



Le Petit ReNaR

ÉDITION SPÉCIALE CONGRÈS NOVEMBRE 2011 N°5

Édito

Amis remplaçants, collaborateurs, jeunes installés et chefs de clinique, Good Morning !

L'ensemble du bureau de ReAGJIR souhaite vous remercier pour votre participation mais aussi pour toutes ces idées échangées tout au long du congrès organisé au Mans.

Vous trouverez dans ce numéro les synthèses des différents débats.

Qu'à cette lecture vous retrouviez ce plaisir partagé et qu'elle soit l'occasion pour ceux qui n'ont pu venir de découvrir ce qui a été dit !

Et comme toujours, surtout n'hésitez pas à vous exprimer en nous envoyant un témoignage, une réaction, un récit concernant votre activité ou un sujet qui vous intéresse.

*Pour le Bureau National
Carine Péjoux
Secrétaire Générale Adjointe*

Le mot du Prez'

Chers adhérent(e)s, Chers ami(e)s,

Les Deuxièmes Rencontres Nationales de ReAGJIR au Mans les 18 et 19 novembre 2011 ont été un franc succès. Ce P'Tit Renar est consacré aux résumés des débats : cinq ateliers et une table ronde.

Nous avons débuté notre réflexion par un état des lieux sur le choc démographique. Puis, au cours de trois ateliers, les congressistes ont pu "réagir" et réfléchir avec des acteurs de terrain à des propositions concrètes sur l'organisation du travail et la collaboration avec les autres professionnels de santé. Il fut question des regroupements et des coopérations entre professionnels mais aussi de la comparaison de notre système de soins avec celui du système anglais. En fin d'après midi, nous avons soumis les conclusions de ces riches discussions aux intervenants de la table ronde, pour une confrontation plus politique et globale.

Samedi matin, à l'issue d'une soirée de gala au cours de laquelle les échanges se sont poursuivis dans une ambiance conviviale et musicale, les ateliers ont abordé les problématiques de la retraite et de la recherche en médecine générale.

Créé en 2008, ReAGJIR fédère aujourd'hui 16 régions avec plus de 500 adhérents. Notre syndicat se développe donc à grande allure, grâce au dynamisme des jeunes médecins investis au service de la profession. Bien au delà de la simple contestation, la participation des congressistes a témoigné de leur volonté de s'impliquer dans la réflexion sur l'avenir des soins primaires. Avant de se voir imposer des mesures type coercition à l'installation, les jeunes médecins doivent donner leur avis sur l'évolution de notre système de santé !

Alice Perrain
Présidente de ReAGJIR

Le choc démographique en question

Le choc démographique est un sujet hautement d'actualité, mais qu'en est-il vraiment ?

Il est difficile de déterminer avec précision les effectifs et l'activité des médecins généralistes exerçant en soins primaires, tant les sources sont diverses et recourent des réalités d'exercice différentes. Pourtant, nombre d'idées reçues en terme de démographie médicale circulent dans les médias, les rencontres entre confrères, dans les propos des politiques...

"Il y a trop de femmes et elles ne veulent pas travailler"

Aujourd'hui, les femmes envisagent d'avantage d'exercer en libéral au décours des études que les hommes et projettent de travailler 50 heures hebdomadaires (contre 56 pour les hommes).

Au-delà du temps de travail, les jeunes médecins, hommes et femmes, veulent concilier vie professionnelle et vie personnelle, amenant une transformation du modèle professionnel, qui reflète aussi l'évolution de notre société.

"Les vieux médecins dévissent leur plaque pour devenir des remplaçants mercenaires"

En 2010, la majorité des généralistes ayant dévissé leur plaque était des hommes de 54 ans en moyenne, exerçant en libéral depuis plus de 20 ans, en milieu rural pour seulement 11 % d'entre eux. Sur les 3/4 qui ont continué une activité médicale, très peu choisissent de remplacer, préférant le salariat. Les principales raisons invoquées à cet arrêt sont un exercice difficile (charges administratives lourdes, temps de travail trop important, dévalorisation, burn out) et un volume d'activité incompatible avec une vie personnelle correcte.

