

MISSION DE RECERTIFICATION DES MÉDECINS

NOVEMBRE 2018

**Exercer une médecine de qualité grâce
à des connaissances et des compétences
entretenues**

Rapport du Pr Serge UZAN

Président du Comité de Pilotage
de la Recertification des Médecins

Remis à :

MADAME AGNÈS BUZYN
MINISTRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MADAME FRÉDÉRIQUE VIDAL
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE

SOMMAIRE

PREAMBULE	5
PRINCIPES GENERAUX ET RECOMMANDATIONS	7
INTRODUCTION	11
I. HISTORIQUE ET CONTEXTE DE LA MISSION	14
1. Première lettre de mission du 10 mars 2017	14
2. Propositions remises aux deux ministres le 15 mai 2017	16
3. Constitution du Copil après la seconde lettre de mission du 15 novembre 2017	17
II. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE ET LISTE DES REUNIONS DE CONCERTATION	19
III. EXPERIENCES INTERNATIONALES	20
IV. SCHEMA GENERAL DU FONCTIONNEMENT DU COPIL	28
1. Instances impliquées dans la rédaction du rapport	28
2. Rôle « conjoint » des institutions dans la procédure et rôle central des CNP	28
3. Principe général de la procédure	29
4. Rôle essentiel des CNP	31
V. PROCEDURE QUI REpond AUX QUESTIONS POSEES PAR LA LETTRE DE MISSION	33
1. Le « point d'étape » du 2 juillet 2018	33
2. La « Recertification » en questions	34
Question 1 : intitulé de la procédure	34
Question 2 : population concernée	34
Question 3 : les principes retenus ou ... Ce sera / Ce ne sera Pas !!!	35
Question 4 : la Périodicité choisie (et largement plébiscitée) est de 6 ans	38
Question 5 : le contenu et les voies de de la recertification	39
5.1 Schéma général	39
5.2 Contenu du parcours de formation tout au long de la vie	41
5.3 Exercice professionnel	42
5.4 Relations avec les Patients	44
5.5 Le Médecin doit prendre soin de sa santé et de sa qualité de vie	45
Question 6 : recertification individuelle / par équipe ?	48
Question 7 : absence de signaux négatifs	48
Question 8 : l'espace personnel du Médecin	48
Question 9 : autres activités ayant pour but de valoriser les missions des médecins	49

Question 10 : Quelle valorisation ?	50
Question 11 : Quels risques psychopathologiques à éviter ?	50
Question 12 : Quel support de traçabilité et de l'alimentation de l'algorithme ?	51
Question 13 : Certification / non certification / Enregistrement	52
<u>VI. CNCV : SUGGESTIONS POUR LA COMPOSITION ET LES MISSIONS</u>	54
<u>VII. ACTIONS A VENIR ET GROUPES DE TRAVAIL A METTRE EN PLACE</u>	56
<u>VIII. EXPERIMENTATION DE LA PROCEDURE</u>	57
<u>IX. FINANCEMENT : UNE RECERTIFICATION DE QUALITE A UN COUT</u>	57
<u>X. EXTENSION AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE : PROCHAINE ETAPE</u>	57
<u>REMERCIEMENTS</u>	58
<u>ANNEXES</u>	59
Annexe 1 Pré-rapport remis aux ministres le 15 mai 2017	59
Annexe 2 Liste des réunions de concertation	65
Annexe 3 Liste des contributions	66
Annexe 4 Grille du CNOM sur l'épuisement professionnel des médecins	68

Préambule

Serge Uzan - Président du Comité de Pilotage

La démarche de Recertification des Médecins s'inscrit dans l'axe « amélioration de la formation et de la qualité de vie des acteurs de santé ».

La mise à jour constante des connaissances et des compétences est un objectif qui a toujours été présent à l'esprit des médecins et plus généralement de tous les soignants.

Rappelons d'ailleurs que cette démarche figure en toutes lettres dans l'article 11 du code de déontologie.

Il faut ajouter la phrase de Louis Porte : « La pratique Médicale est une compétence et conscience rencontrant une confiance ».

Ce qu'il est convenu d'appeler « la vocation » reste la motivation essentielle des étudiants.

Mes nombreuses années en tant que médecin responsable d'équipe, enseignant, Doyen et Conseiller National de l'Ordre des Médecins, m'ont toujours conforté dans cette opinion.

L'air du temps à « la remise en cause » parfois même au dénigrement de cette magnifique profession, m'a convaincu d'accepter la mission de « piloter » la recertification des médecins, en ayant comme objectif de légitimer et de justifier la confiance qui leur est accordée par l'immense majorité de leurs patients.

Leur légitimité reposera sur la preuve de leur volonté de maintenir et d'améliorer leur niveau de professionnalisme en étant « recertifié » à intervalles réguliers.

Rappelons que, dès sa prise de fonction, la Ministre de la Santé avait abordé la question de la recertification des compétences en déclarant : « c'est un sujet éminemment complexe ; même l'Ordre qui l'a promue lors de la grande conférence de santé, n'avait pas idée de la façon de la mener de façon opérationnelle. Prenons le temps, arrêtons de nous fixer des deadlines que l'on ne tiendra pas ».

La Ministre ajoutait qu'elle avait une idée assez claire de l'économie du projet et de ce qu'il fallait éviter : « ma philosophie, c'est d'abord :

- 1) qu'il est nécessaire de montrer qu'on s'informe et qu'on se forme tout au long de la vie
- 2) qu'il ne faut pas construire une « usine à gaz » parce que nous avons besoin de rendre aux médecins du temps médical
- 3) qu'il faut qu'elle (... la recertification) évalue bien ce qu'elle doit évaluer ».

Ce à quoi Patrick Bouet répondait que l'Ordre des Médecins qui avait promu le premier la recertification, souhaitait qu'elle constitue une mesure à type d'outils de dynamisation de carrière, et il ajoutait : « un professionnel qui maintient sa compétence et qui l'améliore, doit pouvoir en avoir un bénéfice dans sa carrière ».

Un représentant des étudiants déclarait : « personne n'aime être fliqué, mais me dire qu'après avoir été certifié pour la première fois, personne ne viendra checker mes connaissances, c'est plutôt inquiétant... ».

Deux points supplémentaires me sont d'emblée apparus comme essentiels :

- L'apriori de confiance pour la conscience des médecins qui porteront eux-mêmes cette procédure avec leurs pairs, mais aussi avec leurs patients
- La possibilité de saisir l'opportunité de cette démarche pour valoriser toutes les activités qui améliorent et entourent la fonction de soignant, à savoir :
- « apprendre à apprendre », transmettre, enseigner, écouter, parler, rassurer, améliorer les connaissances de tous par la recherche clinique et fondamentale.

Il m'est également apparu comme important d'insister sur la nécessité de « prendre soin de soi » pour les soignants, ainsi que de se préoccuper de leur « qualité de vie professionnelle » pour donner le meilleur d'eux-mêmes.

C'est tout cela que le comité de pilotage a partagé dans une démarche et une volonté collective de réussir et ne pas aboutir à des « nièmes propositions » non suivies d'effet !

Je remercie, sans exception, tous ceux qui ont participé à ces travaux et tous ceux qui sont venus nous apporter leurs contributions orales et écrites dans les nombreuses séances de concertation.

Le texte reflète de très nombreuses interventions intégrées à des degrés divers. La présence de toutes les présentations et de toutes les contributions en annexe permet de rendre à chacun « la reconnaissance » de sa participation.

Merci à Madame Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame Frédérique Vidal, Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation qui nous ont confié cette mission et ont renouvelé la confiance qu'avaient déjà placée en nous Madame Marisol Touraine et Monsieur Thierry Mandon lors de la mission initiale.

Merci à Raymond Lemoign, Directeur de Cabinet de Madame Buzyn, pour nos échanges sur le futur de la Santé.

Merci à leurs conseillers Lionel Collet, Isabelle Richard, Hervé Le Marec et Valérie Mazeau-Woynar de leur aide et de leur écoute et merci à leurs administrations, en particulier Mathias Albertone et Bénédicte Lakin, ainsi que François Lemoine de l'aide logistique et conviviale pour la réalisation de ces travaux.

Merci à Yves Matillon dans ses fonctions d'assesseur efficace et à Jean-François Thébaut pour son travail minutieux de correcteur.

Et enfin, un grand merci à mes deux assistantes, Carole Juge Briton et Laure Seguin, de leur aide irremplaçable dans cette démarche.

Principes généraux et recommandations

1. **Les médecins sont demandeurs de cette démarche** qui traduit leur idéal déontologique et ne peut que renforcer la confiance que leur portent les patients.
2. C'est un enjeu important d'honneur et de crédibilité pour les médecins et la puissance publique de **garantir que ce sera une procédure transparente** et homogène sur le territoire aboutissant à une information « publique » et non un « arrangement » entre médecins.
3. Leur certification à intervalles réguliers **viendra témoigner qu'ils veulent s'informer et se former.**
4. Cette procédure renforcera la **capacité des Médecins d'exercer une médecine de qualité** grâce à des connaissances et des compétences entretenues. Toutefois, elle ne doit pas être pour les médecins un facteur de « stress administratif ».
5. Elle leur permettra à intervalles réguliers de **prendre du recul par rapport à leur exercice et d'envisager des évolutions de carrière et d'exercice.**
6. **La certification est individuelle**, mais peut intégrer selon les disciplines une dimension de « travail en équipe ».
7. L'analyse des systèmes de recertification mis en place dans d'autres pays permet à partir de leurs avantages et inconvénients **d'élaborer un modèle construit par les médecins français à travers les CNP et leurs institutions.**
8. Il ne s'agit pas de produire un modèle unique, rigide et obligatoire, mais de **construire un chemin qui, à travers un faisceau d'arguments, justifiera la certification.**
9. L'objectif est celui d'**une certification et d'une valorisation périodique (CVP) tous les 6 ans.**
10. **La CVP concernera tous les médecins certifiés à l'issue du « nouveau 3^{ème} cycle ».** Elle sera toutefois ouverte et largement encouragée sur le mode du volontariat pour les autres médecins inscrits au tableau de l'Ordre.
11. **Les CNP (Conseils Nationaux Professionnels) et le CMG (Collège de la Médecine Générale) seront au cœur de la procédure**, selon des critères largement décrits dans le corps du rapport.

12. Un « tiers de confiance » intégrant les composantes médicales, des patients et des syndicats, sera constitué pour gérer certaines étapes de la procédure. Il s'intitulera **CNCV (Conseil National de Certification et de Valorisation)**. Sa composition est évoquée au chapitre VI.
13. La procédure elle-même **n'est pas un examen ou une remise en cause des diplômes qui restent acquis**.
14. **Les disciplines ne seront pas fragmentées** et il sera possible de certifier un exercice partiel spécifique à la discipline.
15. **Le principe de l'Accréditation** des disciplines à risques par la HAS, qui vaut DPC, **doit pouvoir être étendu aux disciplines qui le souhaitent**.
16. Pour être efficace, **la certification**, largement fondée sur une auto-évaluation, **doit se construire et se « mesurer » au fil de l'eau** à partir de données transmises automatiquement par les institutions « productrices » de DPC, mais aussi des données que le médecin complétera lui-même.
17. Cela permettra de disposer d'**une procédure dématérialisée et largement automatisée, facilement compréhensible** (pas de nouvelle usine à gaz !)
18. Il doit être possible de parvenir à l'objectif avec l'équivalent de **15 à 30 jours (par an) de formation** (sous différentes formes « cumulables ») et **moins de 3 heures de collecte des données (par an)**.
19. Pour faciliter et parfaire la procédure, il sera procédé **en 2019 à une expérimentation** et à l'élaboration d'un **tutoriel**. Il faudra formaliser une aide aux médecins isolés ; elle sera confidentielle, gratuite et confraternelle.
20. **Le contenu reposera sur toutes les formes de DPC** (dont la durée pour le DPC indemnisé doit être impérativement majorée) et plus généralement de FTLV (Formation tout au long de la vie).
21. **Les formations** (adaptées aux souhaits et besoins réels des professionnels) **comporteront un volet socle, un volet discipline, des thématiques prioritaires et optionnelles** définies par les institutions professionnelles autour des CNP, du CMG et de l'Ordre des Médecins.

22. Cinq items seront obligatoires :

- Le parcours de DPC obligatoire ou l'accréditation
- La preuve d'une « activité professionnelle maintenue »
- Une démarche d'amélioration de la relation Médecin-Patient
- Une démarche d'amélioration de la qualité de vie et de la santé du médecin
- L'absence de « signaux négatifs »

Tous ces points sont détaillés dans le corps du rapport.

23. Le 6^{ème} item est celui de toutes les activités labellisées par les CNP susceptibles de valoriser le parcours du médecin.

24. D'autres activités doivent être reconnues et valorisées :

- Gestion et prévention des risques, qualité et sécurité des soins, ainsi que évaluation/amélioration des pratiques
- Missions d'enseignement et de recherche qui devront être facilitées
- Responsabilités professionnelles et territoriales, y compris la capacité à animer des groupes d'initiatives
- Activités contribuant au rayonnement de la discipline au niveau national ou international
- Autres missions définies par les CNP, le CMG ou l'Ordre

25. Seront privilégiées les formations :

- Au « bon usage » et à la **pertinence** des soins et des examens
- A la pratique **multidisciplinaire, inter et pluri-professionnelle**, au travail en équipe, aux staffs, aux RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) et RMM (Revue de Morbi-Mortalité).

26. L'amélioration de la relation avec les patients sera un des axes de la certification. On introduira différentes modalités reconnues ou en émergence avec des associations de patients. **Le « prendre soin »** sera privilégié par rapport à la délivrance de soins. Enfin, on développera la culture du « retour d'opinions des patients ».

27. Le médecin sera incité à prendre soin de sa santé et de sa qualité de vie selon le « Serment de Genève ».

28. Un exercice professionnel comportant une activité maintenue et régulière sera nécessaire avec la « démonstration », sur un mode déclaratif, d'une activité minimum de 3 à 4 demi-journées par semaine. Ce critère prend en compte tous les modes d'exercices. Par contre, en cas d'activité insuffisante pendant plus de 2 ans, interviendra la procédure déjà existante d'insuffisance professionnelle.



- 29. Un professionnel qui entre dans cette démarche doit pouvoir en tirer bénéfice** pour sa carrière en fonction des différents éléments valorisants évoqués plus haut. Différentes formes de valorisation peuvent être envisagées et seront discutées.
- 30. La synthèse de tous ces éléments s'effectuera au niveau d'un espace personnel numérique.** Il comportera des alertes visibles en temps réel, en cas de validations insuffisantes.
- 31. Ces alertes communiquées au médecin, lui permettront** avec la structure de son choix (CNP, Ordre, Syndicat, etc...) **de corriger sa trajectoire de certification.**
- 32.** Les **données** issues de cette procédure devront faire l'objet d'une **sécurisation** de haut niveau, probablement au sein d'une structure d'Etat.
- 33.** Quoiqu'il en soit, **jamais de retrait brutal** de la certification grâce à un algorithme de certification, **mais des possibilités permettant d'obtenir la certification en temps utile**, ainsi que des **garanties d'appel.**
- 34. Un financement spécifique** sera nécessaire, car il s'agit d'une **action de santé publique.**
- 35. La procédure mise en place fera l'objet d'un suivi, d'une évaluation par le CNCV** (Conseil National de Certification et de Valorisation) qui pourra, en accord avec toutes les instances, proposer des modifications dans le cadre d'un exercice médical en constante évolution.

Introduction

Le premier communiqué du Comité de Pilotage (1^o mars 2018) traduit parfaitement l'état d'esprit dans lequel ce groupe a travaillé

Les membres du comité de pilotage sur la recertification des médecins se félicitent du lancement de leurs travaux par Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Conscients de l'importance de la démarche de recertification des médecins et de l'attente qu'elle suscite, ils entendent mener ces travaux de façon transparente et concertée avec l'ensemble des acteurs, dans la continuité de la grande conférence de santé.

La recertification des médecins est un concept en application dans de nombreux pays. Il s'agit d'un processus qui devra tenir compte de la grande diversité des modes d'exercice médical, de la multiplicité des acteurs et d'une évolution accélérée des connaissances et compétences médicales. Il doit également intégrer la volonté de maîtrise de leurs perspectives de carrière par les nouvelles générations, d'une transformation de notre système de santé et de nouvelles attentes des usagers. Malgré la complexité de ce processus, le comité de pilotage entend proposer aux ministres en charge de la santé et de l'enseignement supérieur, des propositions allant dans le sens d'une procédure simple et compréhensible.

Le comité de pilotage, dans le cadre d'une approche pragmatique, pourrait proposer que la future procédure ne concerne que les médecins diplômés au terme du 3^e cycle rénové des études médicales. Ainsi, la première promotion concernée serait celle des diplômés de 2021. En effet, la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales a instauré une diplomation (et une certification) basée sur l'évaluation des compétences. Ainsi, pour chaque spécialité, chaque médecin disposera d'un niveau de référence de ses compétences. Dans la continuité, il sera légitime de lui proposer un schéma de maintien et d'amélioration de ses compétences tout au long de sa carrière professionnelle, avec pour objectif principal d'orienter et de mettre en valeur son parcours professionnel.

Concernant les médecins actuellement en exercice, qu'ils soient libéraux ou non, ils pourraient s'inscrire dans le processus de recertification, sur le mode du volontariat.

