

**CONFERENCE DE TERRITOIRE DE PARIS  
VENDREDI 3 JUILLET 2015  
9h00 - 12h15  
UNA Paris  
108-110, rue Saint Maur - 75011 PARIS**

**I/ Accueil de l'UNA Paris**

**II/ Approbation du compte-rendu de la réunion du 19 juin 2015**

Le compte-rendu de la réunion du 19 juin sera approuvé à la réunion de septembre 2015.

**III/ Thème de la réunion : « Les études de médecine »**

- **Intervention du Dr Jean-Michel CHABOT, spécialiste de la pédagogie médicale internationale (Haute Autorité de Santé)**

Le Dr CHABOT part du constat qu'à la différence des années 60, la médecine traite de moins en moins de cas aigus ou très complexes nécessitant des plateaux techniques de pointe. En effet, et c'est le cas dans les autres pays de l'OCDE, la population vieillit et vit de plus en plus vieille, souvent avec des comorbidités et des polypathologies associées. Les malades vivent désormais avec plusieurs maladies chroniques. Le système de santé et le système social doivent donc s'adapter afin de soutenir ces malades, qui sont par ailleurs devenus des « sachants ».

De là découle la nécessité pour les écoles de médecine et les filières de formation en professions de santé françaises de s'intéresser à un travail en équipe pluriprofessionnelle. Le processus de Bologne et l'universitarisation est une opportunité formidable pour que le travail en équipe pluriprofessionnelle, devenu la réalité sur le terrain, soit beaucoup plus présent dans la formation initiale qu'il ne l'est actuellement.

Des initiatives vont déjà dans ce sens : le programme de 2ème cycle des études de médecine comprend un module appelé : « apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » depuis 2013, par exemple.

Dans des pays tels que les Etats Unis, l'Australie, le Canada ou la Scandinavie, les facultés de médecine évoluent vers des facultés de santé (ex : Université Mc Master au Canada).

Là où d'autres pays proposent des chartes de redéfinition des valeurs professionnelles substituant l'idée de « teamwork » (travail en équipe pluriprofessionnelle) aux valeurs d'individualisme, la France reste fortement attachée aux valeurs issues de la Charte de la médecine libérale de 1927.

Le Dr CHABOT souhaite également souligner l'expansion formidable et le rôle croissant des coordinateurs de soin et des professions paramédicales dites « d'appui ».

Il évoque plusieurs expérimentations organisées sur la base de coordinations de professionnels de santé :

- L'expérience de Lubersac (Dordogne) menée à la fin des années 80 par la MSA (Mutualité Sociale Agricole) sur le maintien en ambulatoire des personnes âgées en perte d'autonomie, vivant en zone rurale.

- L'expérimentation « réseaux Soubie », suite aux ordonnances Juppé de 1996, qui a donné de bons résultats en matière de soins ainsi que sur le plan économique, mais qui n'a pas été pérennisée.
- L'expérimentation « Pays de santé » menée conjointement par la MSA et Groupama en Dordogne et aux Ardennes : elle a consisté à adjoindre à des médecins généralistes exerçant en cabinet, des « conseillers pays de santé » leur permettant de se consacrer à leur cœur d'activité. Les cadres de santé formés à la coordination facilitaient leur travail en les assistant sur des problématiques telles que le portage de repas, le passage du podologue, les prélèvements INR ou encore les protocoles avec les EHPAD ou la prise de rendez-vous de second recours.

Le Dr CHABOT pense donc que l'augmentation du numerus clausus n'est pas indispensable car un bon nombre des tâches que font les médecins aujourd'hui devrait être dévolu à d'autres professionnels (infirmiers, coordonnateurs etc). Il pense qu'il faut plutôt favoriser le regroupement de médecins et favoriser le maillage sur le territoire. Il pense que l'exercice en cabinet isolé dans des zones désertées est aujourd'hui intenable pour le professionnel.

Concernant le système d'entrée en médecine, il trouve qu'il est « atroce » : sur 50 000 entrants en faculté, un sur dix seulement sera retenu à l'issue de la première année. Certains étudiants restent marqués à vie par ces deux voire trois années d'échec. Le facteur humain n'est absolument pas pris en compte. Aux Etats Unis, à l'inverse, les étudiants sont sélectionnés à l'entrée.