Or ces motifs sont superposables aux freins à l'installation pour les jeunes : cette évolution du modèle professionnel est donc intergénérationnelle.

"Les jeunes ne veulent pas travailler à la campagne"

En 2010, 20 % des nouvelles installations ont eu lieu en milieu rural, alors que les zones rurales ne capitalisent que 18 % de la population du pays.

Les jeunes médecins ne sont pas réticents à s'installer en rural s'ils peuvent avoir accès à des équipements sanitaires et non sanitaires.

Rendre les campagnes attractives est donc bénéfique pour tous : la tendance actuelle des nouvelles installations révèle plus un choix d'environnement de travail que de lieu d'exercice.

Le choc démographique en question

"Les jeunes médecins généralistes ne veulent pas s'installer."

9,4 % des primo-inscriptions au tableau de l'Ordre concernent une activité libérale exclusive, toutes spécialités confondues.

Mais une partie des médecins poursuit sa formation sous forme d'un salariat (cléricat ou assistantat).

D'autre part, les primo-inscriptions ne tiennent pas compte des changements d'activité au cours de la vie professionnelle.

Enfin, les chiffres du CNOM distinguent installation et remplacement alors que ce sont deux modes d'exercice libéral.

Ainsi, près de 2/3 des généralistes exercent en libéral après leur thèse, sans compter les remplaçants non thésés !

"Il n'y a plus assez de médecins généralistes pour voir les patients."

On dénombre 93 000 médecins généralistes à ce jour avec une densité nationale moyenne parmi les plus hautes d'Europe.

Et rares sont les patients qui doivent effectuer un trajet de plus de 15 minutes pour accéder à un médecin.

Mais derrière ce constat rassurant, il existe de grandes disparités régionales et surtout infrarégionales.

Et si les projections pour 2030 annoncent un nombre de médecins stable en raison de l'augmentation du numéris clausus, le nombre de diplômés en médecine générale dans quelques années ne sera pas superposable à l'offre de soins primaires...

Ce fameux choc démographique s'avère donc très difficile à quantifier.

Les besoins en médecins sont influencés par la démographie de la population à soigner, les évolutions de l'exercice et des pratiques, ainsi que les évolutions de l'organisation du système de soins.

Une réponse quantitative seule est insuffisante et la coercition est donc une mauvaise réponse pour adapter l'offre aux besoins de soins.

Il apparaît donc primordial de réfléchir à des solutions organisationnelles. C'est ce que les trois ateliers suivants ont proposé aux congressistes...

***Alice Perrain
Présidente de ReAGJIR
Ouverture du Congrès***

L'organisation des soins : l'exemple anglais

L'Angleterre est souvent citée en exemple en raison de l'organisation de son système de soins (le National Health System ou NHS). La densité en médecins généralistes y est la moitié de celle de la France, la part de la santé dans le budget de l'Etat est inférieure à la plupart des pays occidentaux, alors que les indicateurs de santé des populations sont comparables. Les généralistes anglais travaillent moins et gagnent mieux leur vie que leurs collègues français.

Après une présentation du NHS Anglais, le Dr Thimothée Wattinne, qui a réalisé un stage en Angleterre pendant son internat, et le Dr Yann Bourgueil, Directeur de l'IRDES, ont échangé avec les congressistes afin de réfléchir aux mesures organisationnelles qui permettraient de faire face au choc démographique annoncé en France.

De l'exemple anglais, certains points négatifs ont été soulevés :

- les délais de rendez-vous très longs pour avoir accès aux avis et prises en charge spécialisés (ex : la chirurgie), avec la crainte d'une perte de chance, par retard de diagnostic et de prise en charge.
- la crainte d'une relation médecin-patient moins humaine du fait d'un temps de consultation court (10 minutes). Cet aspect négatif pouvant être atténué par la formation spécifique que reçoivent très tôt les étudiants en médecine pour bien communiquer avec les patients.