A la lumière de ces réflexions liminaires, la recertification, devrait s'entendre comme un processus de « certification et de valorisation périodique » des compétences permettant à chaque médecin d'orienter son parcours professionnel.

C'est pour aboutir à ce difficile exercice de simplicité, de transparence, et d'accompagnement des médecins sur le chemin de la confiance avec leurs patients, que les opinions de tous les acteurs seront indispensables et garantes de la réussite de la démarche.

Le comité de pilotage souhaite échanger dès la mi-mars avec toutes les institutions représentatives, au premier rang desquelles figurent les organismes professionnels ; il renouvellera ces rencontres autant que nécessaire pour disposer au quatrième trimestre 2018 de propositions partagées par tous et ouvrant des voies multiples pour que chacun puisse « construire » sa recertification.

Des enjeux qu'il paraît important de prendre en compte dans le cadre des consultations qui seront engagées, et surtout des propositions qui seront formulées, ont d'ores et déjà été identifiés. Il s'agit notamment d'être attentif à ce que la recertification :

- ne soit pas un exercice de contrôle, mais un exercice de promotion et de valorisation ;
- ne soit pas un examen, un concours à une date couperet, mais plutôt un accompagnement tout au long de leur carrière des médecins vers la satisfaction de bien faire leur métier, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients, et ce à travers l'ensemble des dispositifs et moyens actuels de formation continue et d'analyse des pratiques ;
- puisse intégrer les innovations pédagogiques (en particulier numériques) et les évolutions professionnelles.

Cette démarche volontariste témoignera d'un véritable « idéal déontologique » de tous les Médecins, renforçant ainsi la confiance que leur portent les citoyens.

Le Communiqué publié par les ministères de la santé et des universités, après mise en place du Comité de Pilotage par Madame Agnès Buzyn et Madame Frédérique Vidal, traduit l'attente des instances ministérielles



AGNÈS BUZYN
MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

FREDERIQUE VIDAL
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Communiqué de presse

Paris, le 22 février 2018

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, ont installé le comité de pilotage de la mission portant sur la recertification des compétences des médecins.

Afin de favoriser l'actualisation régulière des compétences des médecins et de garantir aux patients une même qualité de prise en charge, Agnès Buzyn et Frédérique Vidal ont réuni aujourd'hui les membres de la mission Recertification et son président, le professeur Serge Uzan, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Pierre et Marie Curie. Les échanges ont porté sur les professionnels et spécialités concernés par la recertification, ainsi que sur le calendrier de travail, de concertation et de mise en œuvre de la réforme. Un rapport précisant son articulation avec le troisième cycle de médecine, le suivi de l'obligation et ses potentielles incidences financières sera rendu en septembre 2018.

Le Premier ministre a inscrit la qualité des soins et la pertinence des actes comme le premier chantier de la stratégie de transformation du système de santé. En favorisant l'actualisation régulière des pratiques des professionnels, la recertification assure aux patients de bénéficier des dernières avancées médicales. Elle garantit à tous une même sécurité et pertinence de leur prise en charge, et à ce titre s'inscrit pleinement dans le troisième axe de la Stratégie Nationale de Santé, la pertinence de soins.

La recertification des compétences concernera à terme l'ensemble des médecins exerçant en France. Afin de tenir compte des différents modes d'exercice et des spécialités, le comité de pilotage identifiera les spécificités des publics concernés. Il devra aussi dessiner les contours des dispositions légales nécessaires à la mise en œuvre et au contrôle de la recertification. Les propositions formulées pour les médecins serviront de base à une extension du dispositif aux autres professions de santé.

La mise en place de la recertification s'articule avec la réforme du troisième cycle des études de médecine. Elle partage avec elle les objectifs d'une formation continue, diversifiée et labellisée. La recertification vise en effet à instaurer un processus de labellisation régulière, fondé sur l'analyse – par les pairs – des pratiques des professionnels de santé. Elle favorise ainsi l'acquisition, tout au long du parcours, de nouvelles compétences.

I. Historique et contexte de la Mission

1. La première lettre de mission en date du 10 mars 2017



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Les Ministres

Paris, le

10 MARS 2017

Cab DA/AP Pégase D17-006308

Chefs Monsieur le Professeur, Docteurs,

Le 26 Janvier 2017 à Poitiers, en présence du Président de la République, le comité de pilotage de la Grande conférence de la santé a détaillé l'avancement de la feuille de route annoncée par le Premier Ministre le 11 février 2016. Cet événement a été pour nous l'occasion de féliciter l'ensemble des acteurs pour avoir, en à peine un an, réussi à faire aboutir ou considérablement avancer la quasi-totalité des 22 mesures de la feuille de route.

Parmi ces mesures, la mesure 21 est relative à la mise en place de la certification des professionnels de santé, sujet important, porté lors de la Grande conférence de la santé notamment par les jeunes générations, le conseil national de l'ordre des médecins et les universités. Si la certification et la re-certification régulière des professionnels de santé constituent des pratiques déjà anciennes dans les pays anglo-saxons, elles n'ont encore jamais fait l'objet d'une réflexion approfondie en France. Compte tenu de la complexité de cette question, nous souhaitons dans un premier temps lancer les travaux pour les médecins.

Nous vous demandons de travailler à l'élaboration d'une feuille de route visant à installer progressivement ce processus de certification. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre général de la Grande conférence de la santé. Aussi, vous travaillerez en lien avec les deux présidents du comité de pilotage de la Grande conférence de la santé, Anne Marie BROCAS et Lionel COLLET, et en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment les structures représentatives des jeunes médecins/étudiants, la conférence des Doyens, la conférence des présidents d'université, les conférences hospitalières (directeurs d'établissement, présidents de CME), le Conseil national de l'ordre des médecins, la Fédération des spécialités médicales, l'agence nationale du développement professionnel continu, et les différentes structures syndicales représentatives des médecins.

.../...

Professeur Serge UZAN
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
91-105 Boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS

Docteur Julien LENGLET
Centre hospitalier
69 Rue du Lieutenant-Colonel Prudhon
95100 ARGENTEUIL

Docteur Sydney SEBBAN
29 bis rue Médéric
75017 PARIS

Nous vous demandons de mener ces travaux sur la base de certains principes généraux. Premièrement, le processus de certification et de re-certification doit s'intégrer dans la continuité de la réforme du troisième cycle des études médicales. Ainsi, le processus doit être pensé pour s'appliquer aux médecins qui seront issus de cette réforme. Ensuite, les médecins en exercice, formés préalablement à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle pourront s'intégrer au dispositif de certification/re-certification sur la base du volontariat. Enfin, il doit être conçu avec pour objet principal le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins.

Nous vous demandons de nous proposer d'ici un mois, une définition de la certification et de la re-certification ainsi qu'une méthode de travail prenant en compte notamment une description des procédés utilisés dans d'autres pays, en Europe et en Amérique du Nord. Sur la base, de la validation de cette définition et de la méthode proposée, vous engagerez l'élaboration de la feuille de route.

Vous pourrez compter sur le soutien des services de nos ministères.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Professeur, Docteurs, l'expression de notre sincère considération.

Merçi de votre engagement
Marisol

Marisol TOURAINE

Th Mandon

Thierry MANDON

2. Des propositions furent remises aux deux ministres le 15 mai 2017

Ce pré-rapport, en annexe 1, préfigure le rapport actuel et jette les bases de la recertification.

3. Le Copil a été constitué après la seconde lettre de mission du 15 novembre 2017

Cette seconde lettre énonce très clairement les questions auxquelles devra répondre le Copil.

C'est pourquoi le corps du rapport s'intitule « la Recertification en questions ».



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Les ministres
CAB – CG/AP – D-17-025499

Paris, le 15 NOV. 2017

Objet : Conception d'un dispositif de recertification des compétences des médecins

Monsieur le Professeur,

Dans le cadre de la mesure 21 de la feuille de route de la Grande Conférence de la Santé, relative à la mise en place de la certification des professionnels de santé, vous avez remis une note de conjoncture décrivant les grandes lignes de ce que pourrait être un processus de certification et de recertification des compétences des médecins, en cohérence avec la réforme du troisième cycle des études médicales.

Nous tenons à vous remercier pour la qualité de ce travail qui présente vos réflexions sur cette démarche. Elle s'inscrit dans une dynamique de maintien d'un haut niveau de compétences pour les médecins tout au long de leur carrière professionnelle et de renforcement de la qualité et de la sécurité des soins.

Nous souhaitons engager une nouvelle phase visant à sa mise en œuvre effective et vous missionnons pour cela.

Il vous est notamment demandé dans ce cadre :

- D'analyser les modèles étrangers de recertification afin d'éclairer vos propositions.
- De proposer l'architecture du dispositif cible avec une méthodologie et un calendrier de travail et de concertation pour la mise en œuvre de ce processus.
- De préciser les publics concernés lors de la mise en place de la recertification, en fonction le cas échéant de leurs modes d'exercice ou encore de leurs spécialités, étant entendu qu'à terme, l'ensemble des médecins exerçant en France, sera concerné par la recertification des compétences. L'articulation de la mise en place de cette procédure avec le 3^e cycle des études de médecine devra être prise en compte.

Professeur Serge UZAN
Doyen honoraire de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
4 place Jussieu
75252 Paris cedex 05

- De préciser les acteurs et leurs rôles dans l'élaboration des programmes de recertification, dans le contrôle de la qualité méthodologique du processus de recertification, ainsi que dans la validation de l'indépendance du processus et de la recertification individuelle.
- De préciser les outils du dispositif, en particulier les modalités de suivi de cette obligation, en articulation avec l'obligation de développement professionnel continu.
- D'identifier les dispositions légales et réglementaires qu'il sera nécessaire de prendre afin de mettre en place la démarche, ainsi que ses potentielles incidences financières.

Nous attirons votre attention sur le fait que les propositions que vous formulerez pour les médecins pourront servir de base à une extension du dispositif aux autres professions de santé.

Votre méthodologie de travail et de concertation reposera notamment sur un Comité de pilotage. Il constituera l'instance garante de la conduite de la démarche, dans les objectifs poursuivis comme dans le respect du calendrier cible et des attendus en termes de concertation.

Vous pourrez vous appuyer pour conduire cette mission sur les services des ministères des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Nous vous remercions de conduire ces travaux afin d'être en mesure de rendre votre rapport final d'ici septembre 2018. La présentation d'une note d'étape à la fin du premier trimestre 2018 pourra être utile à la validation d'arbitrages structurants éventuellement nécessaires à la configuration finale du dispositif.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Professeur, en l'assurance de notre considération distinguée.



Agnès BUZYN



Frédérique VIDAL

II. Composition du Comité de Pilotage et liste des réunions de concertation

Président : Pr Serge Uzan

Assesseur : Pr Yves Matillon

- Pr Djillali Annane, vice-président de la conférence des doyens de facultés de médecine
- Mr Jean-Baptiste Bonnet, président de l'Intersyndicale nationale des internes (Isni)
- Dr Patrick Bouet, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Pr Michel Claudon, président de la conférence des présidents de CME de CHU
- Pr Pierre-Louis Druais, président du Collège de la Médecine Générale (CMG)
- Pr Olivier Goëau-Brissonnière, président de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM)
- Pr Dominique Le Guludec, présidente de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Mr Samuel Valero, Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf)
- Mr Maxence Pithon, président de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG)
- Mme Claude Rambaud, vice-présidente du Lien
- Dr Jean-François Thébaut, président du haut conseil du Développement Professionnel Continu (DPC)
- Pr Jean-Pierre Vinel, président de l'université de Toulouse

La liste des réunions de concertation figure en annexe 2

Certains membres, initialement prévus et notés sur ce tableau, n'ont pu se rendre à la réunion et ont été représentés.

Par ailleurs, les réunions du 6 et du 18 juin ont été tenues en formation « restreinte ».

Tous les documents (diapositives et textes) fournis pour ces réunions figurent (avec l'autorisation des auteurs) en annexe 3.

III. Les expériences internationales

En 1986, le Congrès américain a instauré une Commission de suivi des carrières médicales, le « National Practitioner Data Bank ». Il avait pour but d'améliorer la qualité des soins en recensant les fautes médicales et les actions de justice, afin d'éviter que les comportements ne se répètent après « déménagement des médecins responsables ».

Ce qui est fait dans certains pays est difficilement envisageable en France, comme l'examen de dossiers tirés au sort chez les médecins par un comité des pairs, des médecins-inspecteurs, des avis de patients directement pris en compte, etc...

Sans visée exhaustive, quelques grands principes potentiellement utiles pour la France peuvent être tirés des expériences étrangères, notamment celles des pays anglo-saxons, les plus en avance sur le sujet. Certaines expériences, disposant d'un recul suffisant, peuvent aujourd'hui être analysées. Elles ont fait l'objet de plusieurs présentations lors des différentes réunions du COFIL et elles sont consignées en annexe de ce rapport.

De très nombreux articles et rapports en anglais décrivent les actions mises en œuvre sur ce thème dans différents pays. Des rapports en français (notamment de l'UNAFORMEC, de l'IGAS, de la CNAMTS, de l'ANAES et de la mission ECP 2002-2009) peuvent également contribuer à la compréhension internationale du sujet.

Avant toute analyse, il est indispensable de souligner les difficultés qu'il y a à comparer directement les différents systèmes de santé, qui sous des apparences ou des vocables semblables, révèlent des différences fondamentales.

- La traduction littérale « français/anglais » et « anglais/français » peut être source de confusion. La sémantique recouvre, pour un même mot, selon les pays, des sens notoirement différents.
- Les structures, institutions et instances professionnelles chargées de la mise en œuvre doivent être replacées dans le contexte spécifique de chaque pays.
- L'analyse des publications doit être attentive, les auteurs ayant parfois tendance à valoriser par excès les structures dans lesquelles ils exercent des responsabilités.

De nombreux pays ont développé depuis quelques années au sein de leurs systèmes de santé des procédures d'évaluation individuelle des professionnels de santé. Ces démarches concernent plus particulièrement les médecins, dans le cadre de dispositifs de certification/recertification.

L'Angleterre a structuré des expériences locales par le système centralisé du NHS. Le General Medical Council et le Royal College of General Practitioners proposent dès 2002 une expérience qui permet aujourd'hui la recertification des médecins.

La recertification, fondée sur le contenu du métier, mise en situation, se fera tous les 5 ans avec des critères multiples cliniques et non cliniques, incluant une appréciation de la performance du praticien.

Au Royaume-Uni, les fonctions de la British Medical Association (BMA) sont difficilement comparables à celles de nos organisations syndicales et/ou professionnelles. Elles ne sont pas strictement celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins français, ni celles des grands syndicats français. L'autorégulation professionnelle est au cœur de la philosophie des soins médicaux au Royaume-Uni. Cependant, les demandes de transparence et de preuves de confiance ne cessent d'augmenter. En réponse à cela, le General Medical Council a reçu la mission d'introduire une « revalidation » périodique pour tous les médecins.

En Hollande, un mécanisme de qualification (appelé « registration » ou « enregistrement ») a été complété par une phrase de requalification depuis 1991. Un critère quantitatif était utilisé, basé sur un nombre d'heures de pratique professionnelle. Un critère qualitatif est maintenant associé.

- 40 heures de formation continue annuelles sont indispensables. Les sociétés savantes de spécialistes assurent cette formation continue. Par ailleurs, le CBO (institut néerlandais pour l'amélioration de la qualité en santé) a développé une certification d'équipes, aussi bien hospitalières qu'ambulatoires, pluridisciplinaires, assurées par des « visites » de pairs, de sociétés savantes médicales, de spécialités correspondantes (développées avec la méthode de l'audit clinique). Globalement, la recertification (ou requalification) est principalement basée sur la formation médicale continue qui doit être effective, avec une analyse des pratiques dans le cadre de la certification des équipes.

En Espagne, l'organisation administrative repose sur une répartition de responsabilités avec les 17 régions autonomes. La Catalogne crée le conseil catalan de la formation médicale continue en 1989, qui sera opérationnel en 1996. En 1990, plusieurs sociétés savantes mettent en place un système d'accréditation de la formation continue. Un accord interministériel, relatif à la formation continue aux professions de santé, a été signé le 8 janvier 2002 par le ministre de la santé et le ministre de l'éducation nationale avec l'association médicale espagnole. En janvier 2003, le conseil espagnol d'accréditation de la formation médicale continue est désigné. En Andalousie, un processus global, volontaire, porté par l'Agence Andalouse de la Qualité en Santé, dit Professional Competence Accreditation Program (PCAP) a été mis en place pour tous les professionnels de santé en 2006, analogue à celui du Portugal ou du Chili, essentiellement fondé sur l'auto-évaluation. Globalement, la formation médicale est l'objectif actuel principal pour structurer, peut-être à terme, un mécanisme de recertification.

Au niveau européen, les médecins doivent montrer qu'ils continuent à présenter les qualités et les compétences qui ont été nécessaires, pour la diplomation et l'octroi de la licence d'exercice. L'évaluation de ces systèmes a fait l'objet de publications, dont une récente (*Meritxell S. and al. How do medical doctors in the EU demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing? Clin. Med. 2014 ; 6:633-9*).

Naturellement, de fortes disparités existent entre les différents pays de l'Union Européenne. Ce sujet est cependant un enjeu considérable pour l'Europe, compte tenu de la libre circulation des acteurs entre les différents pays. Un rapport récent (*Kovacs E. and al. Licencing procedures and registration of medical doctors in the European Union. Clin. Med. 2014 ; 3 :229-38*) souligne la grande variété des procédures et des résultats et ainsi un bénéfice qualifié d'incertain... pour des coûts très importants !