### **Questions :**

Le Dr TANNEAU évoque le peu d'installation des médecins en libéral. Il demande comment endiguer ce phénomène.

Le Dr CHABOT pense que c'est un faux problème : on a constaté que les jeunes diplômés ne souhaitent plus s'installer en cabinet isolé mais dans le cadre de regroupement professionnel (maisons de santé, pôle de santé etc). Dès lors que les jeunes diplômés ont eu la chance d'identifier une structure qui leur convient (lors d'un stage en ambulatoire par exemple), ils s'installent tout de suite. Il pense donc que le vrai problème est un problème d'organisation des structures collectives de soins, par manque de reconnaissance administrative des modes de rémunération afférents.

Concernant l'organisation de ces exercices regroupés, M. FARNAULT souhaite rajouter que le paradigme est en train de changer : auparavant, l'installation des professionnels dits « isolés » se gérait comme une petite entreprise individuelle, libérale voire « artisanale ». Aujourd'hui, l'organisation du 1<sup>er</sup> recours nécessite autour des professionnels de santé et notamment du médecin, un type d'organisation d'une autre « intensité capitalistique ». Cette organisation requiert en effet une capacité à la fois de gestion et de capital que peu de professionnels possèdent à l'heure actuelle. La création de ces modes d'exercice sous l'impulsion donnée par l'Agence régionale de santé, les collectivités locales et quelques mutuelles, n'arrive aujourd'hui à se faire que lorsqu'un soutien organisationnel, voire financier, est proposé et apporté aux professionnels. Ce sont maintenant de véritables PME de santé qui vont organiser et structurer le maillage local et national.

Le Dr HERCOT abonde dans ce sens : dans sa spécialité (radiologie), il constate le peu d'appétence des jeunes médecins pour la gestion et le souhait de s'affranchir des tâches

administratives qui croissent. Ils évoquent les médecins qui n'effectuent que des vacations pour conserver une certaine liberté dans leur emploi du temps. S'il pense que le travail salarié en pôle ou en maison de santé est effectivement une réponse pour certains, il critique un certain manque de prise de responsabilités chez ses collègues « éternels vacataires ».

Le Dr TIRMARCHE évoque une réunion publique sur les déserts médicaux qui s'est tenue en Seine et Marne et qui a reflété ce désir de vie et cette projection du métier qu'ont les internes en médecine de travailler en salariat de 35 heures, rémunérées au minimum à 5 000 euros par mois.

Le Dr CHABOT regrette que l'appareil administratif ne facilite pas cette aspiration vers l'exercice regroupé, quel que soit sa forme. Il prend pour exemple les SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), cadre juridique récemment mis en place pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), qui sont critiquées par la FEMASIF ou de la Fédération nationale. Il pense qu'il faut développer des modes de rémunération d'équipe adaptés, sans forcément supprimer le paiement à l'acte.

Les jeunes diplômés veulent échapper à un certain nombre de contraintes donc il pense qu'il faut créer des structures juridiques faciles et des modes de rémunération adaptés. Il pense d'ailleurs qu'il y a une émulation formidable au sein des MSP : le « teamwork » se passe souvent le matin au café, où on débrieife à plusieurs sur les cas « complexes » rencontrés. Il faudrait également préparer les étudiants à l'installation au cours de la 3<sup>ème</sup> année de médecine.

Revenant sur les modes de rémunération, M. FARNAULT pense que la visibilité sur les éléments financiers est essentielle pour tout entrepreneur : le paiement à l'acte est, selon lui, un frein pour développer l'exercice collectif.

Le Dr CACOT demande comment est effectuée la présélection des étudiants aux États-Unis. Le Dr CHABOT répond que la sélection se fait en post bac en fonction du nombre de places en faculté. Aux Pays Bas, la sélection des candidats se fait sur dossier, lettre de motivation et test d'empathie suivis d'un tirage au sort.

➤ **Intervention du Dr Benoit SCHLEMMER, Doyen de la faculté de médecine Paris Diderot (Paris VII) et Doyen des doyens**

Cf. Présentation PowerPoint en annexe.