Au delà de ces craintes et des difficultés de transposition entre 2 pays aux schémas sociaux si différents, les solutions suivantes ont alors émergé pour améliorer l'organisation du système français. Le but étant de rentabiliser au mieux le peu de temps médical dont nous allons disposer au plus fort du choc démographique :

- Modification du modèle économique des soins primaires : mise en minorité du paiement à l'acte, panachage des modes de rémunération en valorisant l'exercice pluridisciplinaire, l'éducation à la santé et la prévention ;
- Formation à la délégation de tâches et à l'organisation des soins dès la formation initiale et dans toutes les professions de santé ;
- Financement des structures (décret d'application des SISA) ;
- Promotion du salariat en médecine générale, multiplication et flexibilité des statuts compatibles avec l'exercice de la médecine générale ambulatoire ;
- Développement de l'informatisation : Dossier Médical Partagé, logiciel métier standardisé et recueil informatique et codé des consultations ;
- Éducation des patients à mieux gérer leur santé et responsabilisation quant à leur utilisation des ressources du système de soins ;
- Transfert de budget des soins secondaires vers les soins primaires.

En conclusion, cet atelier a démontré qu'il est possible d'organiser un système de santé efficient avec une densité médicale inférieure de moitié à l'actuelle.

Mais cela nécessite des réformes organisationnelles pragmatiques et courageuses.

*Marie Brosset
Chargée des Relations Régions Sud
Alan Charissou
Chargé de Mission Filière Universitaire de Médecine Générale*

Des organisations innovantes pour un travail de qualité

Être médecin généraliste en ambulatoire, c'est exercer un métier unique, mais faire face à des activités multiples :

- activité médicale en tant que telle : soins, prévention, avec une dimension administrative (gestion des dossiers de patients, courriers médicaux...)
- secrétariat : prise de rendez-vous, gestion du téléphone, relations avec les patients, médecins et autres professionnels de santé
- comptabilité : tenue de la trésorerie, opérations bancaires...
- gestion : du personnel, des locaux, maintenance.

Sur les 52 à 60 heures hebdomadaires que déclarent travailler les médecins, 80 % sont consacrées à la médecine, contre 12 % aux autres tâches professionnelles (administratif, agenda, entretien...) et 8 % à la formation (IRDES 2009).

Le médecin se doit d'être disponible : non seulement pour ses patients, c'est-à-dire avoir suffisamment de temps à leur consacrer (notion de temps), mais aussi libéré des autres tâches (notion d'état d'esprit) et également disponible pour lui-même, en terme de qualité de vie (notion individuelle).

L'objectif est de privilégier le temps médical sur les autres activités, avec probablement une incidence positive sur la qualité des soins prodigués.

Alors comment se rendre disponible ? Il suffit de s'organiser et d'innover ! Il existe en effet des outils et des modes d'organisation, du plus simple à mettre en place au plus complexe nécessitant d'anticiper, et qu'on peut classer selon quatre types de ressources : organisationnelles, techniques & matérielles, humaines, structurelles & juridiques.

Où et quand ? Ressources organisationnelles	Avec quoi ? Ressources techniques & matérielles
<p>Organisation des locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Bureaux médicaux - ergonomie - gestion/optimisation de l'occupation - gestion des flux de patients dans les locaux <p>Salle d'attente</p> <ul style="list-style-type: none"> - configuration - avec messages d'éducation thérapeutique (affiches, écrans vidéo...) <p>Salle d'urgence</p> <p>Organisation du temps de consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> - durée de consultation variable - gestion des RDV : urgences, soins non programmés 	<p>Système informatique performant</p> <ul style="list-style-type: none"> - système en réseau - accessible à distance (visites) - dossier médical partagé <p>Informatisation intégrale du dossier médical</p> <p>Outils de communication au cabinet (entre médecins, et avec les autres salariés)</p> <ul style="list-style-type: none"> - fiches messages standardisées - logiciel "same time" (type MSN) <p>Outil de téléphonie</p> <ul style="list-style-type: none"> - centrale téléphonique - ordinateur portable, téléphone portable, tablette numérique (visites) <p>Télémédecine</p>