L'exemple du suivi des compétences médicales au Canada

Le Canada incite toutes les professions à s'autoréguler de manière dynamique. A ce titre, les médecins se retrouvent comme les avocats, les architectes... pour stimuler la mise en œuvre d'une régulation professionnelle de leurs membres.

La fédération des ordres des médecins du Canada a proposé en 1994 un modèle volontairement orienté vers l'amélioration de l'exercice professionnel et non vers le dépistage des médecins « déviants ».

Au sein des hôpitaux, un dispositif interne identifie les anomalies dans la pratique professionnelle d'un médecin. En dehors des hôpitaux, le dispositif des régies d'assurance maladie identifie les comportements « extrêmes ».

L'exemple du Québec est intéressant. Au sein du Collège des médecins du Québec (dont la mission principale est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public), existe une direction de l'amélioration de l'exercice (dont la mission est de surveiller l'exercice des médecins et de veiller à son amélioration).

Un programme de complexité croissante en trois niveaux est mis en œuvre :

- Surveillance par indicateurs : par exemple, utilisation prolongée de traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens ou benzodiazépines ;
- Visites d'inspection professionnelle. Elles se font dans les cabinets libéraux et dans les hôpitaux, et portent notamment sur l'analyse de dossiers médicaux ;
- « L'entrevue orale structurée » qui est réalisée par un expert professionnel, permettant une analyse approfondie des compétences du médecin, à l'aide d'un dispositif d'évaluation exhaustif.

Ce programme s'applique aussi bien pour les médecins ayant un exercice hospitalier qu'un exercice en cabinet. Dans le cas du premier niveau, la surveillance se fait par indicateurs.

- Pour les hôpitaux, le suivi se fait par exemple par le nombre et les indications des arthroscopies, des décès post-infarctus du myocarde, de contrôles « qualité » pour la biochimie médicale, etc...

- Pour l'exercice en cabinet, le suivi se fait par exemple par étude des prescriptions de certains types de médicaments, de l'utilisation du dosage de PSA pour le dépistage du cancer de la prostate, etc...

Aux U.S.A.

Il y a presque 100 ans, aux Etats-Unis, émergeait le concept de « Collège de spécialité (Specialty Board) ». Les objectifs étaient de contrôler les connaissances des médecins par le biais d'un examen devant leurs pairs : la certification. Les préoccupations étaient doubles : réguler l'exercice des spécialités médicales et garantir un niveau et une qualité de soins homogène. Le principe a été proposé initialement par le Dr Derrick T. Vail, un ophtalmologue, en 1908. Le premier Collège, *the American Board of Ophthalmology* a été créé en 1917. D'autres collèges ont ensuite vu le jour.

En 1970, le conseil des collèges devient le fédérateur des différents collèges de spécialités : the American Board of Medical Specialties (ABMS).

Aujourd'hui, la certification, toujours basée sur le volontariat, est devenue la norme de reconnaissance des spécialistes par l'ensemble de la profession médicale et du public. En 1998, l'ABMS rassemble 24 collèges de spécialités. Approximativement, 90 % des 635 000 médecins diplômés aux Etats-Unis sont certifiés, mais seulement 30 % sont à jour de la procédure de MOC décennale (Maintenance of Certification) équivalente à la recertification (cf. infra). Les collèges délivrent actuellement 36 certifications de différentes spécialités et 88 sous-spécialités. La plupart des hôpitaux, établissements de soins et assurances santé recrutent ou recommandent des médecins certifiés.

La qualification d'un médecin repose sur un diplôme obtenu après 11 ans minimum d'études. Les conditions pour exercer et pratiquer requièrent d'une part d'obtenir le diplôme, d'autre part d'obtenir le titre de médecin (MD), enfin de compléter avec succès le USMLE. La licence d'exercice est ensuite validée par l'Etat dans lequel le praticien exerce.

L'expérience de la recertification en médecine interne est intéressante, non pas par un succès historique et permanent, mais par le développement approprié d'étapes progressives stimulant la participation des médecins à ces programmes de recertification.

Une approche plus large de ces mécanismes est engagée avec l'ensemble des 24 boards de spécialités médicales (ABMS). La recertification y est mise en œuvre à périodicité oscillant entre 7 et 10 ans. Un bilan a été publié en 2017 dans le JAMA (*Schwartz A. Physician Certification and recertification. JAMA 2017 ; 317 (22) : 2288-2289*). Les limites du dispositif ont conduit à promouvoir le maintien de la certification (Maintenance Of Certification - MOC) (*Feldman .MD. Maintaining Competence in General Internal Medicine. J. Gen. Intern. Med. 2015 : 30/2 143-4*).

Le Conseil d'Accréditation de la Formation Médicale/ACGME (Accréditation Council for Graduate Medical Education) a décrit en 1999 les six compétences nécessaires pour les résidents américains :

- Délivrance de soins appropriés,
- Connaissances médicales,
- Culture de l'amélioration et de l'apprentissage basé sur la pratique,
- Capacité de relations interpersonnelles et de communication,
- « Professionnalisme »,
- Pratique adaptée au système de soins.

Ces six compétences sont actuellement reprises, avec quelques adaptations, comme critères d'acquisition de base par l'ensemble des associations médicales de formation initiale et continue.

Quelques grands principes ressortent de l'ensemble de ces expériences :

- Reconnaissance d'un objectif de mesure sous l'impulsion d'une prise de conscience professionnelle collective et d'une revendication sociétale,
- Caractère volontaire prédominant de ces démarches, même si les USA et l'Angleterre sont plus « dirigistes », laissant toutefois aux organisations professionnelles le soin de la maîtrise d'œuvre,
- Les trois piliers sur lesquels repose la « certification » sont :
- La formation tout au long de la vie
- L'activité professionnelle
- Les comportements avec les patients et les collègues
- Pluralité d'acteurs interférant dans ces démarches pour tous les pays, cette diversité nécessitant d'organiser des dispositifs cohérents,
- Formalisation des procédures dans le temps, nécessitant des dispositifs initiaux simples (UK, Australie), mais capables d'évoluer progressivement en complexité et en pertinence.

Mais soulignons également quelques points méritant notre attention :

- Une périodicité trop longue (9 ans par exemple) conduit les médecins à attendre le « dernier moment » nuisant ainsi à l'amélioration « continue » de la qualité
- Une procédure simplement volontaire conduit à une faible mobilisation souvent inférieure à 30 %
- La mise en évidence d'un impact positif sur les pratiques est très difficile à démontrer mais doit rester un objectif, y compris de promouvoir une recherche sur la question
- Il en va de même concernant l'impact sur la sinistralité avec des résultats très contrastés. Une coopération avec les sociétés d'assurance doit être envisagée
- Une procédure efficace a un coût qu'il faut calculer et admettre, sinon il restera deux solutions : qualité médiocre ou contrôle partiel aléatoire tout aussi démotivant.

Ici figure un tableau, fourni et élaboré par le CNOM, à partir d'un questionnaire adressé aux ordres européens. Cette synthèse des réponses reçues a été établie par la commission formation du CNOM.

Retours questionnaire sur la « recertification » des médecins dans les Etats membres de l'Union Européenne et l'EEE

Un court questionnaire a été envoyé aux autorités compétentes du réseau ENMCA fin février, pour réponse avant fin mars 2018, afin de savoir si un processus de « recertification » existait pour la profession de médecin.

- Est-ce qu'une forme de recertification / revalidation / réinscription sur une période est mise en place pour la profession de médecin ?
- Si oui, pouvez-vous brièvement nous indiquer sur quels critères et quelle est la procédure?
- Acceptez-vous et pouvez-vous nous indiquer la personne contact auprès de qui nous pouvons demander des informations complémentaires ?

Etats Membres	Recertification ou dispositif équivalent	Résumé du processus	Possibilité de demander des précisions à l'autorité compétente
ALLEMAGNE	NON - Pas de processus de recertification	Pas de processus de recertification, mais le médecin doit apporter la preuve du maintien de sa compétence (équivalent DPC ou pratique régulière) sur une période de 5ans qui correspond à des crédits (250 crédits). Le médecin dispose d'un espace en ligne mis à disposition par l'Ordre des médecins qui lui permet de renseigner les formations effectuées. Le médecin peut scanner les codes-barres des formations agréées, congrès, travaux,...	OUI
AUTRICHE	NON – pas de processus de recertification	Pas de dispositif de recertification, cependant il y a une obligation de DPC et d'exercice auprès de l'Ordre des médecins. 250 points documentés en ligne sur une période de 5 ans. Le non-respect de l'obligation peut entraîner une réprimande et jusqu'à une suspension d'exercice.	OUI

CHYPRE	NON - pas de processus de recertification	Pas de dispositif de recertification, cependant l'autorité compétente commence à mettre en place un système de formation continue et d'activité sur la base du volontariat.	OUI
CROATIE	OUI - processus obligatoire	Recertification obligatoire sur une période de 6 ans. L'Ordre des médecins en Croatie est responsable de la recertification. Le médecin doit apporter la preuve de l'obtention de 120 points correspondant à de la formation continue.	OUI
DANEMARK	NON - Pas de processus de recertification	Le médecin a l'obligation de maintenir ses compétences et de s'informer sur les règles professionnelles	OUI
ESTONIE	OUI - Processus uniquement volontaire	Evaluation faite par l'« association » des médecins de la spécialité concernée. En cas de recertification Il sera reconnu par le registre national des professionnels de santé	OUI
ISLANDE	NON - Pas de processus de recertification		
LETTONIE	OUI - Processus de recertification obligatoire pour toutes les professions de santé	Recertification obligatoire sur une période de 5 ans. Le médecin doit apporter la preuve de son activité dans la spécialité avec le détail des méthodes de diagnostics et traitements, le champ de la spécialité exercée, l'intensité des activités sous la validation du responsable de la structure et obtenir 250 points sur les items (activité du médecin, formation professionnelle et scientifique, formation dans une activité annexe de la spécialité, formation dans méthode de diagnostic ou traitement médical, travaux professionnels ou scientifiques : les items correspondent à une grille de points). En cas de non recertification, il est proposé soit un examen soit un exercice sous supervision.	OUI
PAYS - BAS	OUI - Processus de recertification	Recertification obligatoire sur une période à l'échéance d'une période de 5 ans. Cf présentation Congrès CNOM. La recertification est basée en ligne sur : <ul style="list-style-type: none"> • Activité et exercice de la profession (2 jours / semaine minimum et 	OUI

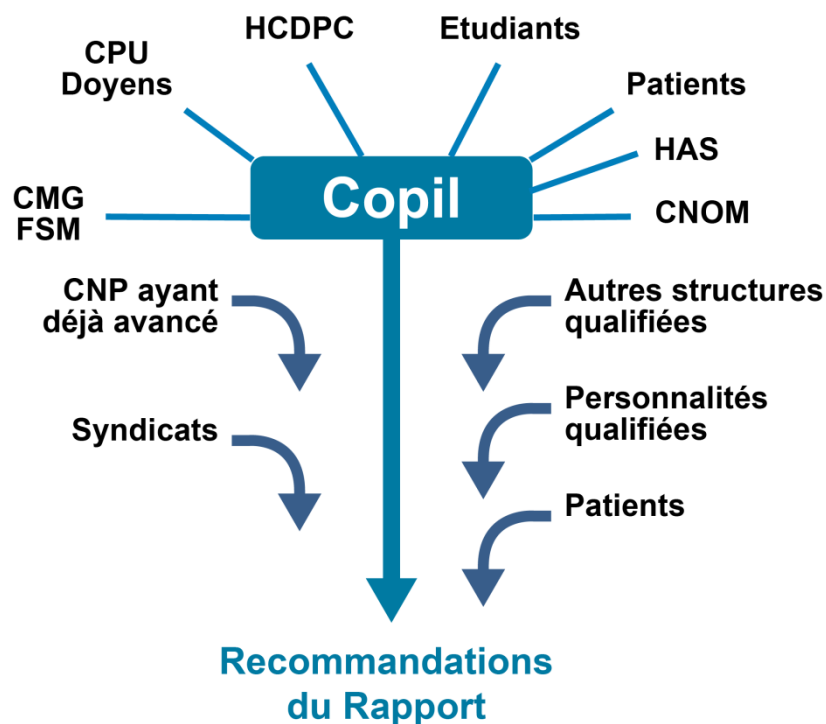
		preuve de son activité dans la spécialité) <ul style="list-style-type: none"> • Formation continue (40h minimum / an) les « associations des spécialités » sont responsable de la qualité de la formation • Critère de qualité : audit de l'équipe, du médecin et du lieu 	
POLOGNE	NON - Pas de processus de recertification	Pas de système de recertification mais il y a un système obligatoire de formation professionnelle - les médecins doivent collecter 200 points sur une période de 4 ans et l'accomplissement (ou l'inexécution) de cette obligation est indiqué dans le registre - il n'y a pas de conséquences directes mais le non-respect peut avoir des conséquences par exemple en cas de plainte du patient. En Pologne, un médecin qui n'a pas exercé la profession pendant plus de cinq ans avant de pouvoir recommencer une pratique professionnelle indépendante doit suivre une formation spécifiée proposée par l'Ordre. En cas de doutes justifiés quant à l'aptitude du médecin à pratiquer, la chambre régionale peut entamer une procédure de contrôle. En conséquence, un médecin peut être orienté vers une formation complémentaire. En cas de faute professionnelle, une procédure disciplinaire est ouverte par la chambre, ce qui peut entraîner une sanction allant de la réprimande à la privation du droit d'exercer.	OUI
ROUMANIE	OUI - processus annuel de recertification	Procédure de recertification obligatoire annuelle à l'Ordre des médecins au niveau de la région. La procédure est organisée en fonction de chaque spécialité selon une nomenclature approuvée par le Ministère chargé de la santé. Chaque médecin renseigne des items auprès de l'Ordre régional, en fonction du statut du médecin : <ul style="list-style-type: none"> - Certificat d'assurance et déclaration de sinistre - Activité - DPC 	

<p>ROYAUME UNI</p>	<p>OUI - Processus de revalidation</p>	<p>Revalidation obligatoire sur une période de 5 ans Chaque médecin est rattaché auprès d'une institution « <u>designated body</u> » (Université- Collège- NHS-Etablissement de santé,...) qui renseigne l'activité du médecin pour procéder à l'évaluation. Le médecin dispose d'un portfolio en ligne qui comprend 6 items :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La formation médicale continue 2. La qualité de l'activité 3. Les évènements significatifs 4. Le retour des pairs 5. Le retour des patients 6. Le résultat des plaintes et des compliments <p>Un officier responsable fait des recommandations auprès du GMC, qui valide ou non.</p>	<p>OUI</p>
<p>SLOVENIE</p>	<p>OUI - Processus de <u>recertification</u> depuis 1992 pour l'ensemble des médecins</p>	<p>Recertification obligatoire sur une période de 7 ans Le médecin doit apporter la preuve de son exercice dans la spécialité et obtenir un « crédit » de 75 points qui correspond à différents items. Ces points vont être révisés prochainement.</p>	<p>OUI</p>



IV. Schéma général du fonctionnement du Copil

1. Les Instances impliquées dans la rédaction du rapport



2. Il faut rappeler en préambule que si les institutions jouent toutes (sans prééminence de l'une d'entre elles) un rôle « conjoint » dans l'élaboration de la procédure, le rôle central reste aux professionnels eux-mêmes, à travers leurs CNP.

Les intervenants furent :

- la FSM (pour les CNP) et le CMG, pour la mise en œuvre du processus, la déclinaison du contenu par spécialité et la construction de systèmes d'analyse des pratiques
- l'Université (conférence des doyens et CPU) pour s'assurer de la continuité avec la réforme du 3^{ème} cycle et les outils numériques utilisés pendant la formation initiale et mettre en place des formations spécifiques, tels que la simulation, les DU, DIU, etc...
- la HAS, pour un appui méthodologique et scientifique, ainsi que la prise en compte de l'accréditation des spécialités à risques
- l'ANDPC et le HCDPC, pour la prise en compte de l'obligation de DPC
- l'Ordre des Médecins, pour la validation déontologique tout au long du processus et l'enregistrement de la démarche individuelle de chaque médecin

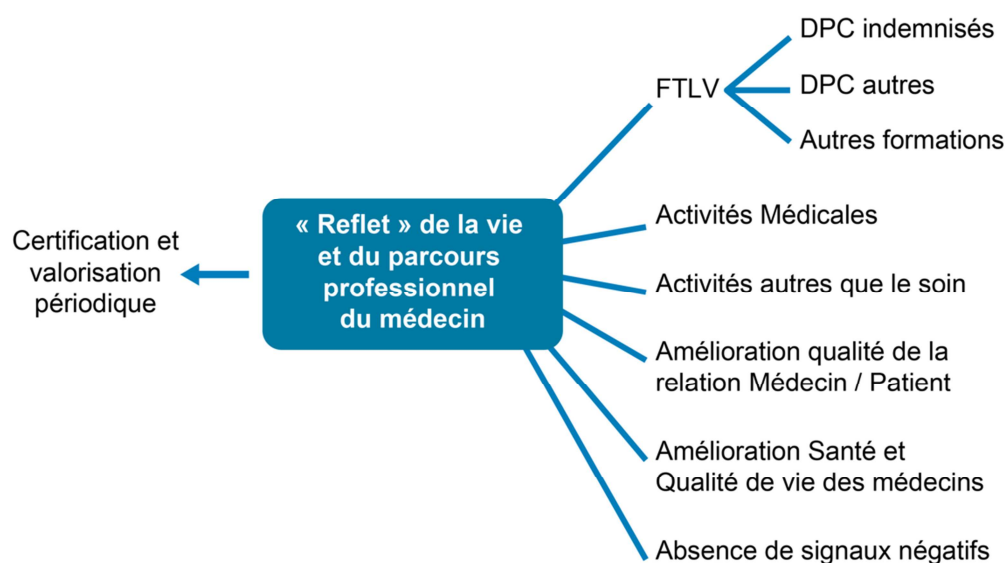
- le rôle des patients est essentiel dans l'élaboration du futur « éco système » de santé
- la présence d'étudiants des 3 cycles nous a permis de connaître leur vision du futur de leur métier
- bien entendu, les présidents de CME ont apporté leur éclairage
- les syndicats « représentatifs » (selon une liste produite par le ministère) ont été contactés et ont largement participé à la concertation avec le Copil. Ils ont produit de nombreuses et décisives contributions intégrées à nos propositions et aux documents annexes
- des CNP déjà « avancés » sur ces questions nous ont livré leurs expériences irremplaçables et les retours des médecins à partir de ces expérimentations
- enfin, des institutions académiques et des personnalités qualifiées ont contribué par leur expérience et leur vision à l'enrichissement de ce rapport.

