, je vous le suggère avec respect, que ce soit un congrès *patient-included*. Vous avez la capacité, vous avez la crédibilité, vous avez tout. Nous, on en a fait l'expérience cet été au congrès de la décision partagée qu'on a accueilli à Québec, je vous y invite fortement parce que vous êtes les meilleurs. Merci infiniment, puis ceux qui voudront rester en contact avec moi je serai toujours là si vous avez besoin d'un service ou d'une idée. Merci infiniment.

III) Conclusion du congrès

Un intervenant

L'ambiance est chaude, on est vraiment extrêmement heureux de vous accueillir l'année prochaine en Nouvelle-Aquitaine. Vous savez, la Nouvelle-Aquitaine c'est une énorme région, c'est la région de la fête : les fêtes de Bayonne, de Dax, des Petits ventres à Limoges, des Francofolies à la Rochelle, donc ça va être un congrès de la fête. Ensuite, c'est une région où on adore les vagues, on en fait beaucoup, on aime le mouvement, on aime surfer sur les vagues, on aime surfer sur les idées, c'est le pays de Montaigne. Et on a envie de partager avec vous cette envie du mouvement.

On est aussi une région qui parfois aime aussi la corrida. Vous savez, les choses que personnes n'aiment, mais bon, il y en a qui aiment ça. On aime le rugby, les ballons, on ne sait même pas où ils vont. On a eu deux ans ensemble avec les Limougeaudois, le Poitou-Charentes, on a eu beaucoup de plaisir à partager ensemble. Vous savez, ce n'est jamais simple de réunir des gens d'une grande région. On espère partager ça avec vous l'année prochaine. D'ailleurs il y a des choses fortes qui ont été dites, là, sur la place des patients, sur la place de la parole, la place même des dessins, qu'on ne veut pas voir, de plein de choses comme ça, pour que ce congrès, ce soit un congrès de l'ouverture, un congrès du plaisir, et surtout un congrès qui témoigne de tout ce qui nous engage dans ce métier passionnant qui est le nôtre de médecin généraliste.

Vincent RENARD

A l'issue de ce congrès, de ce 19^e congrès, une question me taraude, me turlupine – en tout bien tout honneur : vu l'immense succès de ce dernier, mais comment va faire la Nouvelle-Aquitaine pour faire encore mieux en 2020 ? Je crois qu'ils ont relevé le défi. D'emblée, merci aux collègues de Limoges, de Poitiers et de Bordeaux pour ce film, cette présentation, cet élan, ce dynamisme, et je crains que ça soit encore mieux en 2020.

Pour en revenir au congrès 2019, évidemment nous pouvons tous nous féliciter de la tenue de ce congrès, de son harmonie, de son agrément, de son aménité, qui ont permis des communications dans d'excellentes conditions avec cette affluence record, avec cette motivation maintenant immanente à ce congrès du CNGE. Ses temps forts : la grande plénière, la plénière du Conseil scientifique, les plénières de recherche, de pédagogie, de la revue exercée, n'occultent pas, et les grands témoins y faisaient allusion, la profusion et la richesse de toutes les communications qui ont été présentées et discutées dans ces murs depuis plus de 50 heures. À travers toutes ces communications se concentre ce que travaille la discipline de médecine générale, ce que produit la discipline médecine générale, ce que vivent la médecine générale et tous les professionnels et les internes impliqués dans le soin, la recherche et son enseignement.

Je voudrais et je constate avec un grand bonheur que ce congrès est maintenant un facilitateur, est un catalyseur, est un bâtisseur, est un novateur, est un éducateur, est un précurseur. Demain, ce ne sont plus 2 000 participants qui viendront ici, mais nous devrons avoir – et la Nouvelle-Aquitaine a relevé le défi – 3 000, 4 000, 5 000 participants. Et c'est à chacun d'entre nous d'être le relais et l'amplificateur de ce succès.

Je disais l'année dernière que nous nous heurtons encore à de nombreux obstacles, et pour accumuler les succès, pour avoir de l'ambition, il faut avoir conscience des obstacles qui se dressent encore devant nous. Je ne parlerai pas de l'argent, France en a parlé beaucoup mieux que moi, mais je vais parler des obstacles que j'évoquais l'année dernière. Je parlais de l'obstacle des ministères de tutelle, peu en phase avec les fondamentaux des soins et qui ont des difficultés à prioriser la médecine générale et les soins premiers pour la rénovation d'un système de santé dont tout le monde ressent les besoins. Cette vérité est d'autant plus actuelle compte tenu de la crise que nous traversons. Et si la médecine générale est aujourd'hui très attachée à l'hôpital public, à son financement et à ses investissements, elle est très attachée à la rénovation d'un système où actuellement le financement hospitalier consomme la plupart des ressources, et où la seule baisse observée des dépenses de santé est celle relative aux professionnels de la médecine générale. Il est urgent, donc, de repenser un système pour ne pas financer toujours plus le fonctionnement d'un système qui n'est ni vertueux ni efficient.

Je parlais l'année dernière des agences de santé, et notamment la HAS, je le disais l'année dernière, qui continue à décliner des recommandations pour des médecins généralistes élaborés par ce qu'elle considère comme de vrais experts. Que la grande plénière de ce matin marque le début, de ce point de vue-là, d'un vrai changement, et ceux qui y ont assisté, j'espère, peuvent se rendre compte du chemin parcouru depuis l'année dernière. Je parlais encore de la difficulté encore prégnante dans les milieux hospitaliers universitaires à considérer le fait généraliste universitaire. Après la réforme du troisième cycle, qui marque un vrai problème malgré l'absence de la quatrième année du DES, nous travaillons à ce que la réforme du deuxième cycle fasse de cette situation d'ignorance du fait généraliste universitaire dans les études de médecine un fait révolu. Je vous demandais l'année dernière d'être les rêveurs de la médecine générale de demain, des rêveurs inspirés, parfois des rêveurs sacrilèges, pour être demain des rêveurs apaisés. C'est ainsi que vous ferez de la discipline médecine générale un métier de plus en plus passionnant, une discipline au bénéfice de la société et de chaque patient, une discipline indéfectible, une discipline infrangible, une discipline immarcescible.

Je voudrais donc remercier tous ceux qui ont permis le succès du congrès, et je ne vais pas pouvoir les citer. Je vais quand même commencer par remercier les salariés du siège du CNGE, qui chaque année sont présents ici : Marie-Flore Hippocrate, Lina Merada, Marilyn Péronnet, Stéphane Solanille qui nous ont accompagnés tout au long de ce congrès. Remerciements au bureau exécutif du CNGE, qui fait un énorme travail : Xavier Lainé, Catherine Plotton, Christian Ghasarossian, Cyril Vartanian, Olivier Saint Lary, et bien entendu Corinne Perdrix et Patrick Imbert, qui ont assumé une grosse charge. Aux responsables nationaux du comité d'organisation : Michel Cunin, et aux inénarrables Pauline Jeanmougin et Rosalie Rousseau pour l'équipe de Nantes.

Compte tenu de tout ce que je disais de ce congrès et de sa tenue, de la fluidité dont il a été question, et de sa richesse, il me reste à remercier, mais alors très, très, très chaleureusement toute l'équipe de Nantes qui a fait un énorme travail.

Index

Nous ne pouvons confirmer le nom suivant :

Jensing Alliance..... 11