➤ **Intervention du Dr Dominique TIRMARCHE, médecin généraliste et ancien Président du Collège des généralistes enseignants (CMGE) à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI)**

Le Dr TIRMARCHE réagit aux propos du Pr Schlemmer qui pense que l'Université est mal outillée pour susciter des formations de coopération. Il pense que l'Université envoie des injonctions paradoxales : il faudrait que ces étudiants aient une aptitude à la coopération alors que tout dans leur cursus pousse à l'exacerbation de leurs performances individuelles. Il rappelle que tous les systèmes d'éducation sont adossés à des systèmes de société : pour lui, la difficulté majeure en France est que le système du concours anonyme est vu comme

un gage d'égalité et d'objectivité absolue. Son expérience a montré que bien souvent les étudiants en médecine, et leurs éventuelles difficultés psychologiques, ne sont connus qu'au moment de la thèse en fin de parcours, ce qui est pour lui est une imposture. Il se réjouit de la perspective d'évolution de la première année car la mise en place d'un jury en début de parcours lui paraît le moyen de vérifier les aptitudes, les motivations et la capacité d'empathie du candidat.

Il évoque ensuite la difficulté qu'a eu la médecine générale à prendre sa place dans l'université médicale, construite autour des spécialités d'organes à l'hôpital. La formation spécifique à la médecine ambulatoire n'a pu voir le jour que sous l'égide des dispositions européennes, l'aide des autres pays européens et du Canada et l'aide du milieu associatif, très fort chez les médecins généralistes. Ses confrères et lui ont dû créer un corpus d'enseignement et par la même essayer de définir la médecine générale dont le système de santé ne disait rien.

Petit à petit, le milieu hospitalier a pris conscience des méthodes amenées par les généralistes et inspirées par le milieu associatif : études de cas, jeux de rôle,...qui ont amené, selon lui, de la vie dans une pédagogie « abandonnée ».

L'autre question a été ensuite de savoir si l'université médicale était en possibilité de former des médecins généralistes. Beaucoup de médecins avaient à l'époque répondu d'emblée non car l'enseignement tournait autour de la notion de « lits », propre à l'hôpital.

Avec la création du diplôme d'études supérieures (DES) de médecine générale en 2004, la médecine générale a été reconnue comme une spécialité médicale à part entière. C'était une reconnaissance qu'on ne devenait plus généraliste par défaut mais par choix d'une spécialité transversale, de premier recours et rendant service à la population.

S'est ensuite développé un corpus de médecine générale composée de 3 spécialités : biologie, secteur médical et secteur social. Petit à petit, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) s'est fait une place dans un univers très hiérarchisé.

Aujourd'hui, les externes de deuxième cycle ont l'obligation de réaliser un stage ambulatoire chez un médecin généraliste mais l'application du texte est variable selon les universités en raison du manque de maîtres de stage. Cela est dû selon lui à l'arrivée d'une nouvelle génération de médecins généralistes, à la situation acquise, qui n'a pas le même engouement pour la transmission.

En conclusion, il constate que la formation des médecins généralistes s'effectue toujours en majorité à l'hôpital (5 semestres de stage sur six) alors que le Carré de White (Etats Unis – 1961) montre que sur 1 000 adultes exposés à un problème de santé, un seul est hospitalisé dans un CHU. Le ratio enseignants de médecine générale / étudiants fait encore de la médecine générale le « parent pauvre » des spécialités à l'Université, mais l'engouement croissant des étudiants pour la médecine générale est cependant réconfortant.

➤ **Intervention de Mohammed DOULAKI, représentant des internes en médecine (SRP-IMG)**

M. DOULAKI revient sur l'organisation des études de médecine :

- en 1<sup>ère</sup> année, on demande aux étudiants d'être compétents en médecine pure, de savoir ce qui est urgent ou pas, et la justification de ce qui est fait ou pas. Il précise qu'ils n'ont aucune notion de démographie médicale en arrivant en deuxième année.

- en 2<sup>ème</sup> année, on leur apprend qu'il faut être bon pour dispenser de bons soins. Pour cela, on leur explique qu'il faudra travailler ensemble et qu'il faudra comprendre le travail de l'autre pour le faire. Or, la seule base de connaissances communes apprises avant le choix de spécialité est vite oubliée par les étudiants.

Matériellement, il estime qu'il est quasiment impossible pour un étudiant de se pencher sur les questions économiques et juridiques d'installation tellement le soin prime sur le reste.