3. Le principe général de la procédure

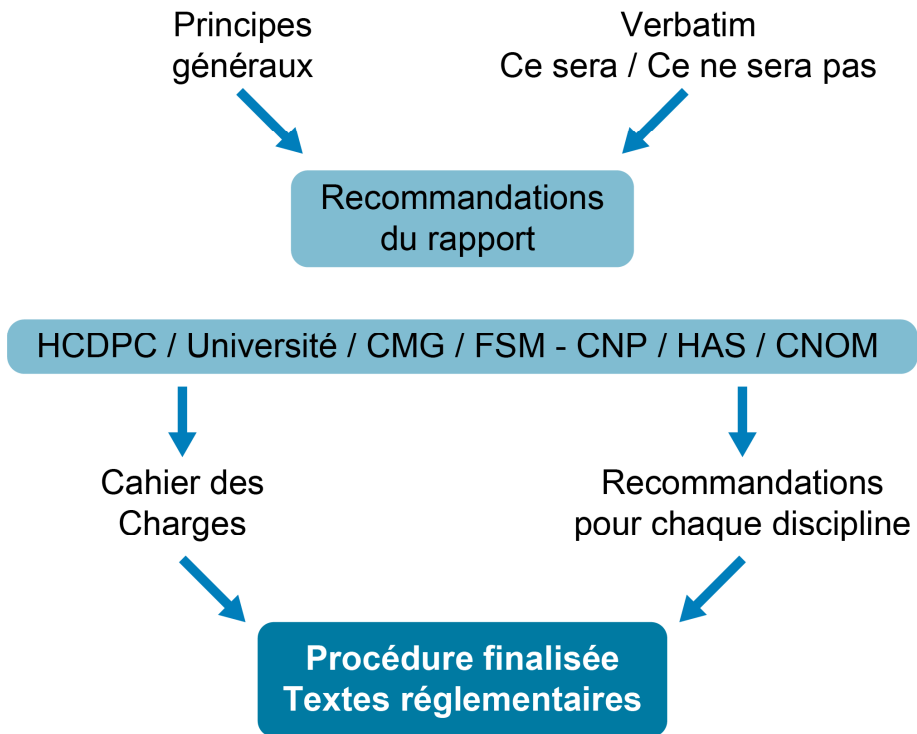
Le principe général est que la démarche doit refléter la vie et le parcours professionnel du médecin, c'est-à-dire :

- non seulement sa formation tout au long de la vie (FTLV)
- mais également ses activités médicales, dans le cadre de son exercice professionnel, ainsi que son investissement dans des domaines autres que le soin
- sa démarche d'amélioration de la qualité de sa relation avec les patients,
- sa démarche de préservation de sa qualité de vie et de sa santé,
- enfin, l'absence de signaux « négatifs » sur lesquels nous reviendrons.

Cet ensemble constituera « un faisceau d'arguments » pour maintenir la certification du médecin, voire valoriser des éléments spécifiques « nouveaux » de son parcours.



Modalités d'élaboration de la procédure



4. Nous souhaitons insister sur le rôle essentiel des CNP

Comme en atteste ce communiqué commun d'avril 2016 du CNOM, de la FSM et du CMG.

POSITION COMMUNE

Conseil National de l'Ordre des Médecins
Collège de la Médecine Générale
Fédération des Spécialités Médicales

Les représentations professionnelles sont les garantes de la compétence !

Le suivi des compétences des professionnels de santé pour garantir la qualité des soins et du service rendu au patient et à la population est une exigence légitime et partagée par les pouvoirs publics et les représentants des médecins.

La réforme du DPC affirme le rôle des CNP dans la gestion du maintien des compétences professionnelles. C'est une avancée incontestable. Le CNOM, le CMG, la FSM dont les CNPs qu'elle réunit, sont les mieux à même de définir et valider le contenu de cette démarche globale.

Le DPC, tel que prévu dans la loi de santé et le texte du décret en Conseil d'Etat, ne pourra résumer seul la garantie des compétences. Il n'en est qu'un des moyens, d'autant qu'il n'est défini qu'à minima et dans un contexte d'obligation : la comparaison avec les critères internationaux en est la preuve.

La proposition d'un « pseudo portfolio » hébergé par l'ANDPC, simple registre notarial regroupant des attestations, ne correspond pas à la définition reconnue internationalement (*) et entraîne une confusion conceptuelle et sémantique.

Seul un Portfolio, portefeuille de compétences, est de nature à justifier de la qualité et du niveau des compétences du médecin tout au long de sa vie professionnelle.

Le CNOM, le CMG et la FSM demandent que la révision du décret leur confie réellement, comme le prévoit la loi, la possibilité de définir le contenu, l'hébergement et les modalités d'utilisation du document électronique. Ces éléments sont essentiels pour pouvoir préparer l'avenir.

Compte tenu de la complexité spécifique de la profession de médecin, de la profondeur du champ des activités et compétences et des obligations déontologiques, le CNOM, le CMG et la FSM, qui se sont concertés, défendent le principe d'une démarche « intégrant une évaluation continue des compétences des professionnels en exercice, dans un parcours évolutif », aux conditions préalables suivantes :

- Une certification professionnelle initiale, qui pourra rendre logique des processus de recertification et d'évaluation des compétences tout au long du parcours professionnel.
- Ce processus doit être organisé, dans l'exercice de leurs missions respectives, par les représentations professionnelles que sont le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) le Collège de la Médecine Générale (CMG), la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) et les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) sur la base de référentiels métier et compétences ;
- Ce processus doit accompagner le professionnel dans la valorisation de son parcours individuel.
- Les moyens attribués à cette démarche doivent être à la hauteur des enjeux pour la profession et pour la société.

Ce sont les conditions qui permettront d'assurer qualité et sécurité des soins au patient et à la population.

Le CNOM, le CMG et la FSM s'engagent à mettre en œuvre l'hébergement et la gestion du portfolio qui serait dans la continuité du portfolio de l'interne.

Conseil National de l'Ordre des
Médecins

Dr Patrick Bouet
Président



Collège de la Médecine
Générale

Pr Pierre-Louis Druais
Président



Fédération des Spécialités
Médicales

Pr Olivier Goëau-Brissonnière
Président



V. La Recertification est une procédure qui répond aux « questions » posées par la lettre de mission

1. Le « point d'étape » du 2 juillet 2018

Quelques points clefs, ainsi que les schémas explicatifs ont été présentés aux conseillers des deux ministres le 2 juillet :

- 11 réunions de concertation ont été tenues : toutes les institutions sollicitées ont accepté de participer à ces réunions ; en particulier, 13 syndicats représentatifs sur 14 ont été reçus. Ils étaient d'accord pour reconnaître le bien fondé et la nécessité de cette mesure
- Lors des réunions ont été établis des verbatim. De très nombreuses diapositives et textes de contribution ont été reçus et sont annexés au rapport.

Les points de convergences retenus en guise de conclusion de cette première étape :

- Adoption de ce qui pourrait être une certification et une valorisation périodique tous les 6 ans
- Le rôle des CNP sera essentiel, au même titre que celui des autres institutions dont la mission a été définie
- Proposition de création d'une instance « tiers de confiance » sur le plan de la procédure technique : Conseil National de Certification et Valorisation (CNCV)
- La procédure doit être attractive, simple, prendre peu de temps et être quasi-automatique pour 90 % des médecins
- La procédure ne doit pas constituer un facteur de stress supplémentaire pour les médecins ... ! à ce titre, le droit à l'erreur sera reconnu
- Le DPC dans toutes ses formes (parcours DPC des CNP, DPC obligatoire ou financé, autres types de DPC comme l'accréditation) sera un des éléments constitutifs majeur de cette procédure
- Une large place sera donnée à l'auto-évaluation et non au contrôle
- Les données finales de certification seront hébergées au Conseil de l'Ordre avec les documents de la carrière académique des médecins, ainsi que les documents administratifs (éventuel changement de qualification, etc...) de la vie du médecin
- La procédure ne concernera que les « nouveaux certifiés », mais il y a une quasi unanimité pour l'ouvrir à tous les médecins qui le souhaitent et à en favoriser largement la diffusion
- La valorisation est importante : elle sera : opposable / inscriptible sur le site de présentation des médecins / secteur de conventionnement / assurances, etc...
- Il y a unanimité pour réclamer une augmentation du temps de DPC indemnisé et une procédure de DPC qui soit plus adaptée aux besoins définis par les médecins, notamment

pour satisfaire aux obligations des parcours DPC recommandés par les CNP et non aux propositions qui sont faites par les organismes...

- La non certification doit être exceptionnelle, elle doit surtout être anticipée, prévenue par un accompagnement des médecins. Elle doit donner lieu à des possibilités de correction de trajectoire et de procédures d'appel.
- Par ailleurs, peut se poser la question du retrait de la certification en cas « d'évènement » négatif grave.

Le processus est décrit plus loin.

2. La « Recertification » en questions

► Question 1 : Intitulé de la procédure

Plutôt que « Recertification », le terme de « Certification et valorisation périodique du parcours professionnel des médecins » (CVP) a été retenu par tous les membres du Copil et a reçu un accueil très favorable de l'ensemble des participants aux séances de concertation.

► Question 2 : Population concernée

- Tous les médecins issus des nouveaux DES seront certifiés et ... donc « recertifiés » périodiquement
- Volontariat pour ceux exerçant actuellement
- Public, privé, libéral, temps plein et temps partiel
- Toutes les spécialités, quel que soit le secteur d'exercice
- En somme, tous les médecins inscrits au tableau du CNOM
- Persiste la question des FST et des « non DES » : la réponse à ces questions relèvera du CNCV (Conseil National de Certification et de Valorisation / cf. plus loin)
- Quid des médecins étrangers / UE hors UE : pas de « discrimination »
- Par contre, quid de ceux qui arrivent avec un diplôme obtenu à l'étranger... on propose la procédure :
 - à compter de la date d'obtention du diplôme dans leur pays
 - si supérieur à 6 ans, dans les 2 ans après leur arrivée en France
- Quid des médecins exerçant dans des organismes, laboratoires, Sécurité sociale, etc...
- Problème des biologistes médicaux non médecins (à priori, à intégrer à la prochaine étape concernant tous les personnels de santé).

► Question 3 : Les principes retenus ou ... Ce sera / Ce ne sera Pas !!!

Plutôt que de définir un cadre rigide (souvent peu suivi), nous avons regroupé ici les verbatim relevés en séances de concertation et qui ont fait l'objet d'une approbation du Copil et des participants. Les grandes lignes sont fixées sous la forme de « Ce sera » et sous la forme de « Ce ne sera pas » permettant de définir un cadre « conceptuel » pour les CNP et le CNCV qui auront la liberté de mettre œuvre cette démarche.

a. Ce sera une démarche individuelle et indépendante qui répondra aux critères suivants :

- cela devra être une procédure attractive d'acquisitions, de connaissances et de compétences nouvelles
- la démarche assurera le cœur du métier
- il est important de favoriser la formation à la prise en charge des patients dans leur environnement biomédical, systémique et relationnel
- il faudra également réserver une place à la formation aux nouvelles technologies et aux nouveaux concepts d'Intelligence Artificielle, d'algorithmes et de production de data
- elle témoignera d'un véritable idéal déontologique de tous les médecins, renforçant et légitimant ainsi la confiance que leur portent les citoyens
- regroupant un faisceau de preuves, et non quelques items sélectionnés et obligatoires
- montrant qu'un médecin s'informe et se forme tout au long de la vie
- qui a pour but d'améliorer la pratique de façon significative et qu'il faudra évaluer
- qui évalue bien ce qu'elle doit évaluer !
- une démarche qui mette le patient et les résultats en termes de soins au centre des priorités ++++
- qui favorise l'existant
- qui privilégie la connaissance des référentiels métiers et favorise l'auto-évaluation
- qui concerne tous les médecins et tous les modes d'exercices
- qui soit une procédure attractive d'acquisition de connaissances nouvelles et consiste moins en un exercice de contrôle qu'en un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution des compétences ou d'acquisition de compétences nouvelles
- qui identifie des axes prioritaires
- qui puisse intégrer les innovations pédagogiques, en particulier numériques (e-learning, MOOC), mais aussi les évolutions professionnelles
- qui fasse largement appel à l'utilisation des centres de simulation, qui vont se multiplier et être présents sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les universités
- qui soit capable d'identifier, comme l'ont souligné et souhaité plusieurs intervenants, les médecins non compétents, ou ceux devenus incompetents. Tous les éléments convergent pour dire qu'ils sont très peu nombreux, mais que cela pose la question : comment cette procédure va-t-elle les identifier et quelles procédures vont être mises en place et



appliquées pour rectifier ce problème ? Même si certains relèveront de l'insuffisance professionnelle

- doit être une trajectoire de mise à jour des connaissances et des compétences et une dynamique conduisant, dans la très grande majorité des cas, à une recertification par tacite reconduction automatique
- pour répondre à la question du « comment », il apparaît très clair à tous les intervenants que parmi les solutions à retenir, l'auto-évaluation, parfois sous forme de questionnaires pédagogiques, devra être largement utilisée
- certaines formations ou DPC pourront mettre en jeu le rôle de patient-formateur ou de patient-diplômé de l'Université des Patients, en particulier pour tout ce qui concerne la relation médecin-malade et la qualité des circuits de prise en charge
- fera largement appel à ce qu'il est convenu d'appeler des retours d'expériences, avec analyse par des groupes de pairs et des groupes de médecins, éventuellement associés dans certains cas à des patients
- qui privilégie « le prendre soin » par rapport à « donner des soins »
- réalisera une évaluation, non pas des seules compétences acquises par les formations, mais une évaluation des compétences regroupées sous le terme de « le savoir agir » (habiletés) et ce, en conformité avec les données actuelles de la science
- une démarche axée sur l'exercice quotidien et effectif
- une démarche centrée sur les parcours de soins et les relations interprofessionnelles, s'intégrant dans une pratique territoriale ou d'équipe
- dans certains cas, intérêt de l'audit croisé par des pairs ; on se heurte là à une question difficile de moyens, mais on peut imaginer que certaines disciplines décident d'y avoir recours et aident ainsi à sa promotion
- une démarche évaluée et dont on étudiera les conséquences sur la qualité des soins, la qualité de vie des médecins et des patients
- une démarche ayant un aspect structurant pour la carrière professionnelle
- inclura une pondération des différentes actions par les CNP, afin que le médecin puisse construire sa formation en choisissant un panel d'actions parmi celles proposées, qui lui paraisse nécessaire à son type d'activité et à son évolution de carrière. Ceci constituera une véritable accumulation de briques de formation, comme cela a été présenté par certains participants à la réunion
- favorisera le développement de RCP dans toutes les disciplines, y compris en soins primaires
- favorisera l'émergence de structures, voire de clubs de formation, **à l'échelle territoriale pour des petits groupes de médecins**, décidant après accord de leur CNP de mettre en place des formations, qui leur soient spécifiques
- intégrera des formations concernant la qualité des soins, la gestion des risques et la sécurité des patients +++
- tiendra compte que tout exercice médical comporte des risques et que l'accréditation ne doit pas être réservée aux spécialités dites à risques, car toutes le sont à des degrés divers

- la HAS assurera une aide méthodologique et un accompagnement scientifique pour la mise en œuvre de la recertification. Ce point sera précisé et décrit par le groupe de mise en place du projet
- intégrera le fait que les modalités de « recertification » pourront **suivre différentes voies** et non s'inscrire obligatoirement dans une modalité unique, ce qui permettra à **chacun de trouver le « modèle » de recertification qui lui convient le mieux.**

b. Ce ne sera pas :

- un exercice de contrôle, mais un exercice de promotion et de valorisation
- un examen, un concours, une épreuve écrite ou orale à une date couperet, mais un accompagnement tout au long de la carrière des médecins vers la satisfaction de bien faire leur métier et de s'améliorer sans cesse, tant dans leurs connaissances que dans leurs compétences et privilégier la sécurité des patients
- une « usine à gaz », parce que nous avons besoin de rendre aux médecins du temps médical
- une charge supplémentaire lourde pour des praticiens déjà très occupés
- un couperet artificiel, hors sol, coûteux et « mangeur » de temps et d'énergie, alors que le temps médical manque de plus en plus
- une fragmentation des périmètres de compétences et d'exercices des DES au risque de négliger l'aspect holistique de la médecine
- un retrait brutal de la certification, mais la mise en œuvre d'alertes dans une période de deux à trois ans précédant l'échéance. Ces alertes permettront de mettre en œuvre des mécanismes d'analyse des problèmes et leur résolution avec l'aide des différentes structures professionnelles et académiques, au choix du médecin (CNP, universités, Ordre, syndicats, etc...)
- un 4^{ème} cycle d'études après le DES
- une évaluation administrative et bureaucratique ou « trop académique », pratiquée par des « non pairs » ou par des pairs « pseudo-experts » éloignés de la pratique quotidienne
- un processus éloigné du quotidien, aboutissant à une mobilisation très transitoire sans retentissement une fois la démarche terminée
- un socle pour la rémunération au mérite ou à la performance, que de nombreux intervenants ont refusé
- une procédure ayant un objectif essentiellement économique
- un dispositif où le « copinage » prévaut sur l'évaluation réelle des compétences
- un contrôle selon une modalité unique obligatoire, mais selon des procédures souples et laissées au choix des praticiens
- un moyen de classer les médecins entre eux ; cette dimension de la recertification a été unanimement rejetée.

c. Quelques commentaires

- Les données recueillies par cette démarche devront faire l'objet d'une sécurisation de très niveau avant et après leur traitement ; elles resteront la propriété des médecins et seront abritées par un tiers de confiance dont l'Etat sera le garant ; seule la synthèse sera transmise au Conseil National de l'Ordre pour être stockée dans le « coffre-fort » du médecin, incluant son cursus académique, son parcours professionnel et tout son parcours administratif
- Toutes les procédures seront élaborées avec l'ensemble des disciplines, des professionnels en activité et en formation
- Seront associés à ces démarches, les usagers, les patients, leurs associations, ainsi que les spécialistes de sciences humaines et sociales
- D'autres éléments pourront s'intégrer à toutes ces démarches : formations à l'utilisation de nouvelles technologies, participation à des registres, lecture de revues, rédaction d'articles, abonnement à des sites et sociétés savantes, stages, formations auprès de pairs, enseignement bien entendu, maîtrise de stages, RCP de soins primaires, recherche, publications.