Des organisations innovantes pour un travail de qualité

Avec qui ? Ressources humaines	Comment ? Ressources structurelles & juridiques
Secrétaires médicales - formation adaptée - utilisation de protocoles Comptable Coordinateur (médecin ou non) - délestage des tâches non médicales - organisation du temps de travail : plannings, absences (vacances, remplacements...) - gestion des fournitures, des locaux...	SCI SCM Sociétés juridiques permettant la mise en commun des recettes - répercussion éventuelle sur l'organisation et le contenu des consultations, et l'état d'esprit entre médecins - statuts existants : SCP, SEL/SELARL - à venir : SISA

Alexandra PRUSHANKIN est coordinatrice à temps plein à la maison médicale de Baume-les-Dames (Doubs). Sa mission est de permettre aux praticiens de se consacrer exclusivement à l'activité médicale : elle endosse donc l'ensemble des tâches non médicales inhérentes à l'exercice en cabinet – gestion du personnel, maintenance des locaux, gestion des plannings...

Jacques FRICHET, médecin généraliste à Neufchâtel-en-Bray (Seine Maritime), consacre une partie de son temps à la coordination du pôle de santé où il exerce, et ce temps lui est rémunéré comme s'il consultait. Les plannings ainsi gérés permettent de faire face avec sérénité aux soins programmés ou non, aux urgences vraies, et d'organiser la permanence de soins, au sein de l'hôpital local, avec l'appui d'une équipe paramédicale. La télémédecine, utilisée dans la pratique courante, facilite la gestion des urgences traumatologiques, et prochainement, les diagnostics radiologiques.

L'intérêt de la coordination des soins ambulatoires est de plus en plus évidente d'autant plus si elle s'inscrit dans la pluridisciplinarité : d'après Vincent BEAUGRAND, Chargé du Premier recours à la DGOS, le décret d'application encadrant la SISA devrait être publié rapidement.

De telles organisations innovantes ont un coût non négligeable, qui ne peut être supporté que par un groupe de professionnels de santé suffisamment important. Elles ont pour atout d'être attractives, en particulier auprès des jeunes car elles permettent d'exercer la médecine, et rien que la médecine, en conciliant vie professionnelle et vie personnelle.

Jean WOLFARTH
Trésorier

Légendes :

SCI : Société civile immobilière

SCM : Société civile de moyens

SCP : Société civile professionnelle

SEL/SELARL : Société d'exercice libéral (à responsabilité limitée)

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

Soins primaires : Une affaire d'équipe

Actuellement le travail en équipe est plébiscité par les professionnels de terrain : il permet de mutualiser les compétences de chacun.

Les lieux privilégiés pour ce travail interdisciplinaire sont la maison de santé avec son unité de lieu et le pôle de santé avec son organisation multi-site. Mr Blessemaille, médecin généraliste dans une maison de santé depuis 7 ans, souligne l'importance d'avoir une conception commune des objectifs de soins à atteindre. Afin d'établir et pérenniser ce lien interprofessionnel, il préconise des temps de convivialité entre les professionnels.

Jusqu'en 2009, il n'existait pas de cadre légal pour ce travail interprofessionnel appelé alors coordination. Les professionnels travaillaient certes ensemble mais sans formalisation officielle des compétences de chacun, ni rémunération adaptée et surtout en toute illégalité ! Ainsi l'organisation des professionnels de Brûlon rapportée par Mme Angoulvant, médecin généraliste et Mr Debuire, infirmier, permet depuis quelques années de diminuer le risque iatrogénique des AVK en établissant une chaîne humaine de la prise de sang aux résultats jusqu'à la décision.

Ce travail interprofessionnel n'était autorisé que dans le cadre d'expérimentations. Mme Brégnoire infirmière de santé publique, nous a présenté l'expérience ASALEE (Action de Santé Libéral En Équipe). Cette organisation a permis de proposer aux patients atteints de pathologie chronique un suivi personnalisé et individualisé sans concurrencer les infirmières libérales.