Les étudiants sont ainsi confrontés à trois variables qui s'entrechoquent : le besoin de médecins sur le territoire, les souhaits des praticiens concernant le mode d'exercice et les capacités de formation (augmentation du numerus clausus sans être sûrs que l'université va suivre).

Il pense donc que le changement des praticiens et le changement des patients doit induire un nouveau système. Selon lui, les raisons de faire médecine sont propres à chacun et il est difficilement entendable après autant d'années d'études de se faire dicter son choix.

Concernant le mode de sélection des étudiants, il pense que sur les deux barrages actuels on pourrait en supprimer un.

Concernant le sentiment des internes face à la question de la démographie médicale, il avoue ne pas le connaître mais propose de leur faire parvenir un questionnaire pour savoir quel mode d'exercice ils envisagent, s'ils s'y sont intéressés et si oui, à quel moment de leur cursus.

### **Questions :**

Le Dr HERCOT revient sur le mode de sélection à l'entrée des facultés américaines, où la sélection se fait à la fois sur dossier, lettre de motivation et épreuves courtes rédactionnelles de culture générale. Il signale qu'il existe un système admission post bac en France où la sélection se fait sur dossier en fonction de l'ordre des vœux du candidat, et même parfois avec entretien dans des filières plus spécialisées comme à la Sorbonne. Il pense que ce système, généralisé aux études médicales, permettrait d'éviter à certains candidats de « perdre » des années s'ils n'ont pas le profil.

Le Pr CRICKX revient sur les principales motivations des bacheliers à faire des études de médecine : statut social, revenus...

Les étudiants possèdent plein d'informations sur comment réussir leur première année mais ont en revanche plus de mal à se projeter sur leur exercice futur, notamment en termes de responsabilité. Elle rajoute qu'entre 8 à 12% d'une promotion ne terminera pas ses études et qu'une proportion de ceux qui terminent leur troisième cycle ne fera pas de soins, car ils auront choisi la recherche, les laboratoires ou le journalisme. Cette « déperdition » serait peut être évitée si des entretiens de motivation étaient menés auprès des étudiants, même si elle a conscience que cela serait difficile compte tenu du nombre important d'étudiants.

Concernant la formation pratique, et pour répondre un peu à M. Doulaki, elle considère qu'en France les étudiants ont la chance, par rapport à d'autres pays européens, d'être mis très tôt au lit du malade. Elle reconnaît que l'organisation n'est peut-être pas suffisamment performante (en CHU, les patients sont sélectionnés) mais que le passage en ambulatoire peut être imposé quel que soit la discipline. Les gardes sont également très formatrices. Les étudiants ont quoi qu'il en soit la possibilité de s'investir très largement dans les stages, surtout depuis l'initiative de la faculté de les mettre en 4<sup>ème</sup> année d'externat de façon continue dans les services pour qu'ils puissent faire de la prise en charge globale, y compris les passages en consultation.

M. LOUP rebondit sur la déperdition des étudiants qui n'exerceront jamais auprès des malades; il demande s'il serait possible, à l'image des Santard (médecins militaires), qu'ils puissent s'engager sur une durée de service minimum.

Le Dr TANNEAU émet une remarque sur la notion d'ouverture évoquée par le Pr Schlemmer : il répond que des formations en plus du cursus initial existent déjà puisqu'il a pu lors de ses études bénéficier de ce qui s'appelait des « maitrises de sciences biomédicales ». Il pense également que le développement des modules de formation à distance, proposés par des experts pas forcément universitaires, est une bonne chose.

M. FARNAULT évoque la possibilité pour les paramédicaux de devenir médecin et demande s'il existe des passerelles et si ce « réservoir » potentiel de médecins est exploité.

Le Pr SCHLEMMER trouve que les questions et les remarques montrent bien la complexité du sujet et pense qu'il faut se garder des solutions trop simples. L'inertie du système est telle qu'il faut attendre de nombreuses années avant de voir les effets d'une décision influencer le système de santé.

Il répond que des « passerelles entrantes » existent : environ 500 places au national sont ouvertes aux titulaires d'un master, d'un doctorat ou d'un diplôme d'ingénieur ou de grande école, pour rentrer directement en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année de médecine. La sélection se fait sur dossier et sur entretien et permet d'introduire de la diversité dans le recrutement. Il évoque la voie alternative expérimentale ALTER PACES, offerte depuis peu par la loi à l'Université Paris VII, qui permet à des étudiants en licence de biologie ayant démontré leur motivation et convaincu un jury de leur projet professionnel, de rentrer directement en deuxième année.