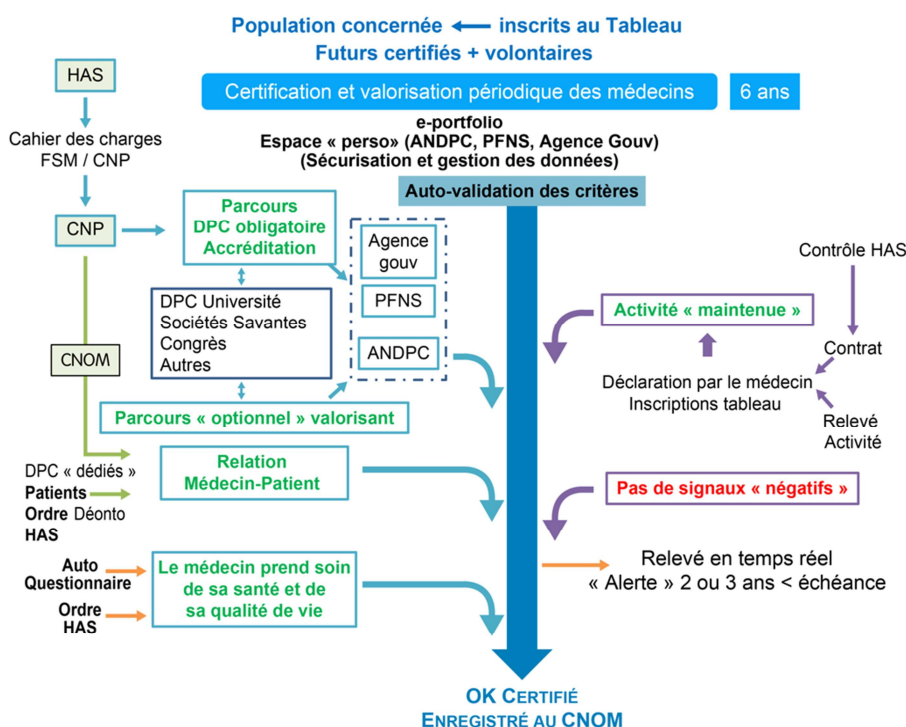
► Question 4 : la Périodicité choisie (et largement plébiscitée) est de 6 ans

Elle correspond à deux périodes triennales de DPC.

La période de recertification débiterait à partir du diplôme initial, c'est-à-dire 2021 pour les premières promotions issues des nouveaux DES.

► Question 5 : le contenu et les voies de de la recertification

5.1 Schéma général



Ce schéma regroupe l'essentiel des points constituant la recertification, ou plutôt **la certification et valorisation périodique** :

Le principe général de la démarche est de mettre en place une procédure aboutissant à un document synthétique qui soit le reflet de la vie et du parcours professionnel de chaque médecin. Il s'agit donc d'un relevé individuel, qui permette tous les 6 ans d'obtenir très simplement et très rapidement une certification et qui puisse par ailleurs valoriser certains acquis, des formations et des expériences diverses.

Ce reflet témoignera également de l'implication du médecin dans la vie collective, associative, professionnelle ou disciplinaire. Il permettra de mettre en avant son activité d'encadrement des étudiants, de formation de ses collègues, de participation à la recherche, qu'il s'agisse de recherche clinique, de registres, etc...

Ce document traduira donc :

- La formation tout au long de la vie dans ses diverses composantes : DPC indemnisés, autres DPC, autres formations, les congrès, les revues, etc...
- Les activités médicales
- Les activités autres que le soin
- L'amélioration de la prise en charge de la relation médecin-patient
- L'amélioration de la qualité de vie et de la santé du médecin

- L'absence de signaux négatifs, telles que des condamnations, des interdictions d'exercices, des insuffisances professionnelles, etc...
- La population concernée est celle des médecins inscrits au tableau de l'Ordre
- Elle concernera les futurs médecins certifiés (donc après 2021), mais également les médecins actuellement en exercice sur le mode du volontariat
- L'ensemble reposera sur un e-portfolio (le terme de « e-portfolio » est utilisé car celui de « document de traçabilité » est déjà employé par l'ANDPC) consigné au sein de l'espace personnel du médecin. Il existe actuellement plusieurs options pour héberger cet espace personnel : ANDPC, Plateforme Numérique de Santé, agence gouvernementale (nous reviendrons plus loin sur cette question).

Il est essentiel de rappeler que le résultat final, c'est-à-dire la recertification et la valorisation, seront hébergées sur le document synthétique (ou « coffre-fort ») du CNOM qui hébergera toutes les données du cursus académique et tous les éléments administratifs médicaux du médecin tout au long de sa carrière.

Nous avons d'emblée insisté sur l'importance de la sécurisation et de la transparence de la gestion des données.

Le processus qui aboutira, pour plus de 90 ou 95 % des médecins, à une certification quasi-automatique enregistrée au CNOM, comportera donc 5 entrées, figurant sur le schéma à droite et à gauche de la flèche principale :

- a. La formation tout au long de la vie**, constituée de DPC indemnisés, d'autres DPC d'accréditation, de FMC, de DU, de DIU, de congrès, de participation à des réunions, de participation à des activités de formation ou de recherche. Toutes ces activités seront colligées selon les recommandations des CNP qui avec différentes coopérations (HAS, FSM, CNOM) établiront les éléments obligatoires et optionnels de cette formation tout au long de la vie. Ils pourront également introduire une pondération des différentes activités. Ces points sont détaillés un peu plus loin.
- b. Une Activité maintenue** : ce point est également détaillé plus loin. Schématiquement, il correspond à une inscription au tableau de l'Ordre des Médecins et à la preuve d'une poursuite de l'activité, soit sous forme d'un contrat, soit sous forme des relevés d'activités de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Noter que ces éléments ne seront pas à annexer obligatoirement à l'espace personnel du médecin et **pourront rester confidentiels** pour ce qui concerne le détail des activités. Ce point est donc déclaratif, reposant sur le principe de confiance. Toutefois, des contrôles seront effectués chaque année, de façon aléatoire, par le CNCV avec l'aide méthodologique de la HAS (rappelons que le CNCV inclura tous les partenaires permettant d'avoir une garantie d'équité, à savoir FSM, FSM-CNP, CMG, CNOM, université, HCDPC, syndicats, etc...).

- c. **Le point suivant est celui de la relation médecin-patient** : il fait là aussi l'objet d'une description particulière, mais il fera partie des points à valider obligatoirement pour une certification
- d. **L'absence de signaux négatifs** : schématiquement des condamnations, qu'elles soient civiles, pénales, ordinales, des interdictions d'exercice, des insuffisances professionnelles, etc... Ce point sera précisé et éventuellement « apprécié » par le CNCV
- e. Enfin, un point particulier attestera de la démarche volontariste du médecin pour prendre soin de sa santé et de sa qualité de vie.

Tous ces éléments apparaîtront dans un relevé en temps réel, dans l'espace personnel du médecin. Il s'agira donc d'une procédure au fil de l'eau, avec possibilité deux ou trois ans avant la date d'échéance, d'avoir des alertes témoignant d'un risque de non certification.

Dès lors, une procédure de correction sera mise en œuvre avec le partenaire que choisira le médecin : CNP, Ordre, syndicats, université, etc... pour retrouver une situation où la certification « redeviendra » automatique.

5.2 Le contenu du parcours de formation tout au long de la vie sera fixé par les CNP et intégré au cahier des charges

La démarche s'appuierait sur des référentiels métiers et compétences, disposant d'une architecture et d'une méthodologie communes, déclinées par spécialité.

Il comportera **deux volets au sein d'un cahier des charges** :

- Un volet socle commun à toutes les disciplines qui résultera de la réflexion de la FSM, des CNP, du CMG et de l'Ordre des Médecins. Dans ce volet socle, seront introduites les formations concernant les relations avec les patients, la qualité de vie des médecins, les formations nécessaires communes à l'innovation, à la multidisciplinarité, à la multi-professionnalité, à la déontologie, à la communication, etc...
- Un volet spécifique avec des modalités de recertification spécifiques définies par les CNP et le CMG pour tenir compte de la spécialisation des médecins, de leurs domaines d'intérêts et de l'évolution possible de leur activité dans le temps.

Les Thèmes de DPC comporteront différents volets

- Thématiques prioritaires : centrées sur les priorités nationales de santé, telles que Santé Publique, politiques publiques, politiques conventionnelles, accompagnement de la transformation de notre SS ...
- Thématiques au choix du CNP :
 - évolution des connaissances et pratiques dans la discipline
 - après concertation des associations de patients : évolution des attentes des usagers

Rappelons ici que l'accréditation des professions dites à haut risques vaut DPC.

Le contenu obligatoire devra comporter un nombre assez important d'items qui permettront à chacun de fixer et de choisir son parcours. A titre d'exemple, une discipline pourrait déterminer 50 items, parmi lesquels chaque médecin pourrait en choisir 12 à réaliser en 6 ans.

Certains items pourraient être considérés comme prioritaires, si le CNP le juge nécessaire.

On peut imaginer in fine un choix sur le modèle suivant sur une période de 6 ans (2 formations par an) :

- 6 formations parmi 25 items prioritaires et ciblés
- 6 formations parmi 25 items obligatoires, mais libres

Cette obligation peut bien entendu être remplie en participant en tant qu'enseignant à ces actions.

Quant aux types d'actions obligatoires, leur choix relèvera du CNP parmi toutes les actions possibles de la FTLV, c'est-à-dire : DPC, DPC indemnisés, FMC, Congrès, DU, DIU, etc..., mais ces actions obligatoires peuvent également être d'une autre nature : participation à l'établissement de registres, analyse des pratiques, etc...

Il en va de même de l'accréditation qui pourrait être étendue aux autres professionnels de santé que ceux ayant une activité dite « à risques » et qui aurait pour objectif le recueil des événements indésirables, puis leur partage et leur discussion à des réunions de pairs, pouvant impliquer des patients, avec l'aide méthodologique de la HAS.

Le temps consacré à la procédure de remplissage de la certification doit être bref (2 ou 3 heures par an pour les cas simples qui constituent la majorité)

En ce qui concerne le temps consacré à la FTLV (recertification), plusieurs fourchettes de temps ont été proposées par le comité parcours professionnels et DPC de la FSM :

- 5 jours à 15 jours par an en moyenne
- Entre 30 et 50 heures par an

5.3 Exercice professionnel

- A priori, il s'agit de ce que l'on peut qualifier « d'une activité maintenue et régulière » en figurant sur le tableau réglementaire d'inscription des médecins et participer au parcours de soins de la discipline. Il faut éviter la fragmentation des disciplines : par exemple, pour la gynécologie-obstétrique, on peut imaginer que l'exercice exclusif de l'échographie gynécologique et obstétricale puisse continuer à permettre d'obtenir une recertification, sinon le danger serait celui d'une fragmentation de la discipline

- Par contre, un exercice « hors DES ou hors FST », devra être soumis pour avis au CNCV
- Le médecin doit confirmer qu'il pratique dans un établissement certifié pour le type d'activité qu'il exerce
- Déontologie, qualités humaines du médecin au sein de son équipe et vis-à-vis de ses confrères feront l'objet d'auto-questionnaires
- D'autres questions seront soulevées et devront être intégrées aux procédures mises en place :
 - Exercice partiel de la discipline (définir un minimum ?)
 - Sur le plan quantitatif, 4 demi-journées ou au minimum trois : une vacation « anecdotique » ne peut jouer ce rôle !!
 - Formation pratique et Simulation
 - Connaissance du référentiel métier
 - Place et utilisation de la Plateforme SIDES à définir
 - Les relevés d'évènements indésirables sont importants, quel que soit le mode d'exercice de la médecine et leur utilisation pourrait concerner toutes les professions médicales
 - Réflexion des CNP : elle peut être associée à celle d'autres CNP, dans le cadre d'une réflexion multi-professionnelle
 - FST : à priori, chaque médecin sera évalué par son CNP d'origine, mais on pourra imaginer que certains modes d'exercices soient recertifiés dans le cadre de la FST
 - Pour les médecins qui seront « qualifiés » pour une « nouvelle discipline », la procédure concernera, de façon obligatoire, les qualifications obtenues au-delà de 2021
- Question des HU, le H et le U ? à priori, « synthèse-métier » autour de la prise en charge des patients
- La recherche et la formation font partie de l'exercice professionnel.

Concernant les diplômes européens, des adaptations tiendront compte des éléments suivants :

- On rappelle qu'en Europe, le nombre de spécialités ou de qualifications reconnues est plus important qu'en France (54 contre 44) et ce, en raison de l'existence de sur-spécialités à champ d'activité très restreint. La Commission européenne a souhaité prévoir des mesures de compensation pour les médecins sur-spécialisés qui souhaitent exercer dans un pays qui ne reconnaît pas leur qualification ; c'est ce que l'on appelle « l'exercice partiel ». Par contre, la Commission européenne a prévu un automatisme de reconnaissance de 18 spécialités.
- Pour les médecins issus d'un pays européen dans lequel le cursus de formation est très différent de celui délivré en France, les médecins doivent passer devant une commission : le régime général européen, présidé par le ministère et qui est organisé avec des membres de l'Ordre des Médecins et des membres de la discipline. Rappelons que dans

certains pays, si l'université délivre un diplôme, c'est un collège de spécialités qui doit délivrer une autorisation d'exercer. C'est d'ailleurs ce collège de spécialités qui donne le droit, sous forme d'une certification, et qui par ailleurs organise la recertification.

5.4 Relations avec les Patients

Le médecin doit participer aux démarches et aux réflexions en cours sur l'implication et la participation du couple usager-soigné d'une part et professionnel de santé-soigné d'autre part. Ce couple participe à l'élaboration de démarches et d'outils de la transformation et de l'amélioration du rapport des uns aux autres.

Sur le plan pratique, les CNP (sur une base commune homogénéisée) doivent élaborer des formations ou DPC allant dans ce sens et ce, en privilégiant différentes formes de pédagogie « transformante ».

Les professionnels doivent prendre l'engagement de tenir compte de l'avis des patients, délivrer des informations loyales et documentées et ainsi s'engager résolument dans la mise en place d'une décision partagée. Cet engagement pourra se traduire dans les différentes formations par la participation de patients-experts, de patients-usagers, voire de patients-formateurs (cf. Université des Patients) sur des thèmes qui traduiront cette orientation de la relation médecin-patient. Il faudra, au sein de ces thèmes, distinguer certains thèmes prioritaires, voire obligatoires. De même que comme nous le verrons plus loin, aucune profession ne devrait échapper à la procédure de recueil d'événements indésirables, de type accréditation, qui est particulièrement intéressante et utile, lorsqu'elle est suivie de réunions de pairs reprenant ces informations.

Les Médecins devront également participer à la clarification du ROR (Répertoire opérationnel des ressources), qui doit permettre aux usagers de rechercher une offre de soins et aux acteurs de prendre conscience de leur rôle exact dans le système de soins.