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire promulguée en juillet 2009 a fait naître la coopération interprofessionnelle avec un cadre législatif ainsi qu'un outil, le protocole de coopération. Ce protocole de soins est créé par les professionnels, et l'Agence Régionale de Santé (ARS) l'autorise s'il correspond aux besoins de santé de son territoire. Son contenu scientifique est soumis à la validation de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui peut l'étendre ensuite sur tout le territoire. Toutefois, en pratique, il reste difficile voire impossible à mettre en oeuvre. Notamment du fait qu'il n'existe pas encore d'assurances professionnelles, pourtant requises par l'ARS, qui couvrent les professionnels adhérant aux protocoles.

S'il existe encore des freins à ce mode d'exercice (un cadre juridique complexe, une rémunération inadaptée, une absence de définition des territoires, un cloisonnement des formations initiales et des a-priori entre les différents professionnels), des pistes d'amélioration sont cependant attendues. Ainsi, le décret d'application de la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires, quand il sera paru, autorisera la rémunération des structures. La réforme LMD (Licence-Master-Doctorat) des études médicales et paramédicales devrait amener progressivement au décroisement des filières en aménageant des temps d'apprentissage en commun. Enfin, les nouveaux modes de rémunération permettront un financement plus adapté des professionnels qui souhaitent ce travail interdisciplinaire.

Nos différents intervenants ont pu témoigner de leurs expériences de terrain en matière de coordination. Tous ces acteurs de terrain nous ont montré que la coordination part d'une volonté des professionnels engagés et motivés. Mais pour que l'alchimie se fasse, une étape prolongée d'élaboration du projet semble indispensable. Il s'agit avant tout d'une affaire humaine et il n'existe pas une réponse unique sur l'ensemble du territoire.

*Carine Péjoux, Vice-Secrétaire de ReAGJIR et
Catherine Laporte, Porte Parole de ReAGJIR*

La table ronde

Suite aux trois ateliers du vendredi, différents points forts ont émergé et les congressistes ont pu en débattre avec 3 intervenants :

Vincent BEAUGRAND Responsable du Premier Recours à la Direction Générale de l'Offre de Soins,

Yann BOURGUEIL Directeur de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

Pierre de HAAS Président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé.

Le travail en équipe et particulièrement avec d'autres professionnels de santé apparaît comme une aspiration importante des jeunes médecins.

Mais la mise en place en pratique de la coopération nécessite d'être améliorée.

Il semble également urgent de développer la formation interdisciplinaire pour mieux connaître les champs de compétence de chaque professionnel de santé et ainsi mieux travailler ensemble sur le projet de soins d'un même patient.

Les différents ateliers ont aussi mis en lumière la nécessité de diversifier et d'adapter les modes de rémunération aux actes de soins des différents professionnels et ce de manière pérenne.

La diversification des statuts d'exercice des soins primaires, comme elle existe en Angleterre, correspond également à un souhait des jeunes médecins français. Le salariat doit donc pouvoir être proposé parmi les modes d'exercice possibles de la médecine générale.

Enfin l'amélioration de l'organisation du système de soins passe par un choix politique et des priorités budgétaires. Ainsi il est primordial d'accentuer la place des soins primaires par rapport aux soins secondaires, notamment par le développement de la filière universitaire de médecine générale.

Durant la table ronde, les débats furent animés. Les congressistes ont pu témoigner de leur envie de voir évoluer le système de soins et de leur volonté à participer aux mutations qui s'imposent. Les intervenants quant à eux, ont appelé les jeunes médecins à faire des propositions audacieuses.

ReAGJIR va travailler sur ces différents points en lien étroit avec sa base, pour pouvoir élaborer des propositions concrètes pour l'amélioration de l'offre de soins.

Aude Mainguy
Vice-Présidente de ReAGJIR

Nos futures retraites, bientôt du passé ?

Le système de retraite des médecins libéraux est basé sur 3 piliers : le régime obligatoire de base, le régime complémentaire et le régime avantage spécial retraite (ASV). Il est obligatoire de cotiser pour ces 3 régimes.