Dans le système à options proposé par le Doyen Berche qu'il a évoqué dans sa présentation, le Pr SCHLEMMER précise que c'est un système obligatoire à options qui n'efface pas ce qui existe déjà. Les double cursus nécessitent de fortes motivations et de grandes capacités de travail des étudiants.

Il se dit favorable à l'élargissement du panel des enseignants mais évoque sa difficulté à recruter des maîtres de stages universitaires (MSU) pour assurer l'encadrement en stage ambulatoire, en cabinet libéral ou en autre structure extrahospitalière, de ses étudiants. Il se dit satisfait de voir les étudiants ayant eu la chance d'effectuer un stage en médecine de 1<sup>er</sup> recours (50% d'une promotion), vouloir exercer cette discipline mais insiste sur le fait qu'ils ne veulent plus exercer dans n'importe quelle condition. A cet égard, il estime indispensable de tenir compte du vœu des étudiants.

Il rappelle que l'hôpital évolue avec le virage ambulatoire et la diminution du nombre de lits mais il note, et trouve cela regrettable, qu'une partie de la médecine de 1<sup>er</sup> recours se fait aussi dans les établissements de santé, car tout le monde n'a pas de médecin chez qui se rendre ou ne sait pas où aller, donc se rend à l'hôpital.

Il rappelle que même si les études de médecine en France ne sont pas aussi socialement équitables qu'il le souhaiterait, elles sont néanmoins « quasiment » gratuites, en comparaison avec d'autres pays (ex : 40 000 dollars par an aux Etats Unis), ce qui permet à la majorité des jeunes qui le souhaitent de faire des études en santé.

Concernant la problématique de la sélection des étudiants, il reconnaît que beaucoup rentrent sur la base de ce qu'ils pensent être la médecine, du statut social qu'elle peut encore apporter et de l'idée qu'il n'y aura jamais de chômage dans la profession. Il reconnaît également que beaucoup d'étudiants n'ont pas les aptitudes relationnelles et sociales



nécessaires à exercer un métier au service d'autrui mais il redit qu'à ce jour, les facultés ne sont pas autorisées à faire une présélection sur dossier et entretien. Elles peuvent uniquement dispenser de l'information, lors des journées portes ouvertes par exemple.

Il reconnaît que le système actuel est hyper sélectif et assez rigide mais que globalement les étudiants sont motivés et s'inscrivent en connaissance de cause.

Concernant la formation à la médecine générale, une réforme du 3<sup>ème</sup> cycle est prévue, comportant notamment un an d'internat obligatoire de médecine de premier recours. Le souhait des pouvoirs publics que soient formés 50% de médecins généralistes se heurte à la difficulté déjà évoquée de recruter et de former des maîtres de stages. Il souligne les contradictions du système et la rigidité des pouvoirs publics à faire sauter certains verrous (il plaide pour l'ouverture de postes de maître de conférences associés (MCA) à des jeunes chefs de clinique de médecine générale). Il salue cependant l'initiative de l'ARS Ile de France de doter les facultés de postes d'assistants universitaires de médecine générale.

Il pense que le système de santé va fortement évoluer d'ici 15 ans et que le système de formation doit évoluer en conséquence.

Le Dr ZALAMANSKY, du Planning familial, est frappée qu'à aucun moment il n'ait été dit qu'il faut partir des besoins et des questions des personnes, malades ou pas, qui viennent consulter : en effet, elles sont les meilleurs juges de ce qui est bon pour leur santé. Elle constate que leur avis importe peu au corps médical actuel. Certaines situations sont actuellement ignorées par le corps médical qui n'est pas apte à les entendre selon elle (ex : maltraitance des femmes). Elle souhaite que la formation des futurs généralistes, acteurs de premier recours, parte d'un certain nombre de ces évidences, qu'il importe de ne pas perdre de vue, mais craint que ce ne soit pas à la base des réflexions actuelles.

Le Pr SCHLEMMER pense que cette méconnaissance de certains sujets ne doit pas être uniquement imputée au corps médical car c'est la société dans son ensemble qui les méconnaît.