Il est difficile de « mesurer » l'engagement des soignants à tenir compte des demandes et de l'avis des patients. Mais ce sujet ne peut être ignoré et doit faire l'objet d'une véritable démarche volontariste.

On peut imaginer que dans un premier temps, cet engagement des médecins repose sur leur participation à des DPC, des FMC, des DU ou DIU, ou toute autre action de formation ayant pour objectif l'évaluation, l'amélioration et l'optimisation des relations entre les médecins, les usagers et les patients.

Il est impératif de recommander que ces formations soient une des composantes obligatoires des parcours de DPC mis au point par les CNP.

Il faudra évaluer le nombre d'heures de formation nécessaires pour valider cet item.

Il faudra inciter les médecins à mettre en place une véritable politique de « retour des patients » par questionnaires sur leur vécu, des consultations, des actes réalisés, des hospitalisations et plus généralement sur la qualité de leur prise en charge.

On peut, comme cela a été mis en place dans certains pays, développer des actions d'auto-évaluation des pratiques professionnelles dédiées à cette question.

En résumé, il s'agirait pour les médecins de participer aux démarches et aux réflexions en cours sur l'implication et la participation du couple usager/soigné d'une part et professionnel de santé/soignant d'autre part, à l'élaboration d'outils permettant d'analyser et d'améliorer la relation médecin/patient. Cela permettra in fine d'améliorer le rapport des uns aux autres qui sera une source évidente d'amélioration de la qualité des soins et de leur vécu. Le médecin en conservera la traçabilité.

Il n'est pas question pour autant de soumettre la certification à une évaluation-patient quel que soit le modèle proposé. Des modèles « vantés » actuellement pour évaluer des systèmes de télé médecine (et faisant soit disant appel à l'intelligence artificielle) démontrent que la forme (le côté « plaisant » de la prestation médicale) l'emporte largement sur le fond, c'est-à-dire la pertinence de l'acte médical.

Sur le plan pratique, les CNP devront sur une base commune mettre en place une pédagogie « transformante » de la relation médecin-patient. On pourra aussi demander aux CNP de clarifier les informations à la disposition du public, sur des sites dédiés et institutionnels, qui permettront à la fois aux usagers de rechercher une offre de soins adaptée à leur demande, mais également de prendre conscience de leur rôle exact dans le système de santé.

Des expériences en cours sur l'enseignement de l'empathie pourront être étendues aux médecins en exercice.

5.5 Le Médecin doit prendre soin de sa santé et de sa qualité de vie

L'axe Santé et bien-être a été développé par la FSM avec les points suivants :

- qualité de vie au travail : prévention des risques professionnels et psycho-sociaux
- alliance du savoir-faire et du savoir être : maîtrise de soi, écoute, gestion des conflits
- santé au travail : cf. la campagne « Dis Doc t'as ton Doc ? »
- ci-dessous : un exemple de DPC



ORIENTATION

Annexe 1 : « Prendre soin de ceux qui soignent »



Arrêté du 23 avril 2018 paru au JO le 28 avril 2018

Participer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé exercent les exposent à des risques de santé spécifiques. Les actions permettant d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé liés à leur exercice professionnel s'inscrivent dans cette orientation prioritaire.

Orientation n° 6-1 : repérage, prévention et prise en charge des pathologies des professionnels de santé (pathologies et facteurs de risques spécifiques, particularités des représentations de sa santé et de sa maladie, prévention et repérage de l'épuisement professionnel, organisation de l'accès à des ressources spécifiques).



Enjeux et objectifs de l'orientation nationale prioritaire 6-1
Les professionnels de santé, une population « à risque »
Mieux « prendre soin de ceux qui nous soignent »

a. Rappel du Serment de Genève

L'Association médicale mondiale approuve un nouveau serment pour les médecins, version moderne du serment d'Hippocrate pour les médecins du monde entier.

La Déclaration révisée, qui doit être considérée comme un serment, vise à prendre en compte l'évolution de la relation entre les médecins et leurs patients et entre les médecins eux-mêmes qui s'est opérée au cours des dernières décennies. Ainsi, et pour la première fois, le nouveau serment fait explicitement référence au respect de l'autonomie du patient, qui n'était pas mentionné dans la version applicable jusqu'à présent. Il comporte également une nouvelle obligation de respect entre les professeurs, les collègues et les étudiants. La Déclaration jusqu'alors en vigueur prévoyait en effet que les étudiants respectent leurs professeurs, mais sans exigence de réciprocité.

La nouvelle version crée en outre une nouvelle obligation pour les médecins de partager leurs connaissances médicales au bénéfice des patients et pour faire avancer les soins de santé. Elle comporte également une autre exigence pour les médecins : celle de veiller à sa propre santé, à son bien-être et à ses aptitudes, afin de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible.



Le Serment du médecin

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

b. Epuisement, risque de surmenage

Une grille de prédiction de l'épuisement professionnel des médecins a été proposée par le CNOM et pourra être un des moyens utilisés : **annexe 4**.

D'autres modalités sont en cours d'élaboration.

► Question 6 : Recertification individuelle / par équipe ?

- La certification est individuelle ; elle peut toutefois et sur avis des CNP comporter un volet « travail en équipe »
- Le remplissage « en équipe » de la grille individuelle peut être un élément fédérateur
- La certification du site d'activité pourra « à terme » comporter un item spécial pour la certification de chaque membre de l'équipe

► Question 7 : Absence de signaux négatifs : cet aspect fera l'objet de précisions établies par le CNCV après avis de tous les intéressés

- Condamnations non ordinales
- Condamnations / Ordre
- Sinistralité
- Une procédure d'insuffisance professionnelle en cours suspend l'obtention de la certification

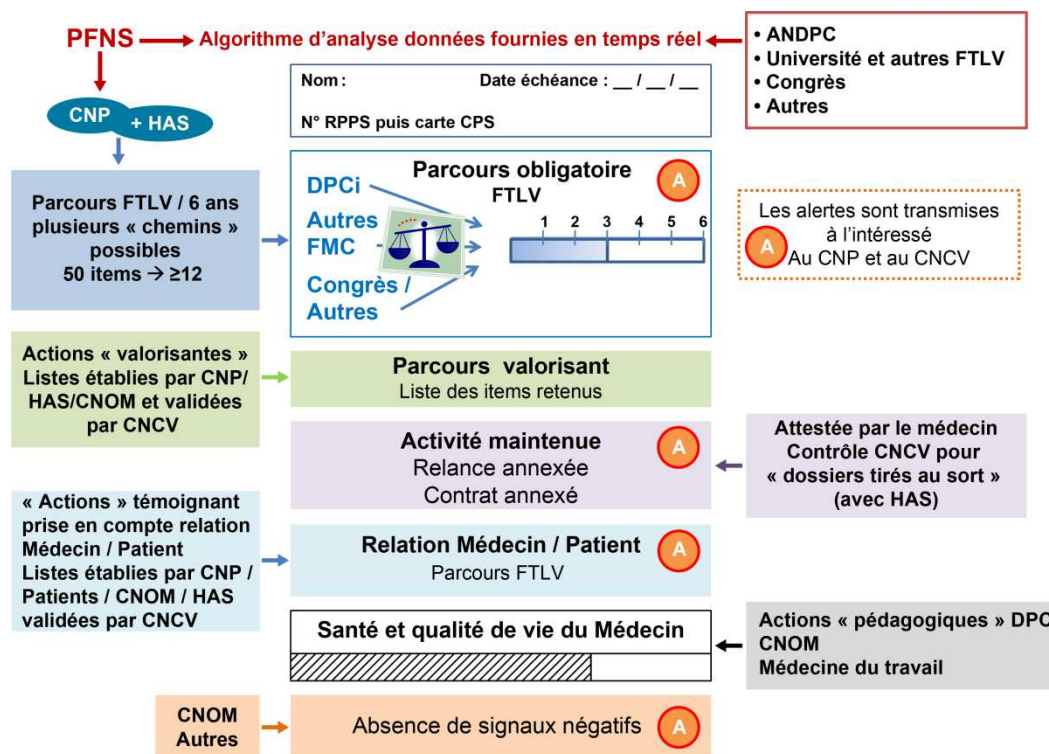
La question sera posée sur la façon d'intégrer cette absence de signaux négatifs ; sur le mode déclaratif (voir schéma global).

En cas de réponse « positive », le dossier sera examiné par le CNCV, le CNP et l'Ordre.

► Question 8 : L'espace personnel du Médecin

Voici à quoi pourrait ressembler l'espace personnel du médecin, avec d'une part la synthèse des différents éléments cités pour la certification et la valorisation, mais également des signaux d'alarme permettant d'identifier les situations où à 2 ans de l'échéance, il existe un risque de non certification.

A la suite de ces alarmes qui pourraient être communiquées (ce point sera rediscuté par le CNCV), aux CNP, à l'Ordre, mais bien sûr et avant tout à l'intéressé lui-même, le médecin pourra prendre conseil auprès de la structure de son choix.



► Question 9 : Autres activités ayant pour but de valoriser les missions des médecins : une très grande liberté sera laissée aux CNP et au CMG sur ces questions et les propositions qui suivent ne sont pas exhaustives.

a. Activités d'enseignement et de recherche doivent être valorisées et reconnues

- Accueil et formation des étudiants
- Activités d'enseignement et/ou de formation des cadres de la discipline
- Activités de recherche, élaboration de protocoles de recherche

b. Missions administratives et professionnelles doivent également être reconnues et valorisées, tant au niveau national qu'international

c. Capacité à travailler en équipe ou à diriger une équipe ; chaque CNP envisagera une validation et / ou une valorisation

- Participation à des staffs, des RCP
- Management d'équipes pluri-professionnelles
- Missions de service public
- Activité populationnelle territoriale
- Responsabilités professionnelles et institutionnelles
- Participation à l'organisation territoriale

- Action humanitaire, etc...
- Autres activités valorisées : animation de groupes de FTLV à l'échelle territoriale ou locale +++
- Valoriser le travail en équipe et la participation aux activités locales, en particulier à distance des grands centres urbains.

► Question 10 : Quelle valorisation ? Le Copil n'a pas à se prononcer sur ce point, mais indique les suggestions qui ont été faites lors des auditions

- Indemnisation financière / prime de certification ??
- Aide financière assurantielle comme c'est le cas pour l'accréditation (prise en charge de la responsabilité civile professionnelle)
- Accès à un secteur valorisant du type du secteur promotionnel Optam / secteur de liberté tarifaire, différent de la rémunération au mérite ou à la performance, mais correspondant à une évolution de carrière
- Envisager les modalités d'une évolution de carrière pour tous les médecins !
- « Droit au titre » - Possibilité de porter ces informations à la connaissance du public
- Cf. nouvel arrêté du Conseil d'Etat qui lève partiellement l'interdiction de la publicité Intérêt de « titres ou éléments valorisant » reconnus par les CNP, intérêt d'informations validées par la certification
- Sites de relevés de certification
- D'autres possibilités suggérées par les différents acteurs sont envisageables.

► Question 11 : Quels risques psychopathologiques à éviter ?

Le risque psycho-pathologiques pour les médecins doit être prévenu et évité : dans beaucoup d'enquêtes, une part anormalement élevée de décès de médecins est liée à des suicides, en particulier en augmentation chez les jeunes et à l'hôpital ; fréquence allant du double à 5 fois celle de la population générale. Les origines de la souffrance sont le surmenage, la solitude et l'altération ressentie de l'image, le rêve humaniste confronté à la réalité de la gestion et de l'administration, le harcèlement des caisses, du judiciaire, des patients et parfois, en plus, la désintégration familiale liée à un mode d'exercice difficile. Il faut donc profiter de l'occasion de cette recertification pour en faire un outil d'aide et de prévention.

Et surtout, il faut éviter de rajouter un facteur de « harcèlement administratif » supplémentaire par la procédure de CVP. Il faudra donc profiter de cette recertification pour préparer les médecins à la pré-évaluation de leur recertification, favoriser le travail en

équipe et l'aide des pairs, renforcer la cohésion professionnelle et prévoir des parcours particuliers en cas d'antécédent de « burnout », de dépression, d'addictions et surtout mettre en œuvre à toutes les étapes une grande solidarité.

► Question 12 : Quel support de traçabilité et de l'alimentation de l'algorithme ?

Support numérique

Les médecins doivent être impliqués dans la maîtrise d'ouvrage.

Notons d'emblée qu'une **recherche, concernant l'algorithme de recertification et les voies les plus innovantes et attractives de recertification et de remise à niveau**, devra d'emblée être envisagée. Elle permettra d'évaluer et de comparer les impacts en termes de santé publique des mesures et modalités de recertification en temps réel (contrairement à la méthode « historique » souvent utilisée qui conduit à des corrections de procédures sans contrôle de l'effet).

Concernant la sécurisation, le stockage et le traitement des données, il apparaît au Copil que cette mission doit être confiée à une agence gouvernementale, capable de gérer des masses importantes de données.

La récente installation du **Health Data Hub** au sein de la DREES peut constituer la réponse à cette question.

En effet, dans le rapport « Health Data Hub (une organisation en réseau pour mettre les données de santé au service du plus grand nombre), il est dit que ce hub permettra la mutualisation de ressources technologiques et humaines » avec une plateforme technologique sécurisée pour le partage des données et des expertises détenues en propre pour assurer le lien entre utilisateurs, producteurs et experts de la donnée, pour répondre à trois défis : sécurité, défi légal et éthique et le défi de la confiance, du partage entre acteurs.

Par contre, la synthèse des données, sous forme de l'attestation finale de certification et de valorisation, sera hébergée à l'Ordre National des Médecins avec une accessibilité de l'information pour le public et les usagers (comme transparence.gouv).

On peut considérer que c'est un enjeu important de crédibilité pour la puissance publique et les représentations professionnelles que de garantir que c'est une information transparente et pas seulement un arrangement entre médecins ...

Il est probable qu'un algorithme et un logiciel dédiés permettront de recueillir les différents éléments du parcours DPC, du parcours optionnel et il serait bon que cette traçabilité ait lieu

en continu et permette à un médecin de prendre conscience, deux ou trois ans avant la recertification, que son parcours n'est pas sur la « bonne trajectoire ».

En conclusion, la traçabilité doit permettre au médecin d'évaluer en temps réel sa position par rapport aux objectifs attendus.

Il lui sera alors possible, en accord et avec l'aide du CNP, d'obtenir une « correction » du risque d'être non certifiable. Il faut donc imaginer que plus de 90 % des médecins puissent aller sereinement vers une recertification par « tacite complétion », simplement en renseignant certains items et en ayant d'autres items fournis par l'ANDPC par exemple.

► Question 13 : Certification / non certification / Enregistrement

Il faudra informer par de nombreux moyens les patients de cette démarche volontariste et « vertueuse » des médecins !

Comme nous venons de le dire, elle sera le plus souvent automatique par tacite « remplissage » de la feuille de route.

Une aide aux médecins isolés doit être anticipée en offrant un large éventail de possibilités ... Cette aide doit être confidentielle (non inscrite dans le parcours du médecin), confraternelle, gratuite (!)

Tout doit être fait pour éviter ou corriger les situations à risque de non certification.

a. Procédure de validation et d'enregistrement pour les cas sans problème

Le processus de certification sera garanti sur le plan technique par le CNCV, mais l'Ordre professionnel restera le garant de la qualification et de la compétence.

Bien entendu, les CNP restent les garants de l'adéquation entre le contenu de la spécialité et sa pratique et ils seront sollicités si un processus complémentaire de formation de certification doit être mis en place.

Lorsque le praticien a satisfait à l'ensemble du processus, garanti et contrôlé sur le plan technique par le CNCV, une attestation dite « attestation de conformité au parcours de recertification » est transmise au Conseil Départemental de l'Ordre d'inscription du médecin. Cette attestation lie le Conseil de l'Ordre dans la validation de la certification et garantit ainsi au médecin la conformité et l'opposabilité de cette attestation.

b. Dans les cas (probablement peu nombreux), où malgré une aide du CNP ou toute autre structure de son choix, le médecin ne satisfait pas au processus de certification, une

attestation de non-conformité au parcours est transmise à l'Ordre compétent, qui propose un passage devant ses commissions, permettant un ultime « repêchage » avec mise en œuvre d'un dernier parcours complémentaire, entrant dans les compétences acquises par l'Ordre.

Si au terme de cette procédure, l'avis de l'Ordre est « divergent » de celui du CNVC, il lui sera notifié et motivé pour un éventuel appel administratif.

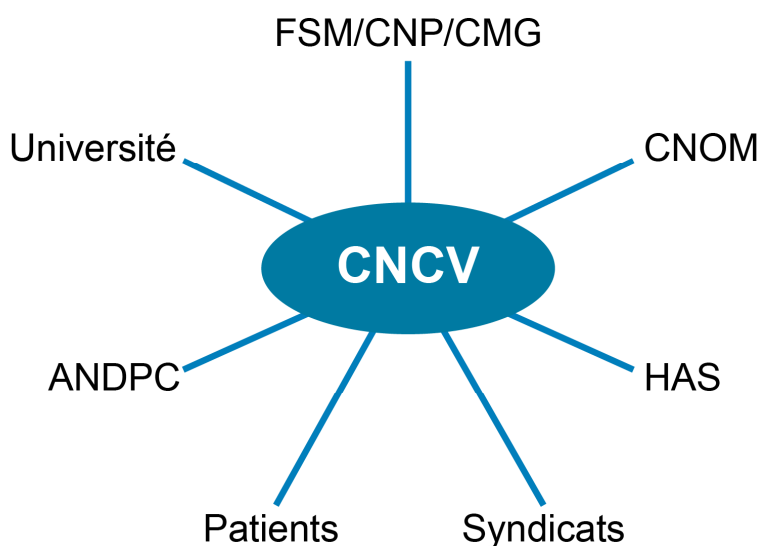
Cette procédure n'est pas liée obligatoirement à la mise en œuvre d'une procédure d'insuffisance professionnelle, le parcours réglementaire et légal restant dans le cadre des compétences de l'Ordre.