Le calcul des cotisations est différent pour chacun des régimes. Dans le régime de base, le taux d'imposition se fait par tranche en fonction du bénéficiaire non commercial (BNC) : 8.6 % jusqu'à 30049 euros de BNC puis 1.6 % au delà. Dans le régime complémentaire, le taux d'imposition est de 9.2% du BNC. Dans le régime ASV, il s'agit d'un forfait annuel de 4140 euros, dont les $\frac{2}{3}$ sont pris en charge par les caisses pour les médecins en secteur 1 (qui versent donc seulement 1380 euros).

Au moment du départ en retraite, pour calculer le montant de la pension, il faut multiplier le nombre de points de retraite obtenus (en fonction du nombre de trimestres validés ou du montant des cotisations versées) par la valeur du point fixé par décret (susceptible de varier). Ce nombre peut être modulé par une surcôte ou une décôte si le nombre de trimestres validés est insuffisant.

D'où l'équation : pension de retraite = points x valeur du point x (décôte ou surcôte). Pour chacun des régimes, le nombre de points acquis par trimestre est variable, ainsi que la valeur du point. La pension de retraite moyenne d'un médecin en 2011 est de 2600 euros par mois, dont 39% sont issus du régime ASV.

Le problème actuel des retraites vient du régime ASV. En effet, ce système créé en 1962 pour inciter les médecins à se conventionner était initialement facultatif et basé sur le principe de la capitalisation. En 1972, il est devenu obligatoire et fut transformé en régime par répartition. Combinée à la baisse sensible du *numerus clausus* et au vieillissement très net de la population médicale, cette réforme de l'ASV a abouti à la faillite d'un système dont le déficit se creuse chaque jour un peu plus.

Dès lors, que proposer pour sauver nos retraites?

Si l'arrêt du régime ASV ne peut être envisagé car il léserait les médecins ayant cotisé toute leur vie, son maintien (souhaité par les syndicats signataires de la convention) ne paraît pas raisonnable en raison de son coût à la fois pour les caisses mais aussi pour les médecins actifs. La CARMF, prône quant à elle une troisième solution : la fermeture. Il s'agit de bloquer l'ouverture de nouveaux droits, tout en garantissant aux points acquis une valeur fixe.

Nos futures retraites, bientôt du passé ?

Atelier

En pratique, c'est la solution du maintien du régime ASV qui a été actée dans la nouvelle convention, et un projet de décret laisse entrevoir le montant de la "facture" à payer :

- diminution de 15 % de la valeur du point,
- augmentation de 20 % de la cotisation forfaitaire
- et mise en place d'une cotisation proportionnelle jusqu'à 2.8 % du BNC.

De plus, cette réforme annoncée n'est pas suffisante pour équilibrer le régime ASV, elle aboutira fatalement à une nouvelle réforme qui pèsera une fois de plus sur les cotisants mais aussi sur les retraités.

En somme, payer plus maintenant, pour toucher moins plus tard. Le sauvetage du régime ASV est-il vraiment une victoire pour nous, jeunes médecins ?

*Cédric Fabre, Trésorier Adjoint
Lucas Beurton, Webmaster*

Connaitre et décrire son activité :

Atelier

Une classification adaptée au soins primaires

Les données que nous inscrivons dans le dossier médical patient ont deux gros défauts : elles ne sont pas structurées, et souvent notées en langage naturel. Cela génère de la confusion, de l'imprécision et des difficultés de transmission.

Il est donc difficile de connaître son activité, la transmettre et l'évaluer, la comprendre et l'assembler à celle des autres, s'il n'existe pas un accord à la fois sur une façon de structurer, mettre en ordre ces données, et sur leur libellé.

Les perspectives sont pourtant particulièrement importantes. Une description plus précise de notre activité permettrait en effet de :

- mieux la connaître : connaître nos patients et leurs problèmes de santé, orienter notre formation continue,
- l'évaluer et la transmettre : partager des informations avec d'autres professionnels de santé, enseigner la médecine générale grâce à l'utilisation de banques de cas cliniques, s'évaluer (soi-même et les autres)
- utiliser ces données à des fins de recherche en soins primaires, grâce à un recueil fiable et reproductible, avec des perspectives notables en termes d'épidémiologie, d'évaluation des besoins en offre de soins ou de pharmacovigilance.