Le Dr DENANTES estime que la réponse aux propos du Dr Zalamsky réside justement dans la formation du futur généraliste. Elle évoque sa propre expérience d'élève consciencieuse mais ignorante et démunie à ses débuts en tant que médecin, devant des « cas » non rencontrés lors de ses stages en CHU. En tant que MSU elle-même, elle constate que les futurs diplômés sont mieux formés qu'elle ne l'a été il y a une trentaine d'années. Elle rend hommage au travail fourni par le département de médecine générale (DMG) de Paris VI représenté par le Dr Tirmarche, qui prend en charge un nombre impressionnant d'étudiants (environ 100 étudiants par enseignant).

Elle parle de l'expérimentation PLURIPASS qui va démarrer à Angers en septembre 2015 (<http://www.univ-angers.fr/fr/formation/pluripass.html>) et espère que cela sera concluant car cela permettrait aux jeunes échouant en médecine de poursuivre des études dans d'autres filières (biologie, ingénierie, etc) et de garder « la tête haute » en cas d'échec.

M. DESCHAMPS, de la Ligue contre le cancer, pense qu'on oublie un peu la place que l'on pourrait donner aux patients experts.

Mme GUIGNARD souligne que l'utilisateur, notamment âgé, considère encore que le médecin sait tout. Elle souhaite savoir si on dit au futur médecin qu'il devra actualiser ses connaissances et si on lui donne une obligation de formation continue.

Le Pr SCHLEMMER est satisfait d'entendre que la formation actuelle des médecins est de qualité. Il pense que l'expérience professionnelle compte beaucoup mais que la réactualisation et la consolidation des connaissances tout au long de la vie comptent également beaucoup. Il considère la formation médicale continue comme une exigence déontologique. Elle est d'ailleurs inscrite dans la loi.

Concernant le recours aux moyens pédagogiques numériques (ex : MOOQ), outre l'investissement matériel et intellectuel conséquent que cela nécessite, cela se met progressivement en place. Cela modifie également substantiellement les conditions de formation des étudiants à qui on demandera un travail personnel préparatoire important.

Concernant le concept de patient enseignant, il évoque son développement notamment dans la prise en charge de certaines maladies chroniques comme le diabète (expériences menées à Paris VI) mais que cela reste conditionné par l'investissement du patient expert.

Il revient sur l'expérience Pluripass à Angers. Il pense que cette « licence de santé » est un prélude à l'abandon à terme de la PACES, qu'il appelle de ses vœux car elle « casse » les étudiants sans être sûrs que les gens sélectionnés seront les plus aptes à leur futur métier, mais il sait d'avance qu'elle sera inapplicable dans certaines universités parisiennes car les facultés sont pleines... Selon lui, elle a été vue par le Président de l'Université d'Angers comme un moyen de remplir sa faculté de sciences et de maintenir ses effectifs.

M. DOULAKI souhaite rassurer Madame Guignard sur le fait que les étudiants sont conscients de la formation continue et informés du développement professionnel continu (DPC) dès la 2<sup>ème</sup> année.

Le Dr ZALAMANSKY pense que la violence est dans la société mais que ce n'est pas une raison pour que le système de santé soit aussi nul que la société en général : il devrait plutôt être en avance sur la société et pratiquer au minimum de l'écoute.

Le Dr DENANTES s'interroge sur la manière dont les membres de la Conférence pourraient aider à recruter des maîtres de stage universitaires (MSU) en en parlant à leurs généralistes par exemple. Elle indique un site qui explique aux médecins ce qu'est un MSU : <https://sites.google.com/site/devenirmsu/home>

Le Dr CACOT informe les participants de la cessation des fonctions lui permettant de représenter le Collège 2 (gestionnaires de structures médico-sociales en faveur des personnes handicapées) à la Conférence de territoire de Paris.

M. ECHARDOUR indique que différentes hypothèses sont étudiées actuellement concernant la possibilité pour le Dr Cacot de rester membre de la Conférence et qu'une élection sera programmée à la rentrée afin de déterminer s'il est renouvelé dans ses fonctions de Président ou si un nouveau Président sera élu.

#### **IV/ Date de la prochaine réunion**

La date de la prochaine réunion sera communiquée ultérieurement.

Fin de la réunion : 12h25.