VI. Le Conseil National de Certification et de Valorisation (CNCV) : sera le tiers de confiance concernant le parcours « technique » du processus de certification et de validation

Il constituera également la structure de gestion des questions qui apparaîtront à l'usage de la procédure.

Suggestion pour le Conseil National de Certification et de Valorisation - CNCV



CNCV - 17 membres

Les membres sont nommés es-qualité

- 1 Président désigné par les 2 Ministres
- 1 accessoire désigné par les 2 Ministres
- 1 représentant de la Conférence des Doyens
- 1 représentant pour la Conférence des Présidents d'Université
- 1 représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- 1 représentant pour le HCDPC
- 1 représentant pour le CMG
- 1 représentant FSM
- 2 représentants Associations de patients

- 1 représentant HAS
- 3 représentants syndicaux :
 - 2 collèges des syndicats de médecins libéraux
 - 1 rep. de syndicats des médecins hospitaliers (CNPM ?)
- 1 personnalité désignée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur
- 1 personnalité désignée par le Ministère de la Santé - CNCV
- 1 représentant Président CME

Missions du CNCV :

Elles ont été évoquées au fur et à mesure de la description de la procédure et correspondent à l'analyse et à la réponse à certaines questions « d'interface ».



VII. Actions à venir et groupes de travail à mettre en place après remise du rapport

Suggestion de groupes de travail pour l'élaboration des modalités pratiques - CNCV

1^{er} Groupe de travail : Elaboration du cahier des charges

Coordonnateur : Yves Matillon

- Rôle des CNP, du CMG et de l'Ordre pour le parcours obligatoire et pour le parcours optionnel
- Comment organiser la pondération des différentes activités
- Comment évaluer la formation à la relation médecin-patient
- Autres critères

2^{ème} groupe de travail : Gestion des données et des alertes - Elaboration de l'Algorithme

Coordonnateur : Serge Uzan

- Circuit certification, non certification
- Validation de l'activité
- Qualité de vie
- « Signaux négatifs »

Ces groupes fonctionneront après la remise du rapport en novembre 2018 et devront rendre une copie au premier trimestre 2019.

Par ailleurs, toute la partie mise en application réglementaire sera élaborée avec les deux ministères.

A noter que le CNCV devrait siéger au Ministère.

VIII. Expérimentation de la procédure, suivi et évaluation par le CNCV, élaboration d'un tutoriel

La mise en place d'une expérimentation en 2019 figurera dans les premières missions du CNCV.

Tous les participants ont insisté sur ce point qui permettra de plus d'élaborer un véritable tutoriel qui présentera la procédure aux médecins et facilitera leur tâche.

Des séances de présentation seront également prévues pour expliciter les termes du rapport, tant aux acteurs de santé qu'aux patients.

IX. Financement : une recertification de qualité a un coût

L'ensemble du Copil souligne l'importance de ce point qui conditionnera en partie la réussite de la procédure.

Le financement peut être envisagé à deux niveaux :

- ce qui relève d'un choix de santé publique et impose à la tutelle d'en assurer le financement
- ce qui relève du praticien lui-même et de son exercice et qui peut être financé :
- soit par un organisme d'état pour la part obligatoire,
- soit par le professionnel lui-même en particulier pour la part optionnelle (avec éventuellement un avantage assurantiel).

X. L'extension aux autres professionnels de santé sera la prochaine étape évoquée dans la lettre de mission

Remerciements aux personnes suivantes (liste alphabétique) pour leur participation aux rencontres

Des remerciements particuliers à ceux qui, pour des contraintes d’agenda, n’ont pas pu être reçus, mais qui ont accepté d’adresser une contribution écrite qui a enrichi notre réflexion pour la production de ce rapport.

Ces textes, présentés en annexe, seront essentiels pour la phase de mise en place pratique qui débute maintenant.

Annane Djillali	Fortane Vanessa **	Ortiz Jean-Paul *
Arnaud Christian-Michel	Gasser Patrick	Palombi Olivier
Bacquet Maxime	Gastin Isabelle	Paul Jean-Christophe
Battistoni Jacques	Giannotti Agnès *	Péquignot Renaud
Beloucif Sadek	Goëau-Brissonnière Olivier	Pérucho Pierre
Bernard Mary-Hélène	Goudot Patrick	Pithon Maxence
Bertrand Dominique	Grenier Catherine	Pons Jean-Louis
Bétrémieux Marc	Guerrier Bernard	Pruvo Jean-Pierre
Bocher Rachel *	Hepner Yves **	Puy Hervé
Bonamour Jean-Jacques	Iampietro Thomas	Rambaud Claude
Bonnet Jean-Baptiste	Jarno Franck	Richard François *
Boudet Guy	Jouvent Roland	Schlemmer Benoit
Bouet Patrick	Le Corre Pascal	Schmitt Yannick **
Bouty Marion	Le Guludec Dominique	Skurnik Norbert *
Breton Yannick	Lenoir-Salfati Michèle	Smolski Nicole
Briot Raphaël *	Loeb Emmanuel	Soulary Jean-Claude
Ceretti Alain-Michel	Lucas Jacques	Thébaud Jean-François
Chabaud Maud	Lyon-Caen Olivier	Tornay Adam
Claris Olivier	Marra Donata	Tourette-Turgis Catherine
Claudon Michel	Marre Philippe	Trévidic Jacques *
Corruble Emmanuelle	Matillon Yves	Valero Samuel
Couturier Daniel *	May Laetitia	Vermesch Philippe
Cuq Philippe	Mertes Paul-Michel	Vert Jérôme
Degos Laurent	Millat Bertrand	Villet Richard
De Rochambeau Bertrand *	Misset Benoit	Vinel Jean-Pierre
Disdier Patrick	Morali Jacques	Wernet Anne
Druais Pierre-Louis	Moureaux-Philibert Sylvie	
Dujarric Francis	Nicodeme Robert	
Duquesnel Luc	Orcel Philippe	

* représenté(e) lors des rencontres avec la commission

** a envoyé une contribution



Annexes

Annexe 1 : Pré-rapport remis aux ministres le 15 mai 2017

Annexe 2 : Liste des réunions de concertation

Annexe 3 : Liste des contributions

Annexe 4 : Grille du CNOM sur l'épuisement professionnel des médecins

Annexe 1

Pré-rapport remis aux ministres le 15 mai 2017

1 - Objectifs, généralités et périmètres

La Médecine reste une vocation qui s'accompagne du désir de savoir pour rendre le meilleur service aux patients et la démarche répond à un idéal déontologique !

La procédure a pour objectif essentiel l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par la mise en place d'une procédure incitative de maintien des compétences des médecins à un niveau qui soit en permanence celui de l'état, de l'art et des connaissances en médecine. Ce point est stipulé à **l'article 11 du code de déontologie** : « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ».

Rappelons que l'on estime que près de 50 % des connaissances médicales ont évolué au bout de **5 ans** et que la majorité des **pays européens et anglo-saxons** ont adopté depuis plus de 10 ans des procédures de certification et de recertification, plus ou moins contraignantes.

Enfin, ce processus doit participer au décroisement persistant entre ville et hôpital.

Cette procédure est nécessaire et attendue par les patients qui, en son absence, se tourneront vers d'autres solutions : journaux, Google, officines auto proclamées, etc...

Ce premier document a pour but de définir ce que pourrait être la recertification régulière (avec une **fréquence** qu'il appartiendra à la commission de fixer) après la certification initiale obtenue au décours du « nouveau DES » et qui ne pourra plus être considérée comme définitivement pérenne.

Ceci indique d'emblée que **cette procédure ne concernera que les premiers médecins issus des DES actuellement en cours de mise en place, soit au-delà de 2020.**

Concernant les médecins déjà en activité, cette procédure sera basée exclusivement sur le volontariat, c'est dire qu'elle se doit d'être attractive (voire ludique), reposant sur une tradition très répandue chez les médecins d'être en permanence des enseignants transmetteurs de savoirs et des étudiants avides de connaissances. **L'un des premiers devoirs déontologiques des médecins étant**

de se donner les moyens d'offrir à leurs patients la réponse, la meilleure en termes de pratique et de savoirs.

Il faut également insister sur le fait que certification et recertification n'ont **pas pour objectif de « fragmenter » les périmètres de compétences et d'exercices** des DES au risque de négliger l'aspect holistique de la médecine.

A ce titre, la mise en place de cette procédure sera particulièrement essentielle pour la spécialité de **médecine générale** et sa **valorisation**.

Toutes les procédures seront élaborées avec l'ensemble des disciplines, des professionnels en activité et en formation, tant en ce qui concerne les principes que les modalités pratiques. Cette élaboration sera basée sur la **recherche d'un consensus « d'idéal déontologique »**.

Seront **associés** à cette démarche des **usagers**, des **patients**, des **associations**, ainsi que des spécialistes de **sciences humaines et sociales**.

Pour définir au mieux la voie qui sera suivie, il nous a paru utile **d'associer aux définitions « ce qu'est », et surtout « ce que n'est pas », la procédure de certification et de recertification.**

2 - Définitions et contenus des concepts

2.1 La Certification : à priori, elle comporte une **étape diplômante universitaire** (le DES) et une étape ordinale d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins.

- Concernant les nouveaux DES, ils suivront une maquette très détaillée, ainsi qu'un carnet d'acquisitions et de relevés des compétences, validés par une procédure finale d'obtention du DES, au sein des universités, constituant le portfolio
- Dans le même temps, la **thèse** de docteur en médecine sera acquise
- La procédure d'inscription au **tableau de l'Ordre** suivra les règles actuelles. L'ensemble constituera une certification initiale concernant le DES dans sa globalité, même si des orientations spécifiques obtenues par inter-DES ou FST ou toute autre procédure figureront en annexe de cette certification.

2.2 La Recertification : le simple **choix du terme** a une importance capitale et peut entraîner inquiétude, voire rejet du concept.

Aux termes de « recertification », nous préférons ceux de :

- Procédure de (re)**certification du parcours professionnel et des acquis**
- Validation de trajectoire et de parcours professionnel
- Certainement pas le terme utilisé dans certains pays anglo-saxons de « retrait/maintien » des compétences

Ce processus impliquera les CNP, l'Université et toutes les structures professionnelles concourant à la FMC. La HAS analysera la qualité méthodologique du processus de recertification qui sera enregistré et garanti sous la conduite l'Ordre des Médecins.

Les CNP auront la tâche de définir les contenus spécifiques aux disciplines, avec par ailleurs un contenu général commun à toutes les disciplines.

2.3 Ce que peut recouvrir ce terme :

- Une procédure qui concerne tous les médecins et **tous les modes d'exercices, y compris les médecins salariés**
- Une procédure attractive d'acquisition de connaissances nouvelles et consistant **moins en un exercice de contrôle qu'un exercice de promotion et de valorisation, voire d'évolution de compétences**
- Faisant appel à l'utilisation à des **centres de simulation** qui vont se multiplier et être présents sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les universités. Le rôle du **e-learning** sera également essentiel
- En intégrant bien-sûr la procédure de **DPC** qui restera largement mise en œuvre par les structures qui en ont actuellement la maîtrise
- Avec bien entendu la régulation du Haut Conseil des DPC
- **Et des orientations, des contenus et des modalités fixés par les Conseils Nationaux Professionnels**
- Elle correspond à une période de **six ans** (mais cette durée pourra faire l'objet d'une réflexion), correspondant aujourd'hui à une large évolution des connaissances et des compétences.

2.4 Ce que n'est pas la recertification :

- Un examen, un concours, une épreuve écrite et orale
- **Elle ne correspond pas à une « date couperet », mais comme nous l'avons déjà dit, à une trajectoire de mise à jour des connaissances et des compétences** et à une dynamique conduisant idéalement et dans la majorité des cas automatiquement à une **recertification par tacite reconduction**
- Il ne doit **pas y avoir de retrait brutal de la certification, mais la mise en œuvre d'alertes dans la période (deux ans ?) précédant l'échéance**
- Ces alertes permettant de mettre en œuvre des **mécanismes d'analyse des problèmes et de leur résolution avec l'aide des différentes structures professionnelles et académiques** : Ordre, CNP, universités, voire un comité de suivi des carrières, comme c'est le cas dans d'autres pays
- Dans les cas où cette remise à niveau ne sera pas possible, une procédure de **remise en cause** de la certification initiale pourra être conduite **par le CNP et l'Ordre** et aboutir à une procédure d'insuffisance professionnelle

- Le **CNP** pourra être saisi par le **Conseil de l'Ordre** après avis du Conseil Départemental (procédure d'insuffisance professionnelle)
- Bien entendu, **toutes les garanties de possibilité d'appel** devront être élaborées et mises en place

3 - Processus de recertification

3.1 Les outils de la recertification

- La recertification doit être largement basée sur **l'auto-évaluation et « l'apriori de confiance »** est essentiel pour la réussite de cette procédure dont on attend qu'elle rassure les patients et les usagers. Ne dit-on pas que la médecine est une conscience face à une confiance ?
- Il faut mettre en place un faisceau d'arguments positifs de qualité, etc... ; mais aussi négatifs
- **Les outils numériques** seront largement utilisés : **e-learning, CLOM (MOOC)**. L'Ordre des Médecins et la conférence des doyens mènent une réflexion déjà très avancée sur ce thème, qui trouvera une place privilégiée ici sous forme d'une plateforme numérique d'apprentissage
- La procédure doit également être **simplifiée au maximum avec une « mise à jour » automatique par les structures prestataires** d'éléments constitutifs de la formation continue et donc de la recertification (DPC, etc...)
- Le résultat final sera **hébergé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins** au niveau des « coffres-forts » (espace individuel de données sécurisées) de chaque médecin. Ces coffres-forts contiendront tous les éléments constituant la vie professionnelle du médecin, depuis sa formation initiale et tout au long de sa vie professionnelle.

3.2 Les indicateurs et paramètres

Les CNP fixeront les objectifs, les outils et les indicateurs

Une partie commune à toutes disciplines sera consignée dans un cahier des charges pour respecter l'équité la transparence et la loyauté de la procédure

- Concernant **le choix des indicateurs de qualité et des pratiques**, un groupe sera chargé de cette question cruciale et difficile
- Parmi les éléments de jugement de qualité, le **respect des protocoles et recommandations** sera essentiel
- **Une activité « soutenue et régulière » sera également attendue**
- La publication d'indicateurs de performance par professionnel n'a pas fait la preuve de son utilité dans les pays où elle est mise en place, à fortiori celles basées sur l'analyse de dossiers de patients

- A l'inverse, il est évident que tout ce qui est susceptible de **constituer des alertes graves** devra être largement pris en compte dans cette procédure, à savoir condamnations ordinaires administratives ou pénales, plaintes graves en cours, plaintes de la CNAM, etc...
- Sinistralité et évaluation de la satisfaction des patients feront l'objet d'une réflexion spécifique.

3.3 Des éléments « complémentaires » de recertification

- **D'autres missions susceptibles d'améliorer la qualité et la sécurité des soins devront également être prises en compte :**
 - Activités d'enseignement et de conférences
 - Activités de formation par CLOM (MOOC), e-learning, congrès, etc..., congrès labellisés et réunions scientifiques
 - Accueil et encadrement de stagiaires
 - Elaboration et participation aux projets de recherche
 - Inclusion de patients dans des essais cliniques
 - Actions éthiques et déontologie
 - Insuffisance professionnelle « établie »
 - De nombreuses activités valorisantes pourront également être prises en compte : expertises, missions de service public, missions humanitaires, etc...

3.4 Plusieurs voies pour la recertification avec l'aide d'un « algorithme de recertification »

- La mise en place d'un algorithme de recertification (élaboré par l'ensemble des acteurs cités plus haut) concourra à cette diversité des voies de recertification
- **Il permettra aux médecins de connaître en temps réel et « au fil de l'eau » leur dynamique de recertification** etc... ; et si elle paraît compromise, d'anticiper et de corriger cette évolution avec une aide pour la remise à niveau des différentes institutions en mesure de le faire et dont l'éventail devra rester très large (CNP, collèges syndicats professionnels, universités, etc...).

3.5 Certification d'individu et/ou de parcours de soins

- Une question devra faire l'objet d'une réflexion spécifique : la certification d'un individu suppose pour la quasi-totalité des disciplines qu'il soit intégré à une équipe globalement satisfaisante et qu'il exerce dans un site adapté à son périmètre de pratique et surtout qu'il ait une activité suffisante et maintenue. Ceci conduit dans certains pays à une **certification globale d'individus, d'équipes et de sites** ! L'intégration de cette notion devra être une préoccupation lors de l'élaboration de l'algorithme de recertification, pour certaines disciplines.