Connaitre et décrire son activité :

une Classification adaptée au soins primaires

Ceci met en lumière l'intérêt croissant de disposer d'une classification adaptée aux soins primaires. La Classification Internationale des Maladies (CIM, 10ème version), largement utilisée en milieu hospitalier, comporte 14 000 codes. Une majorité de codes concernent donc probablement des problèmes de santé très rarement rencontrés en soins primaires.

La Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) permet de combler ces limites. Il s'agit d'une classification internationale, soutenue par l'OMS et la WONCA (l'organisation mondiale des médecins de famille). Constituée d'environ 700 codes, elle a été conçue par des médecins généralistes, pour être utilisée par des médecins généralistes. Elle ne concerne que des problèmes de santé dont la prévalence en soins primaires est supérieure à 0,5 pour 1000.

Chaque code de la CISP est composé :

- D'une lettre : chaque lettre correspond à un des 17 chapitres de la CISP. 15 sont des domaines corporels, les deux autres relèvent des champs social et psychologique.
- Et d'un chiffre, qui peut correspondre à un motif de consultation (ex : R05 est le code de la toux), un résultat de consultation (ex : R81 est le code de la pneumonie) ou à une procédure (ex : R41 est le code correspondant à l'imagerie diagnostique).

Cette classification permet l'instauration d'un langage commun à tous les professionnels des soins primaires. Elle permet également de structurer la consultation, en se centrant sur les problématiques du patient (grâce au recueil des motifs de consultation). Son caractère international permet d'envisager une utilisation large, et notamment à des fins de recherche. En revanche, alors que nous travaillons régulièrement en situation d'incertitude, la CISP ne prend pas en compte cette dimension.

La CISP est traduite en une vingtaine de langues, et il existe une version francophone depuis 1991. Elle est couverte par un copyright, ce qui signifie que les droits de la CISP doivent être achetés par un état qui souhaiterait en faire son système officiel de classification pour les soins primaires. C'est le cas pour plusieurs pays du nord de l'Europe, comme la Hollande, la Norvège ou la Finlande.

En France, elle est utilisée en routine dans plusieurs organisations médicales, comme les centres de consultation de Médecins du Monde. Plusieurs projets de recherche en soins primaires utilisent la CISP, comme l'étude ECOGEN (Eléments de la CONsultation de médecine GENérale), développée par le Collège National des Généralistes Enseignants. Malheureusement, elle reste peu et mal intégrée dans les logiciels médicaux disponibles en France, limitant ainsi les possibilités de diffusion parmi les professionnels du territoire.

A l'heure du développement de la recherche en soins primaires, ainsi que de l'essor de la coopération interprofessionnelle, la CISP devrait bientôt constituer un des outils indispensables à tout médecin généraliste !

Matthieu SCHUERS
Secrétaire Général

La coupure festive : et ce Gala ?

Les organisateurs ont créé la surprise !

Soigneusement gardé secret, le lieu du Gala ne fut dévoilé aux congressistes impatientes qu'à leur arrivée sur les lieux :

le Circuit des 24H du Mans !!!

C'est au cœur de cet endroit mythique que les participants furent invités à prendre l'apéritif, accompagnés par la dynamique fanfare "le Fanfaristan Orchestral".

Surplombant le Circuit, les convives partagèrent un repas raffiné, avant de se réunir sur la piste... de danse.

En effet, la jeune génération de médecin généraliste a su se déhancher jusqu'au bout de la nuit, au rythme d'un talentueux DJ.

Mission réussie, le Gala restera mémorable pour tous ses participants...

A vos agendas !!!

Les prochaines ReNaR sont annoncées pour mars 2013

ReAGJIR

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

Tel : 01 70 61 70 00 (du lundi au vendredi 9h00-15h00 et 17h00-20h00) Fax : 01 76 50 22 67

www.reagjir.org

contact@reagjir.com