3.6 Pour les médecins exerçant avant la mise en place de la recertification

- Notons que pour les médecins déjà en exercice, cette procédure **non obligatoire** peut revêtir un véritable aspect de **revalorisation** des acquis professionnels pour élargir leur champs de compétences, voire changer de discipline. Il peut également s'agir d'avantages « matériels » liés à cette meilleure garantie de qualité et de sécurité des soins. **La demande des patients et de leurs associations** sera également un point « sensible » de la question.

4 - Modalités d'élaboration de la procédure

Une large période de consultation, de réflexion et d'analyse des systèmes existants, en particulier à l'étranger, doit constituer le socle du futur processus :

- On dispose de ce temps indispensable puisque la procédure doit être mise en place au plus tôt en 2020
- Les représentants de la **Conférence Nationale de Santé**, et en particulier les deux coprésidents, seront systématiquement associés à cette réflexion
- La **DGOS** sera associée à cette démarche et pourra en constituer le socle administratif
- Cette période d'élaboration doit être conduite par une « **commission ad-hoc** » représentant toutes les instances directement concernées par cette démarche
- Seront également associés les responsables de la mise en place du **nouveau DES**
- Cette commission de 20 à 30 membres, éventuellement subdivisée en groupes de travail, devra d'une part disposer d'un calendrier précis et d'autre part d'une production de rapports d'étapes avec un rapport définitif au plus tard au premier trimestre 2019, de façon à pouvoir disposer avant la mise en place définitive d'un temps suffisant pour « les navettes réglementaires » et les textes d'application
- Comme cela a été dit plus haut, une analyse soigneuse de la littérature et des modalités de cette procédure lorsqu'elle existe ailleurs, constituera le socle de la réflexion et des débats
- Pour analyser les procédures employées dans les autres pays, les « affaires internationales » des deux ministères, ainsi que le MAE seront sollicités
- Il faudra également envisager la création d'une « **commission de suivi des carrières** ».

Annexe 2

Liste des réunions de concertation

REUNIONS DE CONCERTATION COPIL RECERTIFICATION DES MEDECINS				
Date	Heure	Président Syndicat	Autre(s) Intervenant(s)	Commentaires
jeudi 5 avril	16h00 à 16h30	Dr Patrick Gasser - UMESPE CSMF + Dr Luc Duquesnel - CSMF (libéral)		
jeudi 5 avril	16h30 à 17h00	Mme Laetitia May - HAS		
jeudi 5 avril	17h00 à 17h30	Dr Emmanuel Loeb - ISNCCA		
jeudi 5 avril	17h30 à 18h00	Dr Philippe Vermesch - SML (libéral)		
lundi 16 avril	16h00 à 16h30	SU : point de la situation		
lundi 16 avril	16h30 à 17h00	Pr Rachel Bocher - INPH		Repr. par Maud Chabaud (TRS)
lundi 16 avril	17h00 à 17h30	Dr Renaud Péquignot - AH + Dr Anne Wernet (Anesth-Réa et VP SNPHAR)		
lundi 16 avril	17h30 à 18h00	Mr Dominique Bertrand - CNG		
jeudi 3 mai	16h00 à 16h30	SU : point de la situation		
jeudi 3 mai	16h30 à 17h00	Pr Sadek Beloucif - SNAMHP + Pr Jean-Pierre PRUVO		
jeudi 3 mai	17h00 à 17h30	Pr Patrick Goudot - SNPHU		
jeudi 3 mai	17h30 à 18h00	Dr Jacques Battistoni - MG France + Dr Jean-Claude Soulyary (VP MG)		
jeudi 24 mai	16h00 à 16h30	Suite présentation du 5/04 de Mme Laetitia May - HAS		
jeudi 24 mai	16h30 à 17h00	Dr Francis Dujarric + Pr Philippe Orcel - Comité "Parcours professionnels et DPC" de la FSM		
jeudi 24 mai	17h00 à 17h30	Pr Roland Jouvent - Psychiatre PSL + Dr Jean-Jacques Bonamour du Tartre (Président) et Pr Emmanuelle Corruble (Sec Gén) du CNPP		
jeudi 24 mai	17h30 à 18h00	Synthèse SU		
Date	Heure	Président Syndicat	Autre(s) Intervenant(s)	Commentaires
lundi 4 juin	15h30 à 16h00	Structures étudiantes : ISNAR-IMG : Marion Bouty, ANEMF et ISNI		Option FMF : Relance par mail le 17/04
lundi 4 juin	16h00 à 16h30	Pr Norbert Skurnik - CMH - Représenté par le Pr Benoit Misset et le Pr Pascal Le Corre		N° Port de B. Misset : 06 73 63 69 58
lundi 4 juin	16h30 à 17h00	Mr Alain-Michel Ceretti - Président France Assos Santé		Ass : Odile Zana au 01 40 56 98 28
lundi 4 juin	17h00 à 17h30	Dr Marc Bétrémieux - APH + Dr Nicole Smolski		Repr. Jacques Trévidic (pst CPH)
lundi 4 juin	17h30 à 18h00	Pr Patrick Disdier - Pdt DPC Santé Université + Pr Mary-Hélène Bernard (Secrétaire Général DPCSU)		N° Port de P. Disdier : 06 81 69 07 65
mercredi 6 juin	9h00	Catherine Tourette-Turgis - Université des Patients (RV à l'IUC)		
lundi 18 juin	14h30	Olivier Palombi : présentation de la plateforme Sides (RV à l'IUC avec qqes membres du Copil) + Dr Donata Marra : évaluation, dans le cadre de la recertification, du bien-être des médecins		
mardi 19 juin	15h30 à 16h00	Dr Pierre Pérucho (Anesthésiste/Réa) et Pr Paul-Michel Mertes - CFAR + Dr Christian-Michel Arnaud et Dr Yannick Breton - SNARF		P. Pérucho : 06 12 46 53 48
mardi 19 juin	16h00 à 16h30	Dr Jérôme Vert, Dr Bertrand de Rochambeau, Dr Philippe Cuq - LE BLOC		Conf par mail le 3/05
mardi 19 juin	16h30 à 17h00	Pr Laurent Degos et Pr Dominique Bertrand de l'Académie nationale de Médecine + Pr Philippe Marre et Pr Richard Villet de l'Académie nationale de Chirurgie		
mardi 19 juin	17h00 à 17h30	Pr Olivier Lyon-Caen - CNAMTS		
mardi 19 juin	17h30 à 18h00	Dr Jean-Louis Pons - Président CNP de Biologie Médicale + Pr Hervé Puy et Dr Isabelle Gastin (membres du bureau du CNP BM)		Mail envoyé le 15/05 et confirmation le 17/05

Annexe 3

Liste des contributions

Les contributions écrites et diapos) ont été intégralement conservées et reproduites pour témoigner de la richesse des débats et pour servir à la suite des travaux de la mission.

Figurent :

- Les diaporamas et documents des structures et personnalités auditionnées
- Documents « utilisés »
- Questionnaires santé des médecins

TABLEAU DES ANNEXES : Diaporamas et contributions écrites (par ordre chronologique)			
A) Présentation des diaporamas par intervenants			
Date présentation	Intervenant + structure	Titre Présentation	Format (+ nombre de pages)
19/03/2018	Bertrand Millat	Accréditation : exemple de la chirurgie digestive - Evènements indésirables associés aux soins	Diapos (20)
19/03/2018	Michèle Lenoir-Salfati - ANDPC	Le Développement Professionnel Continu des professionnels de santé	Diapos (20)
19/03/2018	Pr Yves Matillon (membre du Copil)	De la qualité de l'organisation de la prise en charge des patients aux compétences des professionnels : expériences en France et à l'étranger	Diapos (18)
27/03/18	Pr Jean-François Thébaud (membre du Copil)	Recertification : les expériences étrangères, enseignements, état des lieux en France	Diapos (29)
19/03/2018	Pr Benoit Schlemmer - Paris V	Réforme du 3ème cycle des études de médecine : vers une professionnalisation de la formation des spécialistes	Diapos (9)
05/04/18	Dr Patrick Gasser - UMESPE CSMF + Dr Luc Duquesnel - CSMF (libéral)	Recertification	Diapos (11)
05/04/18 et 24/05/18	Mme Laetitia May - HAS	Accréditation des médecins et des équipes médicales	Diapos (14)
		Le point sur l'accréditation des médecins en 3 questions	Texte (11 p)
05/04/18	Dr Philippe Vermesch - SML (libéral)	Argumentaire Recertification (avril 2018)	Texte (2 p)
		A la reconquête du libéral ! Les pistes d'innovation du SML pour la médecine libérale (sept 2017)	Texte (43 p)
16/04/18	Dr Renaud Péquignot - AH + Dr Anne Vernet (Anesth-Réa et VP SNPHARE)	Recertification des médecins : propositions Snphare et Avenir Hospitalier	Diapos (8)
03/05/18	Dr Jacques Battistoni et Dr Jean-Claude Soulayr - MG France	"Transformation du système de santé - chantier n° 4 : adapter les formations - Recertification : propositions de MG France	Texte (3 p)
24/05/18	Dr Francis Dujarric + Pr Philippe Orcoel - Comité "Parcours professionnels et DPC" de la FSM	Maintien des compétences et recertification	Texte (7 p)
		Re-certification, position et propositions du comité parcours professionnel DPC	Diapos (14)
24/05/18	Dr Jean-Jacques Bonamour du Tarte et Pr Emmanuelle Corruble - CNP Psychiatrie	Recertification des Psychiatres	Diapos (11)
	Pr Roland Jouvent - Psychiatre PSL	Commission de Recertification : de l'évaluation à la prévention	Diapos (9)
04/06/18	Structures étudiantes : ISNAR-IMG, ANEMF et ISNI	Certification et recertification : axes de réflexion des jeunes médecins	Diapos (15)
04/06/18	Dr Marc Bétrémieux + Dr Nicole Smolski - APH, Avenir Hospitalier, CPH	Recertification des médecins hospitaliers	Texte (2 p)
04/06/18	Pr Patrick Disdier + Pr Mary-Hélène Bernard - DPC Santé Université	4ème cycle des études médicales : quelle faisabilité ?	Textes (2 +1 p)
19/06/18	Dr Pierre Pérucho (Anesthésiste/Réa) et Pr Paul-Michel Mertes - CFAR	Propositions du CFAR pour une recertification des médecins	Diapos (12)
	Dr Christian-Michel Arnaud et Dr Yannick Breton - SNARF	Recertification des médecins : proposition du SNARF	Diapos (11)

B) Liste des contributions écrites et des référentiels métiers			
Date remise	Membre du Copil et autres contacts	Titre Présentation	Format (+ nbre de pages)
20/10/17	Pr Dominique Bertrand - CNOM	Les CNP : Etat actuel des textes	Diapos (11)
16/03/18	CNOM	Pour l'avenir de la santé : de la grande consultation aux propositions	Texte (55 p)
19/03/18	Pr Pierre-Louis Druais	Référentiel métier et compétences en Chirurgie (déc 2007)	Texte (61 p)
19/03/18	Pr Pierre-Louis Druais	Référentiel métier et compétences des médecins généralistes (juin 2009)	Texte (41 p)
19/03/18	Pr Pierre-Louis Druais	Référentiel professionnel du médecin généraliste (1999)	Texte (118 p)
19/03/18	Pr Yves Matillon	Rapport de mission : évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé - Pr Yves Matillon	Texte (81 p)
25/06/18	Documents OCDE	Déclaration ministérielle de l'OCDE : la prochaine génération des réformes de la santé (janvier 2017)	Texte (19 p)
		Recommendations to OECD Ministers of Health from the High Level Reflection Group on the future of health statistics (janvier 2017)	Texte (89 p)
18/06/18	Dr Donata Marra	Dossier de presse : 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé	Texte (18 p)
20/06/18	Directoire Professionnel des Plasticiens	Contribution du Directoire de la Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique à la Commission Recertification	Texte (2 p)
27/06/19	ISNI - InterSyndicale Nationale des Internes	Livre blanc : Stratégie de transformation du système de santé (mai 2018)	Texte (32 p)
27/06/19	ISNAR-IMG	Recertification : Document de propositions de l'ISNAR - IMG (adopté en CA les 17-18 février 2018)	Texte (7 p)
27/06/18	Pr Jean-François Thébaut	ANDPC : "Prendre soin de ceux qui soignent"	Texte (2 p)
30/06/18	Dr Jacques Morali - CNOM	Grille de l'épuisement professionnel des médecins	Tableau (3 p)
01/09/18	Pr Bernard Guerrier - CNOM	Concertation avec les CNP : contexte	Diapos (18)
01/09/08	CNOM	Rapport : concertation avec les CNP	Texte (32 p)
27/09/18	REAGJIR : regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants	Recertification : Les propositions de mise en œuvre des jeunes généralistes - Sept 2018	Texte (8 p)

Annexe 4

Grille du CNOM sur l'épuisement professionnel des médecins

Grille de l'épuisement professionnel des médecins

L'objectif de ce questionnaire est de dépister d'éventuelles situations à risque d'épuisement professionnel pour anticiper les réponses possibles à vous apporter et les prévenir.

Vous êtes libres d'y répondre ou pas. Les informations recueillies sont anonymes et à visée uniquement statistique. Répondre à ce questionnaire n'est pas obligatoire. Elles sont conservées pour la durée de l'étude et ne sont pas communiquées à des tiers. Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 et au Règlement européen de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit de demander au CNOM l'accès aux données personnelles vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation de leur utilisation, du droit de vous opposer à leur collecte, du droit à la portabilité des données et du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez, en cas de difficultés, introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour toute question ou toute difficulté, vous pouvez également contacter le Délégué à la protection des données du CNOM : [latrive.aude@cn.medecin.fr]

Répondez spontanément à chaque question

Durant les trois derniers mois, dans quelle mesure suis-je satisfait de la manière dont : *

Pour chaque item, positionnez-vous entre :

* 1 = pas du tout d'accord 10 = tout à fait d'accord

<p>1. JE SOIGNE MES PATIENTS Faites une appréciation globale de l'ensemble des items suivants : efficacité, compétence, rigueur, bienveillance, respect...</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. J'EXERCE LA MEDECINE Faites une appréciation globale de l'ensemble des items suivants : temps de travail, autonomie, sécurité, appartenance, gestion...</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3. JE M'EPANOUIS DANS MON EXERCICE PROFESSIONNEL Faites une appréciation globale de l'ensemble des items suivants : mon niveau social est satisfaisant, je suis correctement reconnu dans ma profession, j'appartiens à une collectivité épanouissante, je suis utile, je ne suis pas pressé de terminer mon exercice...</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4. JE M'EPANOUIS DANS MON IDENTITE PERSONNELLE Faites une appréciation globale de l'ensemble des items suivants : équilibre vie privée-professionnelle, loisirs, vie sociale et familiale, je dors bien, je suis détendu, je suis serein, je suis en bonne santé, la vie est belle pour moi...</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>5. JE PARVIENS À ASSUMER ET GERER MES DIFFICULTES SANS AVOIR RECOURS À Faites une appréciation globale de l'ensemble des items suivants : tabac, alcool, drogue, jeux vidéo, médicaments...</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>6. MES FACTEURS DE « RISQUE » pondérez de 1 (risque très faible) à 10 (risque très fort)</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes...) - exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle - autonomie (je peux agir sur mes conditions de travail, je peux agir sur la relation avec mes patients) - relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère...) - conflits de valeurs (choix éthiques difficiles) - insécurité (de l'emploi, de l'exercice etc) 	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>7. PERSPECTIVES (cocher la case qui vous convient) - Au cours de la dernière année, j'estime que ma situation professionnelle s'est : - Durant les trois prochaines années, j'estime que ma situation professionnelle va</p>	<p> <input type="radio"/> Dégrader / Se dégrader <input type="radio"/> Améliorer / S'améliorer <input type="radio"/> Stabiliser / Se stabiliser <input type="radio"/> Ne se prononce pas / Ne se prononce pas </p>
<p>8. JE PEUX OFFRIR ET RECEVOIR DE L'AIDE SI NECESSAIRE - Je peux apporter de l'aide - Je peux demander de l'aide - Je peux recevoir de l'aide</p>	<p> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne se prononce pas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne se prononce pas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne se prononce pas </p>
<p>9. Cocher si vous avez ressenti au cours des trois derniers mois un ou plusieurs des sentiments suivants :</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
accomplissement	<input type="checkbox"/>
contrainte	<input type="checkbox"/>
découragement	<input type="checkbox"/>
épuisement émotionnel	<input type="checkbox"/>
épuisement physique	<input type="checkbox"/>
être « toujours » dérangé	<input type="checkbox"/>
être en danger	<input type="checkbox"/>
être irrespectueux avec un patient	<input type="checkbox"/>
être utile	<input type="checkbox"/>

impatience	<input type="checkbox"/>
impuissance	<input type="checkbox"/>
indifférence	<input type="checkbox"/>
injustice	<input type="checkbox"/>
irritabilité	<input type="checkbox"/>
n'en avoir jamais fini	<input type="checkbox"/>
ne plus me préoccuper des éventuelles conséquences de mes décisions	<input type="checkbox"/>
ne plus me préoccuper des éventuelles conséquences de mon inaction (laisser s'accumuler)	<input type="checkbox"/>
optimisme	<input type="checkbox"/>
sérénité	<input type="checkbox"/>
vulnérabilité	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez texte libre)	

10. J'accepte de recevoir un questionnaire plus approfondi oui non

Dans ce cas j'inscris mon adresse mail